

Phys, 2001, 51(4): 915-922.

[11] 解河,陶富盛,房晓云,等. 黄芪对急性肺损伤鼠中性粒细胞黏附功能的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2006, 22(5): 375-377.

[12] 杨贵志,李传凤,唐爱. 黄芪注射液合静脉溶栓治疗急性心肌梗死后再灌注损伤的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004,

11(3): 162-164.

[13] 赵春玲,李莉华,邹丽莎,等. 黄芪注射液对兔缺血/再灌注肾损伤时 IL-6 和 bFGF 的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(4): 225-227.

(收稿日期: 2009-08-15) (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

复方大承气汤联合术中大量生理盐水冲洗治疗粘连性肠梗阻再手术 36 例分析

赵永良, 江志先

(浙江省诸暨市中医院外科, 浙江 诸暨 311800)

【关键词】 肠梗阻, 粘连性; 复方大承气汤; 再手术

中图分类号: R574.2 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.007

肠梗阻术后再发粘连的发生率较高。本院对 36 例粘连性肠梗阻手术后复发患者再次实施手术治疗, 并配合术中大量生理盐水冲洗, 术后早期灌入中药复方大承气汤, 效果较好, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 36 例患者中男 19 例, 女 17 例; 年龄 27~70 岁, 平均 45.3 岁。发病 < 24 h 13 例, 24~48 h 14 例, > 48 h 9 例。临床表现: 腹痛 36 例, 腹胀 35 例, 恶心、呕吐 34 例, 停止排气、排便 33 例, 腹部有压痛 36 例, 肠鸣音亢进 32 例。影像学检查: 腹部 X 线和 B 超检查 36 例, 腹部 CT 检查 23 例, 造影检查 16 例, 均提示为完全性肠梗阻。

1.2 治疗方法: 行单纯粘连索带切除 3 例, 粘连索带切除+粘连松解 20 例, 广泛粘连松解+肠排列 8 例, 肠部分切除吻合 5 例。急诊手术 15 例, 24 h 内保守治疗无效再手术 21 例。36 例术中先用 0.5% 稀碘伏 1 000 ml 冲洗腹腔, 然后再用大量生理盐水(约 5 000 ml)冲洗腹腔, 均行术中近段肠腔减压。

术后给予有效胃肠减压, 合理应用抗生素, 营养支持, 防水、电解质、酸碱平衡紊乱; 6 h 自胃管内注入复方大承气汤[厚朴 30 g, 炒莱菔子 30 g, 枳实 9 g, 桃仁 9 g, 赤芍 15 g, 大黄 15 g(后下), 芒硝 6 g(冲服)], 每日 1 剂, 分 3 次注入, 每次 150 ml, 注入后夹胃管 0.5 h。

1.3 结果: 36 例患者术后 18 h 可听到

肠鸣音, 24~30 h 有排气、排便。住院治疗 8~15 d, 平均 10.4 d, 均痊愈出院。随访 1~13 年, 仅 3 例腹部有隐痛不适, 无一例肠梗阻复发。

2 讨论

粘连性肠梗阻行手术治疗, 不仅要消除症状、解除梗阻、去除病因、恢复肠管的正常通行、改善生活质量, 而且应尽量做到术后无并发症、无复发。腹部手术后肠粘连的形成是纤维增生的炎症反应, 当肠梗阻发生时肠管扩张, 肠壁变薄, 通透性增加, 肠黏膜屏障功能受损, 细菌移位, 肠内容物、细菌可进入腹腔, 引起细菌感染、繁殖, 导致腹膜炎。为减轻肠粘连的程度与范围, 一旦确定为完全性肠梗阻应尽早手术, 避免发生绞窄性肠梗阻。本研究中采用改进的手术技巧, 减少了促成粘连性肠梗阻的医源性因素, 如取原切口延长, 在延长部进入腹腔, 以减少肠管的破裂, 分离粘连时避免用力撕拉以防扩张炎症水肿肠管的破裂, 减少不必要的分离, 避免肠管长时间在外暴露, 可靠止血以防术后出血及血肿形成; 减少腹膜、浆膜的撕裂缺损, 减少线结等医源性异物的存留; 术中用大量生理盐水冲洗腹腔^[1], 直接减少了细菌数量及其产物、脓液、纤维素斑片、腹腔内残留异物及破碎坏死组织对腹部的刺激, 从而预防了粘连性肠梗阻的发生。术后早期胃管内注入复方大承气汤, 利用大承气汤泻热、通下、行气、祛瘀、除满、荡涤脏腑等作用^[2], “急攻早下”^[3], 增强肠道屏障功能, 抑制肠道细菌及内

毒素移位, 改善肠道微循环, 减轻腹腔器官组织炎症反应, 以及兴奋胃肠道平滑肌, 增加胃肠道动力, 维持胃肠道的正常蠕动, 早期恢复肠道功能^[4], 促进纤维素吸收, 松解肠粘连^[5], 使致密瘢痕粘连转变成膜状粘连, 以预防粘连性肠梗阻术后再梗阻的发生。本组 36 例患者均痊愈出院, 术后随访无一例发生再梗阻。说明中西医结合疗法对复杂性肠梗阻的急、慢性病例均有明显疗效^[6], 36 例患者术中用大量生理盐水冲洗腹腔, 术后早期灌入复方大承气汤, 可有效预防粘连性肠梗阻术后再发, 值得推广。

参考文献

[1] 黎介寿. 改善粘连性小肠梗阻手术的质量[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(8): 450-452.

[2] 李毅, 齐清会. 大承气汤修复 MODS 大鼠小肠深部肌间神经丛神经-Cajal 间质细胞-平滑肌网络结构损伤的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(4): 200-204.

[3] 杨强, 任新华, 王光霞, 等. 中西医结合预防肠粘连体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(6): 334.

[4] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1302.

[5] 王业炬, 黄水香, 蔡和利. 大剂量复方大承气汤治疗急性肠梗阻 34 例疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1998, 5(7): 318.

[6] 周振理, 殷铭, 李伟, 等. 复杂性肠梗阻的治疗难题和中西医结合的优势[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(3): 151-153.

(收稿日期: 2009-07-25)

(本文编辑: 李银平)