文研究也显示,观察组应用泮托拉唑与奥曲肽联合治疗 PUB 效果明显优于对照组单用泮托拉唑($P < 0.05$)。

3.2 在药物的临床研究上,疗效是评价药物的重要指标之一,而另一个重要的评价指标是药物的安全性,尤其是药物之间相互作用的安全性问题。泮托拉唑对 P450 依赖性酶的抑制作用很弱,对其他药物在人体内的代谢影响很小,因此,适合与其他药物联合使用增加疗效。同时,泮托拉唑在弱酸环境下(pH 3.5 ~ 7.4)较稳定,在强酸环境下能够迅速活化,具有副作用小而起效快的特点。本研究也显示,观察组以泮托拉唑联合奥曲肽泵入治疗 PUB 患者,仅有 3 例出现呕吐,2 例出现头晕不良反应,其他患者均无不适症状。出现不良反应的患者症状均较轻,经过调整用药速度后症状均有所缓解并消失,并不需要采取停药措施。这证实了泮托拉唑与奥曲肽联合使用发生药物相互作用的概率较小,其适用人群更广泛,具有安全性和耐受性均较高的优点。

综上所述,奥曲肽联合泮托拉唑钠治疗 PUB 的具有疗效快、不良反应少的特点,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 王吉耀. 内科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2012:564.
- 2 辛 磊,李兆申. 大剂量质子泵抑制剂治疗消化性溃疡出血的研究进展[J]. 中华消化内镜杂志,2012,29(8):478-480.
- 3 阳建会. 大剂量奥美拉唑对老年胃溃疡并出血患者再出血的影响[J]. 新医学,2010,41(6):402-403,406.

- 4 《中华内科杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会,《中华消化内镜杂志》编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009,杭州)[J]. 中华消化杂志,2009,29(10):682-686.
- 5 李兆申,杨云生,张澍田,等. 泮托拉唑治疗消化性溃疡出血的专家意见[J]. 中华内科杂志,2011,50(12):1077-1078.
- 6 王迎昕,陈锡美,朱风尚,等. 注射用尼扎替丁治疗消化性溃疡出血 205 例[J]. 世界华人消化杂志,2011,19(18):1963-1967.
- 7 梁 晓,钱本余. 非静脉曲张性上消化道出血处理共识意见[J]. 胃肠病学,2010,15(6):348-352.
- 8 Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer[J]. N Engl J Med, 2008,359(9):928-937.
- 9 张燕丽. 质子泵抑制剂泮托拉唑的药理及评价[J]. 首都医药,2007,14(18):27-28.
- 10 陈丽燕. 奥曲肽治疗老年急性上消化道出血 18 例临床疗效观察[J]. 中外医学研究,2011,9(2):33.
- 11 马立军. 奥曲肽治疗急性上消化道出血的临床疗效观察[J]. 浙江临床医学,2008,10(12):1589.
- 12 秦海玲. 奥曲肽治疗急性上消化道出血的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2013,11(20):229.
- 13 任秀梅,董志强. 奥曲肽联合泮托拉唑治疗急性上消化道出血的疗效观察[J]. 临床消化病杂志,2011,23(6):370-371.
- 14 谈丰平,杨茂梧. 小剂量醋酸奥曲肽联合泮托拉唑治疗消化性溃疡大出血的临床研究[J]. 中国医师进修杂志,2009,32(16):44-46.
- 15 吴汉勤. 奥曲肽联合泮托拉唑治疗上消化道大出血 54 例的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗,2008,13(3):247.
- 16 刘思德,林冠斌,项时昊. 奥曲肽联合泮托拉唑治疗非静脉曲张性上消化道出血临床观察[J]. 浙江医学,2008,30(8):886-887.

[收稿日期 2014-12-09][本文编辑 杨光 and]

学术交流

腹部手术后早期炎性肠梗阻 32 例诊治体会

陈志文

作者单位: 441700 湖北,谷城县人民医院普外科

作者简介: 陈志文(1979-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普外科疾病的诊治。E-mail:594aweng@163.com

[摘要] 目的 探讨腹部手术后早期炎性肠梗阻的临床特点、诊断及治疗。方法 回顾分析 32 例腹部手术后早期炎性肠梗阻的临床表现及诊疗方法。结果 32 例患者中,30 例第 1 次手术后发生早期炎性肠梗阻,均经保守治疗痊愈,平均治疗时间为 10 d,无一例并发症发生;2 例因考虑术后早期机械性肠梗阻,术中因分离粘连引起肠壁破损,被迫行小肠部分切除,经保守治疗 3 周后痊愈。结论 腹部手术后早期炎性肠梗阻保守治疗效果良好。

[关键词] 术后炎性肠梗阻; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 574.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2015)03-0256-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.03.21

Experience on diagnosis and treatment of 32 patients with early postoperative inflammatory bowel obstruction

CHEN Zhi-weng. Department of General Surgery, the People's Hospital of Gucheng Country, Hubei 441700, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical characteristics and diagnosis and treatment principles of early postoperative inflammatory bowel obstruction. **Methods** The clinical manifestations and the methods of diagnosis treatment of 32 patients with early postoperative inflammatory bowel obstruction were analyzed retrospectively. **Results** In a total of 32 patients, 30 patients who suffered from bowel obstruction after the first time of operation recovered after conservative treatment. The mean cure time was 10 days, no complication was found. Two patients who suspected of having mechanical bowel obstruction underwent operation again, during which multiple rupture of the small bowel happened and a portion of the small bowel were cut off. They both recovered after 3 weeks of conservative treatment. **Conclusion** The conservative treatment of early postoperative inflammatory bowel obstruction has better therapeutic efficacy.

[Key words] Postoperative inflammatory bowel obstruction; Diagnosis; Treatment

术后早期炎性肠梗阻为腹部术后并发症之一,占术后肠梗阻的20%,多发性在术后1个月以内,临床并不少见,会引起肠痿、腹腔重度感染等并发症发生。笔者收集2011-06~2014-06我院收治的腹部手术后早期炎性肠梗阻患者32例,现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011-06~2014-06我院共诊治腹部手术后早期炎性肠梗阻患者32例,其中男性19例,女性13例。年龄16~80岁。继发于阑尾炎穿孔并弥漫性腹膜炎术后8例,多次胆道手术5例,消化性溃疡穿孔术后2例,胃癌根治术后4例,结肠癌根治术后4例,外伤性肝脾破裂2例,胰十二指肠肠切除术后3例,胆痿术后再次行胆肠吻合术后2例,结肠肿瘤穿孔1例,小肠并子宫穿孔修补术后1例。其中2例患者起始诊断为术后早期机械性肠梗阻,保守治疗无效后行手术治疗,发生术后早期炎性肠梗阻。

1.2 临床表现 本组32例患者术后早期炎性肠梗阻的发生时间为术后4~28d,其中发生在手术后1周以内16例,8~14d 12例,15~28d 4例。均表现为术后肠蠕动恢复,并曾一度出现术后肛门排气、排便,但进食后出现肠梗阻。临床表现均有肛门通气后再发肛门停止排气、排便,持续性腹胀,8例有阵发性腹痛,12例患者伴有低热及中度发热。腹部体征:患者均有腹部稍饱满,未见明显胃肠型及蠕动波,质地韧,腹部有轻压痛。30例患者表现为肠鸣音减弱或消失,另有2例患者肠鸣音亢进活跃,但无气过水声。实验室检查:白细胞总数升高,中性粒细胞轻度升高或正常。X线腹部平片:肠管尤其是小肠均有不同程度的扩张,有少量液气平面。B超检查28例,16例示腹腔少量积液。24例行腹部CT检

查示肠管壁水肿,增厚,肠腔积气积液,为不完全性肠梗阻表现。

1.3 治疗方法 本组30例肠鸣减弱或消失的患者均行保守治疗,主要措施:禁食水,胃肠减压,使用广谱抗生素抗感染(第三代头孢类+甲硝唑或左氧氟沙星),维持水电解质酸碱平衡,肠外营养(卡文),生长抑素(依普比善),经胃管注入石蜡油或中药汤剂,肾上腺皮质激素的应用(地塞米松),温盐水或中药汤剂(生大黄水)灌肠,足三里穴位针灸等综合治疗。另2例患者因曾发生肠鸣音亢进,且腹部X线示腹部胀气进行性加重,分别经5、7d的保守治疗无效而进行手术治疗。术中因分离粘连带而致肠壁破损,均被迫行小肠部分切除术,术后仍发生肠梗阻临床表现,再次进行上述综合保守治疗。

2 结果

本组30例经保守治疗的患者均治愈出院,自发生肠梗阻症状至肠道功能恢复正常的时间为7~13d,平均10d;另2例诊断为早期性肠梗阻而进行手术的患者,术中见肠管均水肿粘连严重,术后肠梗阻症状仍持续存在,再次分别保守治疗19d和23d后肠道功能恢复正常,痊愈出院。

3 讨论

3.1 肠梗阻为腹部手术后常见的并发症之一。而腹部手术后早期炎性肠梗阻一般指手术后1个月以内发生的肠梗阻,多数患者发生在术后2周以内,发病率大约为1.0%~13.8%^[1]。其发病机制多与术中长时间暴露肠管、多次腹部手术操作、广泛粘连分解手术操作、腹膜炎、腹腔积液及积血或坏死组织和异物刺激引起肠壁炎症反应、充血水肿、纤维蛋白渗出和肠管粘连等有关,最终导致肠麻痹、粘连、不畅,造成梗阻。简言之,炎症导致的肠管壁水肿、增厚及肠蠕

动减弱是腹部手术后早期炎性肠梗阻的主要原因^[2]。

3.2 腹部手术后早期炎性肠梗阻的特点:(1)多见于腹部手术操作范围广、创伤重、手术时间长、以前经历多次手术操作、腹腔炎症重等病例。(2)多发生在术后2周以内早期,患者曾有一度通气,排便,但进食后出现肠梗阻的症状^[3]。(3)症状以腹胀为主且停止排气排便。腹痛相对较轻,可伴有低热及中度发热,无高热。(4)体征:腹部质地韧,全腹或局部有轻压痛,压痛以切口下方和脐周多见。腹部无明显胃肠型及蠕动波,肠鸣音减弱或消失。体征十分典型但很少发生绞窄。(5)辅助检查:血常规示白细胞总数轻度上升,中性粒细胞可轻度升高或正常。X线腹部平片示肠管均有不同程度的扩张,可见液气平面。B超检查示部分患者可有少量腹腔积液。腹部CT检查示肠管壁水肿、增厚及肠管见渗出,肠管粘连团。(6)本病多数为腹腔慢性炎症病变所致。除合并机械性因素外,更重要的与腹腔创伤重、炎性渗出、腹腔积液、积血等腹腔内炎症广泛粘连密切相关。(7)保守治疗效果良好。本组32例患者有30例完全符合上述特点,另有2例曾一度发生肠鸣音亢进,经腹部X线检查认为梗阻严重,误诊为术后早期机械性肠梗阻而行手术治疗,术中并未见明显的梗阻表现且出现医源性肠穿孔,术后恢复时间明显延长,给我们印象深刻。我们认为考虑早期炎性肠梗阻患者出现短期内的肠鸣音活跃,容易与早期机械性梗阻混淆,但极少听到气过水声,

更少金属音,需要我们细心鉴别^[4]。

3.3 腹部手术后早期炎性肠梗阻多倾向保守治疗,因为炎性肠梗阻较少发生绞窄,手术常因分离粘连带而致多发肠管壁损伤、肠痿及腹腔严重并发症。本组2例手术患者术后再发肠梗阻后仍是经保守治疗治愈,所以手术不是早期治疗的最佳选择。腹部手术后早期炎性肠梗阻保守治疗方法包括:(1)禁食水。(2)胃肠减压。(3)使用广泛抗生素抗感染。(4)维持水电解质及酸碱平衡。(5)早期给予肠外营养。(6)生长抑素(依普比善)减少肠腔消化液的分泌。(7)肾上腺皮质激素的应用。(8)经胃管注入石蜡油或中药汤剂。(9)温盐水或中药汤剂灌肠。(10)足三里穴位针灸。(11)严密观察患者生命体征及腹痛变化情况。若患者体温升高,腹痛、腹胀加剧,出现腹膜炎征象时,多为早期绞窄性肠梗阻,易发生肠坏死,应及时行手术治疗。

参考文献

- 1 李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.
- 2 卢钱.术后早期炎性肠梗阻的诊治体会[J].医学理论与实践,2007,20(4):423-424.
- 3 温钦,何暖坚,廖伟民,等.生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻[J].中国临床新医学,2014,7(9):849-850.
- 4 Ellozy SH, Harris MT, Bauer JJ, et al. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(9):1214-1217.

[收稿日期 2014-12-01][本文编辑 韦所苏]

学术交流

宫颈原发性腺肉瘤伴横纹肌肉瘤分化的临床病理分析

刘萌萌, 李洪滢, 魏丽, 刘鹏

作者单位: 450000 河南,郑州市第三人民医院病理科

作者简介: 刘萌萌(1977-),女,研究生学历,硕士学位,主治医师,研究方向:肿瘤病理。E-mail:liumengmeng36@163.com

[摘要] 目的 探讨宫颈原发性腺肉瘤伴横纹肌肉瘤分化的临床病理学特征。方法 对1例发生于宫颈的腺肉瘤进行临床病理分析,并复习相关文献,讨论其临床病理特征及鉴别诊断。结果 患者以发现宫颈赘生物为主要症状。镜下肿瘤由良性腺上皮成分和肉瘤性间质成分组成;腺体呈不规则分支状,间质肉瘤成分中可见横纹肌肉瘤成分。结论 宫颈原发性腺肉瘤是一种极为罕见的肿瘤,诊断主要依靠组织形态学特征,需要与宫颈息肉、子宫内膜的腺肉瘤和胚胎性横纹肌肉瘤鉴别。

[关键词] 腺肉瘤; 横纹肌肉瘤; 宫颈; 鉴别诊断