维普资讯 http://www.cqvip.com

肠解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

针刺治疗手术后腹胀 8 例

河北省安国市医院 党同英 陈爱民

(河北安国,邮政编码 071200)

手术以后腹胀为外科常见症状,作者用针刺治疗术后腹胀病人 8 例,效果良好,现介绍如下:

一、一般资料:年龄:21～40 岁 4 例,41～60 岁 3 例,63 岁 1 例。性别:男 5 例,女 3 例。手术名称:胃穿孔 2 例,肠梗阻 5 例,阑尾炎 1 例。

二、治疗方法:根据术后肠蠕动的反应分为三期:①无蠕动期:术后 4～8 小时内常无蠕动、腹部听诊无肠鸣音,病人无腹痛。主穴:足三里、天枢,备穴:上巨虚、曲池。手法:平补平泻,留针 30 分钟。②不规则蠕动期:术后 8～24 小时,胃肠道有不规则的蠕动,病人常感到腹部"气胀痛"。主穴:足三里、天枢、曲池,备穴:上巨虚、合谷,内庭,手法:症补平泻,留针 30 分钟。③蠕动复原期:术后 24 小时后,胃肠道蠕动逐渐恢复正常节律,可以排气。但有一部分病人不能恢复,腹胀持续不能缓解。针刺:足三里、合谷、上巨虚、天枢、曲池、内庭、选 2～5 个穴,手法同上,或新斯的明足三里穴位注射,每侧 0.25mg。头痛头晕:加针列缺,恶心呕吐:加刺内关,尿潴留:加针阴陵泉。

三、治疗效果:术后腹胀 8 例患者,每天针刺一次,经过治疗,其中 2 例针刺一次,5 例针刺 2 次,1 例针刺 3 次,腹胀消失。

四、体会:术后腹胀多因手术时刺激胃肠及暴露时间较久,胃肠道蠕动受到抑制,或因切口疼痛限制了腹肌的运动,使肠管传导功能不全,气体不能排出而产生腹胀。我们用针刺治疗术后腹胀 8 例,疗效满意。实验证明:针刺足三里、上巨虚、可出现镇痛作用和对胃肠道的调节作用[1-2],针刺正常人足三里、胃蠕动波幅增大、张力增高、频率增加、胃排空时间缩短、胃心缩时间延长。胃溃疡病患者,胃蠕动增强,幽门开放,排空加速,胃酸减少,胃液的总酸度和游离酸趋向正常[3-4]。用 X 线检查方法观察到空肠活动增加,钡剂移动加速,肠管痉挛解除,肠蠕动增快,排空加速,肠鸣音亢进[5]。针刺足三里,阳陵泉可解除奥氏括约肌痉挛、胆总管蠕动增强,胆囊收缩加强,加速排空[6]。针刺足三里、合谷穴后可以改善病性的血液循环状态,白细胞总数上升,中性白细胞比例也相应上升,3 小时达高峰、吞噬能力增强,机体免疫力提高[7]。总之,祖国医学是一个伟大的宝库,有的能用现代医学科学知识所解释,有的还没有被现代医学所发现,有待于我们今后加强总结、不断提高。

参 考 文 献

1. 上海中医学院. 肚腹三里留道理何在,针刺麻醉理论原理讨论集 1972:1.
2. 上海中医学院. 中脑网状结构在针刺麻醉中作用的探讨,针灸资料选编 1972.
3. 上海扬浦区中心医院. 针刺足三里对胃蠕动影响的 X 线观察,上海中医药杂志 1964;(7).
4. 西安第一医院. 针刺对胃机能改变及排除胃内滞留液的研究,针灸论文集 1961.
5. 上海中医学院. 针刺足三里与小肠运动的关系,全国中西医结合经验交流会资料选编 1962.
6. 山西省中医研究所. 针刺对胆囊动态影响的报告,中医杂志 1963;(2).
7. 吉林医科大学. 针灸对机体防御机能的影响,全国中西医结合经验交流会资料选编 1961.

(本文承蒙河北医科大学李贵晨教授指导,在此深表谢意)

(收稿日期:1996－05－15)

严重扁桃体术后出血的处理

河北省石家庄市钢铁厂职工医院 赵喜春

(河北石家庄,邮政编码 050031)

报告 3 例扁桃体术后出血,均行双氧水棉球,副肾素棉球压迫止血及咽腭弓,舌腭弓缝合无效行颈外动脉结扎。1 例动脉结扎后仍出血,最后在人工冬眠下行气管切开咽腔填塞宫纱止血。1 例先行气管切开咽腔填塞后仍出血行双侧颈外动脉结扎。另 1 例动脉结扎后出血立即停止。

维普资讯 http://www.cqvip.com

临床资料：例 1. 男，34 岁，患慢性扁桃体炎 10 余年检查，血压 15/10kpa，扁桃体Ⅱ°肿大，白细胞 7.6×10³/L 出血时间 1 分，凝血时间 2 分，血小板 12.3/mm³ 行双侧扁桃体切除术，术中出血约 3～5ml，压迫止血后回病房。术后 3 小时开始少量出血渐增多，检查左扁桃体窝有弥漫性渗血，双氧水，付肾素棉球压迫止血，咽前后柱缝合后仍出血，输血 1000ml，检查血小板 6 万/mm³，出血时间 6 分，凝血时间 8 分，行左侧颈外动脉结扎术，术后出血减少，数小时后又出血，量约 2000ml，在人工冬眠下行气管切开咽腔填塞，36 小时后取出宫纱，咽部无渗血，查血小板 11 万/mm³，凝血时间 5 分，二天后拔除气管套管，痊愈出院。

例 2. 男，36 岁，即往患慢性扁桃体炎，查：扁桃体Ⅱ°肿大，表面不平，腺窝有干酪样分泌物，白细胞 6.4×10³/L，出血 1 分，凝血 2 分，血小板 11.2 万/mm³，住院行扁桃体剥离术，术中扁桃体与周围粘连甚紧，剥离困难，剥离至下端时，圈套器坏损，用剪刀剪下扁桃体，当时出血约 1500ml，病人出现休克症状，立即付肾素棉球压迫止血无效，输血，气管切开，冬眠下咽腔填塞止血，3 日后大口吐血，量约 500ml，检查扁桃体左侧有弥漫渗血，立即行颈外动脉结扎，结扎后出血减少，5 天后病人右侧扁桃体窝又出血，又行右侧颈外动脉结扎，结扎后出血止。

例 3. 男，35 岁，诊为慢性扁桃体炎住院待手术，扁桃腺Ⅱ°肿大，白细胞 5.6×10³/L，血红蛋白 14 克，出凝血时间 2 分，住院后 3 天行扁桃体摘除术，术中右侧渗血，双氧水棉球压迫止血，出血停止。5 小时后大口吐血，检查扁桃体右侧有渗血，压迫止血，咽前后柱缝合后仍出血。血压下降，脉细，尿少，出汗，出现休克症状，立即右侧颈外动脉结扎，结扎后出血停止，抢救过程共输血 1000ml。

讨论：①3 例均为原发性出血。经双氧水，付肾素棉球压迫止血，咽前后柱缝合无效，动脉结扎后仍出血，在临床属罕见。动脉结扎后仍有个别出血可在人工冬眠下行咽腔填塞止血。②咽腔填塞时用人工冬眠对于失血性休克血容量不足病人易引起心率快，心肌劳损。但我们认为平时心肾功能良好不会有更大意外。③术后长时间出血及大量输血，可出现弥漫性渗血。出血时间越长，止血效果越差。另贮存血血小板减少，血浆凝血因子含量不足，毛细血管功能障碍（大量枸橼酸钠作用使血管张力减低，收缩不佳），血钙低。（过多枸橼酸钠与游离钙结合造成）。④颈外动脉结扎治疗出血是行之有效的措施，当结扎后仍自然有个别出血是因为又建立或原有侧枝循环。曾报告 1 例扁桃体出血，结扎颈外动脉后仍出血，经动脉造影证实颈外动脉结扎后舌动脉的侧枝循环使结扎点以上的颈外动脉重建侧枝循环，以后分别结扎各分枝才止血。

（收稿日期：1996－01－31）

18

R2-54

雷诺氏综合征的显微外科手术治疗

河北省人民医院神经外科 王培泽 杨 钧 李 铮 李云林

河北医大第五医院神经外科 郝栓发

（河北石家庄，邮政编码 050051）

雷诺氏综合征 显微外科手术 治疗

R684.3

我院自 1992 年 1 月至 1994 年 11 月收治 2 例雷诺氏综合征重症患者，经用显微外科手术治疗，取得了显著效果，现报告如下：

病例简介：例 1、男性，64 岁，农民，双手阵发性出现苍白、紫绀、发黑，然后发红变化 3 年，并肿胀、酸麻胀痛、麻木不觉，难以忍受，逐渐加重。左手先发病，且症状较重，经用中西医多方治疗无效，查见双手十指苍白、温度偏低、针刺痛觉减退，可见发紫、发白、发红之变化，冬天愈发加重，夏天亦然，稍遇冷水或凉天气即发作。不能参加生产劳动。经化验免疫功能正常。于臂丛麻醉下，先行左手五指指动脉交感神经末稍切除术。术毕即见左手指发红、温度提高而发暖，术后二周拆线，伤口一期愈合。术后左手遇冷不再复发，而右手未做手术亦见有好转，故未做右手手术，继续观察，术后一个月即见右手亦逐渐好转至痊愈。经随访 2 年，左右手无上述复发现象，仅仅冬季三九天时双手末节稍有发凉变化，夏天一切正常，可参加轻度生