维普资讯 http://www.cqvip.com

剖腹术，胃扩张，手术后并发症，中西医结合治疗，R656.06



萎缩外亦有大量胞体的碎裂和吞噬现象。3 个月后，染质溶解少见，仍有胞体萎缩和胶质细胞吞噬现象，且见部分胞体恢复趋向。

**三、神经胞体的改变对神经功能恢复的影响**

本研究结果显示，神经胞体的改变程度在神经损伤距其胞体的远近中不同，在损伤后不同时间中也有差别，损伤部位距胞体越近细胞影响大，死亡者多。神经损伤后时间越长，胞体越接近死亡和不可逆行期，因此，不管用何种方法恢复神经的连续性也不可能有良好的功能恢复。对神经损伤早期，及时应用神经保护剂，或及早近行吻合手术则为理想之治疗手段。否则，对较晚期的神经损伤常规神经缝合难以得到良好效果，采用神经移位等治疗可能较为适宜。（收稿：1994－06－13）

46-47

# 中西医结合治疗剖腹术后致急性胃扩张 2 例分析

辽宁省丹东市中医院普外科 刘岩松 李文德

（辽宁丹东，邮政编码 118000）

R656.06

例 1. 患者女，37 岁。于 1990 年 3 月 12 日在硬膜外麻醉下做左半结肠切除术。术中见胃脾肝正常，无淋巴结转移，手术过程顺利。术后第 3 天排气，停胃肠减压，第 4 天进全流食。第 6 天进半流食，当天下午出现上腹胀满，有烧灼感，随呕吐大量咖啡色胃液为 1500ml，不含胆汁。P96 次/分，BP14. 1/10. 11KPa，上腹软，无包块，轻压痛，肠鸣音正常。呕吐物潜血试验（+）。诊断：急性应激性溃疡。给胃肠减压，止血补液治疗。3 天后拔出胃管。当晚再次出现上腹胀满，烧灼感。上腹呈半球形膨隆。叩诊震水音阳性，呕吐咖啡样胃液约 1000ml，呕吐后上述症状减轻，体征消失。胃镜检查见胃腔内有大量积液，胃蠕动消失，胃粘膜水肿，点状渗血。经注气未见幽门口开放。钡餐见胃腔扩大，蠕动消失，幽门通过障碍，经推按观察一小时，仅有少量钡剂入十二指肠。明确诊断：急性胃扩张，经胃肠减压，补液，补养中药用半夏泻心汤加味，和胃降逆，升结消痞，随证加减每日一付。同时，针刺足三里，内关，每日一次。经 10 日治疗完全恢复健康。

例 2. 患者女，66 岁。于 1991 年 7 月 23 日做胆囊切除术。术后胃肠减压，补液，抗感染治疗，72 小时后排气，停胃肠减压，术后第 4 天，溢出样呕吐多次，共约 1500～2000ml，为咖啡样胃液。血压无改变，脉滑数，舌质红，苔微黄，上腹稍膨隆，腹软，震水音阳性，肠鸣音正常。钡餐见：胃腔积液，胃蠕动消失。诊断：急性胃扩张，应激性溃疡，经用上法中西医结合处理 3 天后，胃液减少，腹胀明显减轻，排便排气。术后 10 天拆线，切口裂开，再次手术做张力缝合。术后仍给胃肠减压，补液，抗感染治疗，24 小时引出暗红色液体 1200ml，72 小时排气，停胃肠减压。2 小时后上腹再次出现烧灼感。溢出样呕吐咖啡样液体 150ml，继续按急性胃扩张处理，给半夏泻心汤随证加减，共 19 天症状完全消失，呕吐停止，恢复正常。

**讨论**：剖腹术后，急性胃扩张是外科罕见的严重并发症。过去死亡率极高，可高达 56～93%，随着诊疗技术的提高，就目前报道，几乎均能治愈，只不过治疗过程长短不同。王淦报告 20 例，刘淑敏报告 2 例，全部治愈。

其发病原因，现代医学认为是由于手术刺激胃迷走神经过度抑制，造成胃壁的驰缓，幽门肌痉挛，胃只能分泌和纳入，却不能排泄，进而形成胃扩张。中医认为：术前患者脾胃虚弱，术后中气不足，升降失常，寒热互结，虚实夹杂，故上为呕逆，中为痞满，胃络损伤，气虚不能摄血而至胃出血。总之是胃的功能极度低下所致。本并发症最易误诊为“急性应激性溃疡”。相同之处是都发生在创伤、大手术后，均呕吐咖啡样胃液。鉴别要点：胃扩张，上腹胀满，有烧灼感，呕吐为溢出性，上腹震水音阳性，最主要的是胃蠕动消失，幽门通过障碍。〈胃镜钡餐〉。应激性溃疡，胃蠕动正常或稍强，无幽门通过障碍。因此手术后出现上腹胀满。溢出性呕吐大量咖啡色胃液，首先要考虑急性胃扩张，胃镜钡餐检查，见胃腔大量潴留，胃蠕动消失，幽门通过障碍，可明确诊断。

治疗方法很多，最早的方法是胃肠减压，洗

维普资讯 http://www.cqvip.com

胃石，肠结石；梗阻肠，儿童，外科手术 792.5(26)



胃，支持治疗，胃肠吻合，胃切除等。手术治疗效果不佳，基本废止。单纯西医治疗，疗程较长，一般 3～4 周治愈。本组两例采用中西医结合两法并作，取得了良好的效果，缩短了治疗时间。根据中医辨证：以胃气不和，寒热互结，随证加减。方用半夏泻心汤加味。早期呕血为胃络受损加用止血药如仙鹤草，大黄炭，止血引血归络，多在 24 小时出血停止。而后，以补气行气为主，重用黄芪党参，佐以降逆止呕药，如丁香，竹如；如湿热夹杂，在原方基础上加利湿药。使脾胃和，升降顺，寒热调，则诸证可解。

西医的胃肠减压，吸出胃液及气体，保持胃腔空虚，减轻胃粘膜水肿，静脉补液，保证营养供给和内环境平衡保证了整体正气稳定。在此环境中，能够充分发挥中药补气和胃，降逆止呕之作用。中药能使胃壁张力恢复，可能是通过调解内脏神经兴奋平衡和直接刺激胃壁增强蠕动而起作用的。针刺足三里，内关穴，也有和胃降逆宽胸理气之功效。中西医两法协同发挥作用，取长补短，大大提高了治疗效果。本组 1 例 10 天恢复正常，1 例 19 天恢复正常，较文献报告缩短了 1/3。

（收稿：1994—06—03）

47—48

# 小儿胃肠结石并发肠梗阻手术治疗 2 例

鞍山市钟表总厂门诊部　杨　晶　吴　娟
鞍山钢铁公司立山医院儿外科　杨铁成
（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R726.56

小儿胃肠结石临床较少见，自 1985 年以来我们收治两例因胃肠结石并发急性肠梗阻小儿，均经手术治愈，现将治疗体会报告如下。

## 临床资料

病例 1，患儿女性，年龄：18 个月，住院号：80038。

主要病史与查体：腹痛，腹胀伴呕吐四次，不排气及便二天住院。查：神志清，呼吸平稳，Ⅰ度脱水，心肺检查正常。腹胀，偶见肠型，全腹有压痛，无肌紧张及反跳痛，振水声明显，肠鸣音亢进但未闻及气过水音，其余未见异常。辅助检查：血化验：Wbc：7．7×$10^9$/L。Rbc：3．6×$10^{12}$/L，Hb：108g/L。

x 线腹透：右侧腹可见有 7～8 处液气面。

临床诊断：急性肠梗阻。

**手术治疗**：补液纠正脱水，胃肠减压后并由胃管内注入熟豆油 2 两 8 小时后洗肠未见排泄，腹痛阵发加重故当夜急诊手术。术中见腹腔有淡黄色渗液 200ml，肠系膜淋巴结广泛性肿大，胃内有 6×4×4cm 包块，质硬，不能挤碎，切开胃前壁取出包块见为胃石，棕褐色，用力敲碎后见结石内含大量黑枣核及纤维素样物。另查又见小肠扩张，距回盲部 150cm 处有 4．5×3．5×3cm 包块引起梗阻。于肠外挤压将包块挤碎然后挤入结肠内，解除小肠梗阻。术后第 2 天患儿排便含有许多黑枣核及纤维素样物，第 10 天出院。

病例 2，患儿男性，年龄：3 岁，住院号：11194。

主要病史与查体：阵发性腹痛伴呕吐三次，不排气及便一天住院。查：精神不振，呼吸稍促，轻度脱水貌。心肺检查正常，腹胀，左侧腹部可见肠型及蠕动波，全腹轻度压痛，无反跳痛，振水音明显，肠鸣音亢进并偶闻气过水声，肛诊正常，其余未见异常改变。

辅助检查：血化验：Wbc：19．8×$10^9$/L。

x 线腹透：上腹部有多个液气面并呈梯状排列。

临床诊断：急性肠梗阻。

**手术治疗情况**：补液纠正脱水，胃肠减压后自胃管注入中药粘连缓解汤 1/4 付观察 12 小时，腹胀腹痛仍不缓解，呕吐加重故当晚急诊手术。术中见腹腔有淡黄色渗液 300ml，小肠扩张，距回盲部 50cm 处有 5×4．5×4cm 包块引起梗阻，该处肠段高度扩张，肠壁已变黑坏死但未见穿孔。切除病变肠段 15cm，然后两断端吻合。检查包块为肠结石，褐色，用力挤碎见有大量黑枣核和纤维素块。术后第 7 天拆线，第 11 天出院。