

● 病例报告 ●

中西医结合治疗
腹茧症并发麻痹性肠梗阻 1 例报告

高悦, 戚留英, 陈坚

(上海市松江区中心医院, 上海, 201600)

[关键词] 腹茧症; 麻痹性肠梗阻; 中西医结合治疗; 病例报告

[中图分类号] R259.745 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.046

腹茧症是一种罕见病,最早由 Foo 等^[1]于 1978 年报道并命名。原发性腹茧症发病原因尚不明确,临床表现无特异性,诊断困难,该病可导致肠梗阻,治疗以手术为主^[2]。该病术后最常见的并发症是肠梗阻,其复发率高达 27.1%。术后肠梗阻病因复杂,腹部手术史、手术时间长、肠道粘连范围广泛以及无肠道准备等都是开腹手术后麻痹性肠梗阻的独立危险因素^[3]。

对于复发性肠梗阻,早期首选保守治疗,大多数可以治愈,而再次手术非常困难,且容易引起并发症^[4]。肠麻痹不是由腹部感染引起的,而是由肠管扩张引起的。术后肠壁功能的吸收减弱,分泌物明显增加,肠道内积气增多,液体进一步膨胀,使肠蠕动减少或消失,这种恶性循环最终将导致麻痹性肠梗阻的发生^[5]。笔者以某医院消化外科手术中发现的 1 例腹茧症为例,进行跟踪研究,发现患者术后出现了顽固性麻痹性肠梗阻,在单纯西医治疗效果不佳的情况下给予中西医结合治疗,其后患者症状明显好转,现报告如下。

1 病案资料

张某,女,55岁,因“脐周阵发性疼痛 1d 伴呕吐”于 2017 年 11 月 1 日入院。患者于 1d 前开始出现脐周疼痛,呈阵发性,无疼痛放射感,伴有恶心、呕吐、发热、黑便、血便、尿频、尿痛。发病后患者解稀便 2 次,排气减少。来院后查腹部 CT:中腹部系膜漩涡状改变,邻近肠管扩张,考虑肠扭转致小肠梗阻。腹腔多发钙化灶。患者既往有卵巢囊肿手术史,15 年前有结核性腹膜炎史(自述抗结核治疗不规范)。体格检查: T 37.2℃, P 72 次/min, R 20 次/min, BP 119/78mmHg。腹稍平、软,未及明显肿块,脐周压痛,无肌卫、反跳痛。肝脾未触及,肠鸣音活跃。患者入院后急诊行“剖腹探查术+广泛肠粘连松解+小肠部分切除+肠扭转

复位术”。术中诊断:1)腹茧症,大网膜缺如;2)肠扭转;3)腹膜粘连伴肠梗阻。术后禁食、胃肠减压,并予以广谱抗生素(头孢美唑)抗感染、纠正水电解质平衡、肠外营养支持(脂肪乳注射液和复方氨基酸注射液)等常规治疗,鼓励患者尽早下床活动。术后 1 周内,患者偶有少量排气,无排便、呕吐、发热、腹痛等反应。术后第 8 天患者感腹胀不适,无排气、排便,腹部稍隆起,触之质软,无明显压痛,肠鸣音偏低,鼻胃管引流液 1000ml,恶心呕吐症状明显。腹胀不适时,急查腹部 CT 显示:肠腔术后腹腔引流中,腹盆腔积液,肠系膜增厚、模糊,肠郁张改变。术后病理诊断:部分小肠肠壁黏膜轻度炎症,黏膜下层、浆膜下层广泛充血水肿,部分浆膜层纤维组织增生。结合患者临床症状,继续给予胃肠减压,静脉营养支持,加用生长抑素 3mg,泵入,抑制消化液分泌。术后第 13 天患者无腹痛,时有恶心、呕吐,仍未排气、排便。加用皮硝外敷,其余治疗同前。术后第 20 天患者偶有呕吐,无腹痛、排气、排便,上腹部 CT 示:肠腔术后改变,腹盆腔积液,肠郁张改变,与前片对照相仿。肠系膜水肿增厚,较前略好转。给予加强肠外营养(脂肪乳氨基酸注射液、 $\omega-3$ 鱼油脂肪乳注射液、水溶性维生素、脂溶性维生素等),肥皂水 300ml 低压灌肠,每天 1 次。术后第 23 天请针灸科会诊后给予电针治疗,取穴足三里、上巨虚、下巨虚,隔天 1 次,同时加用莫沙必利胶囊,5mg,去胶囊外壳予以鼻饲,每天 3 次,夹管 30min。术后第 30 天,患者西医灌肠治疗效果不佳,中医临床药师查阅资料建议请中医科会诊,使用复方大承气汤灌肠(药物组成:生大黄 30g、枳实 21g、厚朴 15g、竹茹 9g、炒莱菔子 15g、赭石 15g,加水煎至 200ml,过滤取汁加入芒硝 40g,温度降至 28℃ 左右时灌肠,每天 1 次)。术后第 35 天患者无恶心、呕吐、腹痛,仍无排气,中药灌肠后有排便,为黄色稀便。胃镜示:非萎缩性胃炎。通过胃镜检查见胃蠕动好,无胃瘫征象,考虑为小肠动力不足所致,继续肠外营养、中药灌肠及生长抑素抑制肠液分泌。术后第 37 天患者无恶心、呕吐、腹痛,有排气排便,为褐色糊状便,继续肠外营养、中药灌肠。停止生长抑素,给予流质饮食,停肠外营养。术后第 43 天患者无呕吐、腹痛,大小便无异常。术后第 45 天,患者病情好转出院。

2 讨论

腹茧症的手术处理主要是尽可能切除包裹小肠的纤维膜、松解粘连、解除肠梗阻^[6],故手术操作复杂,时间长,肠道刺激大,容易导致肠壁水肿或渗血,再次造成粘连,部分患者在术后甚至较长时间肠道仍处于麻痹状态^[7-9]。本例患者有腹部手术史及结核性腹膜炎病史,术后形成的肠梗阻病情更为复杂,先予单纯西医治疗。生长抑素是一种环状肽类激素,由14个氨基酸组成,对消化道分泌有明显的抑制作用,在肠外营养的基础上给予生长抑素治疗肠梗阻,能够有效减少消化液的分泌量与梗阻以上肠管内液体积聚量。生长抑素具有下调炎症介质的分泌、加速炎症的消退、减少肠道菌群的易位、保护肠黏膜、阻断继发性损伤的作用,同时还可促使肠壁血液循环恢复,增加肠管吸收,减少肠腔内液体潴留,促进肠管再通^[10]。该患者术后未出现发热、腹部感染等症状,可能与生长抑素使用时间有一定的关系。由于生长抑素亦抑制胰岛素及胰高血糖素的分泌,在治疗初期会导致血糖水平短暂的下降,故在用药过程中应每6h监测1次血糖水平,并观察患者有无恶心、眩晕、面部潮红等反应。该患者在治疗过程中曾出现恶心呕吐加剧的情况,给予甲氧氯普胺肌肉注射以缓解症状,同时建议护士对于连续给予生长抑素的患者缩短给药间隔时间,一般不超过3min。

术后早期肠梗阻患者的肠道动力功能常出现障碍^[11],故临床加用了枸橼酸莫沙必利以增强胃肠动力。临床药师查阅不同厂家的莫沙必利制剂发现:上海信谊药厂有限公司(商品名:美唯宁)及亚宝药业集团股份有限公司(商品名:亚宝)生产的莫沙必利说明书中明确说明有胃肠道出血、肠梗阻或穿孔者禁用,而江苏豪森药业股份有限公司(商品名:瑞琪)、鲁南贝特制药有限公司(商品名:快力)、成都康弘药业股份有限公司(商品名:新络钠、贝络钠)、日本制药株式会社(商品名:加斯清)生产的莫沙必利片(分散片)说明书中则无该项禁忌证。进一步查阅文献,发现莫沙必利在假性肠梗阻中有着明确的治疗作用^[12-16]。莫沙必利是短效选择性5-HT₄受体激动剂,通过兴奋胃肠道胆碱能中间神经元及肌间神经丛的5-HT₄受体促进乙酰胆碱的释放,从而增强上消化道(胃和小肠)的运动^[17],改善麻痹性肠梗阻患者的胃肠道症状。由于目前我院只有上海信谊药厂有限公司生产的莫沙必利制剂,本次使用属超过说明书用药,故需取得患者的

知情同意并签名,且用药过程中应加强不良反应监测,一旦出现不良反应,需立即停药。该患者用药过程中未出现皮疹、头晕、腹痛、椎体外系综合征及心血管不良反应。

肠梗阻属中医学的“关格”“肠结”范畴。肠是六腑之一,六腑的生理特点是泻而不藏、传化水谷、以通为用^[18]。患者手术后因机体受到损害导致燥湿内结、气血瘀阻等,引起脏腑功能失调,气机升降不畅,从而使肠内容物不能正常运行,出现肠梗阻,以痞、满、燥、实为主症。复方大承气汤是治疗阳明腑实证的经典方,主要由大黄、枳实、厚朴、芒硝组成。其中大黄泄热通便、荡涤肠胃、活血化瘀;枳实行气散结、消痞除满;芒硝助大黄泻热通便、软坚润燥;厚朴行气消胀、温中燥湿;辅以竹茹、赭石降逆止呕;莱菔子宽肠理气。诸药合用,共奏活血化瘀、通腑行气之效。现代药理研究显示,大黄有效成分之一是大黄素,能够通过刺激肠壁的纵肌和环肌以增强其收缩功能,增大肠腔容积,发挥其泄下的作用;芒硝中含有硝酸钠,不易被肠黏膜吸收,易在肠内形成高渗溶液,增加肠内水分,引起机械刺激,促进肠蠕动^[19]。王文友等^[20]报道大承气汤具有增强胃肠道运动、提高肠血流量、控制腹部感染及保护细胞等作用。大承气汤灌肠疗法不但可促进肠壁水肿消散,还可刺激肠蠕动恢复。这种给药方法避免了“首过效应”,减小了药力的损失及对肝脏的毒副作用,使药物直达病所,有助于药物的吸收和药效的发挥,亦适合不能口服的患者^[21]。临床上,药师建议护士待药液温度降至37℃~38℃再进行灌肠,若低于34℃时肠蠕动减弱,不利于药物充分吸收。同时护士插入肛管动作宜轻柔,避免损伤肠黏膜,灌入速度宜缓慢,延长药液保留时间,患者灌肠后尽量使药液保留1~2h,同时注意观察有无腹部疼痛、心慌气短、睡眠障碍、肛门坠迫感^[22]。

在药物治疗的基础上结合针刺治疗,主要依据“合治内腑”的原则。中西医结合可有效缓解患者术后出现的肠粘连及梗阻,尽早促进肠道功能的恢复,减少粘连的发生,减轻患者的痛苦,缩短住院时间,值得临床推广^[2],但何时是联合用药的最佳时机,还有待商讨。

参考文献

- [1] Foo KT, Ng KC, Rauffa, et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls; the abdominal cocoon [J]. Br J Surg, 1978, 65 (6): 427-430.
- [2] 王永森, 张晓彤, 张新, 等. 腹茧症的中西医治疗研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(1): 178-179.

复杂型外伤性视神经萎缩1例报告

王蒙¹, 梁凤鸣², 黎红梅²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 复杂型外伤性视神经萎缩; 针刺疗法; 中药; 病例报告

[中图分类号] R276.746+.3 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.047

外伤性视神经萎缩(tramatic optic neuropathy, TON)是由于头面部受到冲击而引起的视神经病变,临床多表现为视野部分或全部缺损,视功能受损,严重者可导致视力完全消失。由于眼底在外伤初期检查正常,部分患者因外伤后神志不清,未能及时表述视功能损伤程度,造成了病情的延误,错过了最佳治疗时机。TON为临床上的难治型眼病,预后极差,目前尚无特效疗法。笔者临床运用针刺结合中药治疗复杂型TON 1例,针刺眼周及远端穴位以疏通经络、调和气血,配合中药补益气血、活血化瘀,从而改善了患者视力,现报告如下。

1 病案资料

患者,男,27岁,因2年前发生车祸后就诊于某医院行

开颅手术,术后第3天出现双眼视力骤然下降,先后辗转多家医院就诊,诊断为外伤性视神经萎缩(双眼),予口服营养神经类药物,经治疗后症状无明显改善。患者为求进一步诊治前来就诊。入院专科检查:右眼视力光感不确切,左眼视力0.1,瞳孔直径约6mm,对光反射迟钝;眼底:视乳头色苍白,界清,C/D约1.0,动静脉周可见血管白鞘,A/V≈1:3,黄斑区光反射不清,后极部网膜未见明显渗出、出血;眼压16.0mmHg。既往车祸伤后于外院先后行2次开颅手术(具体术式不详),术后恢复良好。既往输血15IU。次日行双眼眼底彩照示:双眼视乳头色苍白,C/D约1.0,动静脉周可见血管白鞘,提示视神经萎缩。双眼视盘区OCT示:双眼视神经纤维层明显变薄。双眼视野示:右眼全盲,左眼鼻侧偏盲。后复查眼眶冠状位高清螺旋CT示:考虑额骨陈旧性骨折;右眼眶内侧壁局部形态稍欠规则;考虑额窦、蝶窦、筛

第一作者:王蒙,女,2016级硕士研究生,研究方向:中西医结合眼底病学

通讯作者:梁凤鸣,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合眼底病学,E-mail:liangfm66@163.com

- [3] 陈维平,谢芸. 开腹手术后麻痹性肠梗阻发生危险因素分析[J]. 中华普外科手术学杂志:电子版,2016,10(1):79-81.
- [4] 满新贺,王今. 腹茧症10例临床分析并文献复习[J]. 临床和实验医学杂志,2015,14(2):151-154.
- [5] 刘方伶. 注射新斯的明加厚朴温中汤加味治疗术后麻痹性肠梗阻40例[J]. 河北医学,2012,18(12):1820-1822.
- [6] 陈琦,贺健翔,陈仁强,等. 腹茧症合并急性肠梗阻5例临床诊治体会[J]. 临床急诊杂志,2016,17(7):564-565.
- [7] 毛旭南,徐玉彬,张培建. 腹茧症病因及诊治的研究进展[J]. 中华普通外科学文献:电子版,2016,10(4):311-314.
- [8] Qasaimeh GR, Amarin Z, Rawshdeh BN, et al. Laparoscopic diagnosis and management of an abdominal cocoon: a case report and literature review[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2010, 20(5):169-171.
- [9] 孙颖,陈佳栋,高友福. 腹茧症的诊断与治疗[J]. 中国现代普通外科进展,2014,17(1):69-71.
- [10] 张军. 生长抑素治疗腹部术后肠梗阻的疗效及影响因素分析[D]. 南宁:广西医科大学,2013.
- [11] 徐斌,马洪,周振理. 大承气汤配合肠梗阻导管治疗术后早期炎性肠梗阻55例[J]. 中国中西医结合外科杂志,2013,19(3):226-229.
- [12] 王磊,赵涛,张薇,等. 莫沙必利治疗长春新碱引起的大鼠小肠动力障碍[J]. 国际消化杂志,2008,28(3):260-261.
- [13] 孙丽红,周翔. 中西医结合治疗麻痹性肠梗阻的疗效观察[J]. 药学与临床研究,2013,21(2):172-174.
- [14] 曹燕飞. 综合方法治疗麻痹性肠梗阻53例[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(6):845-846.
- [15] 黄竹娥,方卫芬,杨林. 生大黄联合莫沙必利治疗肠梗阻43例疗效观察[J]. 海南医学,2012,23(12):51-52.
- [16] 路娣,宋玉明,张惠清,等. 枸橼酸莫沙必利分散片联合大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻35例临床观察[J]. 河北中医,2013,35(12):1836-1837.
- [17] 张婷,王敏伟. 胃肠动力药的发展及展望[J]. 国外医药:合成药生药制剂分册,2002,23(5):274-276.
- [18] 王修,黄增峰,蔡元训,等. 自拟理气通腑汤辅助治疗急性肠梗阻的临床观察[J]. 中国中医急症,2014,23(4):732-733.
- [19] 马悦茗,尚龙华. 中西医结合治疗非恶性肠梗阻60例临床疗效观察[J]. 井冈山大学学报:自然科学版,2016,37(3):93-95.
- [20] 王文友,苗建江,马瑛,等. 中西医结合治疗早期炎性肠梗阻34例[J]. 浙江中医杂志,2012,47(5):333.
- [21] 连爱霞. 小承气汤保留灌肠辅助治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效观察[J]. 中国中医急症,2013,22(12):2128-2129.
- [22] 张丽君. 中药灌肠联合护理干预治疗肾功能衰竭临床研究[J]. 河南中医,2014,34(12):2506-2507.

(收稿日期:2018-10-27)