

■ 技术·思维

腹部手术后出现肠梗阻的处理策略(下)

□ 邓运宗

研究证实,对腹部手术后肠梗阻进行手术治疗,复发率为21.3%;进行非手术治疗,复发率为34.9%。

对术后肠梗阻反复发作患者应给予非手术治疗,避免急诊手术,要选择最佳时机进行择期手术,去除肠梗阻原因,避免复发。由于很难准确地判断术后肠梗阻患者的肠道血供状况及其程度,在非手术治疗期间要密切关注患者的症状、体征和检验指标的变化,避免错过最佳手术时机。严重腹胀、腹痛、发热、白细胞升高、内环境稳态失衡、胃肠引流液量大等情况均提示病情严重,要高度警惕,不及时处理会提高术后并发症发生率和病死率。

专家发现,入院7天后手术的患者病死率明显高于7天内手术的患者。对于明确诊断为术后肠梗阻的患者,早期手术能够提高存活率,降低并发症发生率,缩短住院时间;发病后16小时内是非手术治疗的黄金时间,超过这段时间,继续非手术治疗成功的可能性很小。因此,加上入院前的时间,非手术治疗不应>2天;如果非手术治疗3天~5天梗阻仍不能自行缓解(胃肠引流液>500毫升/24小时,或者伴有发热,抑或WBC(白细胞)计数>15×10⁹/升),继续非手术治疗会增加并发症发生率,延长不必要的住院时间。

手术治疗和非手术治疗的选择

治疗肠梗阻时,由于患者进食受限,应根据患者既往的营养状况、预计禁食时间、消化液丢失量等情况合理制订营养治疗方案。

没有或仅有轻度营养不良或预计禁食时间短于1周的患者进行肠外营养(PN)治疗,获益有限;既往有中

度、重度营养不良或预计禁食时间1周以上的患者,营养摄入不足会使他们的身体状况持续恶化,并对临床结局产生不良影响。因此,对于中度、重度营养不良或预计禁食时间1周以上的患者,应立即放置中心静脉导管,在积极纠正内环境稳态

后及时开始PN治疗。部分广泛浆膜或腹膜损伤的患者(比如弥漫性腹膜炎、小肠缺血-再灌注损伤、腹腔开放、广泛粘连分离的患者)在手术后早期(4周~6周内)可能会出现以肠管广泛致密粘连为特征的手术后早期小肠梗阻,也称术后早

营养支持

手术治疗

术后肠梗阻并非腹腔镜手术的禁忌证。

在选择开放或腹腔镜手术前,应通过病史、体检及影像学检查评估腹腔粘连的程度及范围。腹腔镜下肠粘连松解术适用于既往手术史<2

次、梗阻原因可能为纤维索带压迫,或继发于阑尾切除的简单肠梗阻,同时医生的手术经验也很重要。腹胀和肠管明显扩张不是腹腔镜手术的绝对禁忌证,但要避免放置穿刺器和手术操作时损伤肠管,以

及由于显露困难的原因造成粘连松解不完全。可以选择在肠管不扩张处或远离原手术切口瘢痕处放置第一个穿刺器,或采用切开法放置穿刺器。发现以下情形时应及时中转开腹:腹腔广泛粘连,显

药物治疗

关于莫沙必利、甲氧氯普酮、新斯的明及利多卡因的临床作用还存在争议,需要大样本RCT研究(随机对照研究)进一步证实。非甾体抗炎药可减少术后炎症反应,理论上应有效,但是由于非选择性COX-2拮抗药(包括美舒利、美洛昔康等)可能增加发生吻合口瘘的风险,因此高选择性COX-2拮抗药值得深入研究。

目前,仅有爱维莫潘被美国食品药品监督管理局批准用于术后肠梗阻的治疗。

爱维莫潘是美国食品药品监督管理局批准的唯一可加速机体大肠和小肠切除术后肠

道功能恢复的药物。这是一种外周μ阿片受体(阿片受体的一种类型)的竞争性拮抗剂,难以透过血-脑屏障,不影响阿片类药物的镇痛作用,且安全性较高,不良反应以恶心、呕吐、低血压常见。一项回顾性研究表明,爱维莫潘可以降低开放手术后肠梗阻的发病率,缩短患者住院时间。国内暂未批准爱维莫潘进入市场。

中医将术后肠梗阻归属“肠痹”,认为手术后气血瘀滞,结于肠腑,腑气运行不畅,导致腑气不通,引起术后诸多不适。因此,中医对术后肠梗阻的治疗以机体六腑

通畅为原则,常用中药攻下通腑、益气通腑、补气行气等。研究发现,大建中汤通过烟碱乙酰胆碱受体起消炎作用,从而减少术后肠梗阻的发生。大建中汤可加速胃切除及结肠手术后肠道运动功能的恢复。

泛影葡胺的主要成分是泛影酸,具有造影作用,能为早期诊断术后肠梗阻提供确切证据,并对术后肠梗阻具有一定的治疗作用。对于泛影葡胺,主要利用其具有高渗透性及不可吸收性的特点治疗术后肠梗阻。

腹部手术后肠梗阻应用泛影葡胺的优点:

- 1.物品易得,价格低廉,操作简单,如果对泛影葡胺不过敏,可以不必皮试。
 - 2.显影明确,可以进行连续动态观察,医师可以得到明确直观的肠道造影结果,有利于治疗方案的制订。
 - 3.为高渗透水性造影剂,有利于减轻肠壁水肿,刺激小肠蠕动,促进肠梗阻缓解,可用于腹部手术后早期肠梗阻的有效治疗。
 - 4.可用于诊断机械性肠梗阻的部位,为手术提供客观依据,对手术时机选择有很好的指导作用。
- (作者供职于河南中医药大学第三附属医院)

对一例高龄合并冠心病患者实施胰十二指肠切除术

□ 李泽山 文/图

近日,一名72岁的男性患者因心前区不适到当地医院就诊,发现有肝内外胆管扩张。服用药物后,患者的症状改善不明显,遂来到河南省胸科医院就诊。患者有高血压病史。

在河南省胸科医院,患者完善了相关检查。结果发现患者存在轻度贫血,肝功能指标异常升高,肿瘤标志物也升高,提示可能存在肿瘤。腹部MRI(磁共振成像)检查和MRCP(磁共振胰胆管造影)检查显示壶腹部可能显示壶腹部癌,胆管系统出现广泛扩张。患者的多项指标异常。最终,患者被确诊为壶腹部恶性肿瘤,被转至普外科接受后续治疗。壶腹部肿瘤是生长在十二指肠乳头、胆总管下段以及胰管开口处的肿瘤,很小就会阻塞胆总管和胰管,影响胆汁和胰液进入十二指肠,从而引起进行性黄疸、消化不良、发热、乏力等。

在制订治疗计划前,普外科专家团队对患者进行冠状动脉造影(CAG)、左心室造影(LVG)和动脉导管造影,发现患者的左前降支(LAD)存在60%~70%的狭窄,这导致手术难度和发生心脏相关并发症的风险大大增加。

壶腹部恶性肿瘤可能会侵犯周围器官,导致功能损伤。随着肿瘤的不断生长,可能会对周围神经造成压迫,引起剧烈的疼痛,如果没有得到及时有效的治疗,会威胁患者的生命。普外科专家团队根据患者的检查结果和对病情的综合评估,决定实施胰十二指肠切除术。

此次手术由普外科主任医师万德礼主刀。万德礼说,该手术解剖结构复杂,切除和重建范围广,操作难度大,术后并发症(胰漏、胆漏、出血等)发生率高,加上患者高龄,且伴有中度冠状动脉狭窄,在手术前后需要采取额外的管理措施,以减少发生心脏相关并发症的风险。

胰十二指肠切除术是一个大手术,涉及多个器官的切除和重建,主要切除胰头、远端胃、十二指肠、空肠起始部、胆囊以及胆总管,切除后的重建包括胃肠吻合、胆肠吻合、胰肠吻合。由于创伤较大,患者的术后恢复期相对较长。医护人员需要注意患者术后的药物治疗、伤口护理、引流管护理、并发症观察等。

术后半个月,患者尝试经口进食,并且成功地拔出腹腔引流管。更重要的是,术后的检查结果显示,他的肝功能恢复正常,肿瘤标志物相关指标也回到了正常水平,且没有出现心脏相关并发症。

(作者供职于河南省胸科医院)



影像检查图

河南省呼吸病学学科的发展研究

□ 张晓菊 李纳纳

呼吸病学是一门新兴的学科,主要关注影响人体呼吸功能的各种疾病,包括但不限于慢性阻塞性肺疾病、肺心病、成人呼吸窘迫综合征以及其他原因引起的急性呼吸衰竭。随着人口老龄化问题日益严重,呼吸系统疾病的发病率逐渐上升,因此关于呼吸病学的发展研究显得尤为重要。呼吸病学不仅涉及疾病的诊断和治疗,还涉及对呼吸衰竭、睡眠呼吸暂停综合征等疾病的管理。此外,呼吸病学还致力于呼吸康复医疗的基础理论和技术研究,以及如何维护和恢复呼吸功能,提高患者的生活质量。

现状分析

发展基础

河南省人民医院呼吸与危重症医学科、郑州大学第一附属医院呼吸与危重症医学科均为国家临床重点专科。河南省人民医院呼吸与危重症医学科是河南省呼吸医学中心、河南省呼吸内科诊疗质控中心、河南省呼吸内科诊疗质控中心、河南省慢性阻塞性肺疾病防治中心、引领省内呼吸病学医学技术发展,带动全省预防、治疗和保健服务水平整体提升。

河南省各医疗单位呼吸与危重症医学科人员结构合理。

目前,河南省开展的呼吸病学方面的技术包括呼吸循环重症监护、机械通气(俯卧位通气)、呼吸康复、ECMO(体外膜肺氧合)、肺移植、血透滤过结合、超声支气管镜引导下活检活体检查、内科胸腔镜检查术、球囊扩张气道成形术、热消融术(高频电切、氩气刀等)、冷冻切除术、气管/支气管内支架置入术、气管和支气管瘘封堵术、支气管镜下肺减容术、全肺灌洗术、支气管腔内近距离放疗术、支气管热成形术等。

学科定位

河南省呼吸病学在国内有一定知名度,影响力不断扩大。

目前,河南省拥有2个省厅级呼吸病学重点实验室(河南省呼吸病学重点实验室、河南省肺结节诊疗国际联合实验室)、3个省级呼吸病学工程研究中心(河南省数字肺人工智能诊疗工程中心、河南省肺结节精准治疗工程研究中心、河南省物联网呼吸慢病管理工程技术研究中心)。

目标任务

总体目标

在严重危害群众健康的重大疾病的诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、医院管理等方面达到代表区域的顶尖水平,构建多学科协同的疾病诊疗模式,提高重大疾病诊疗服务能力,增加优质医疗资源总量,降低患者省外就诊率。

阶段目标

第一阶段:建设方案制订(2022年6月~2023年6月)

结合科室实际情况,制定详细的实施方案,明确工作目标、任务、工作机制、具体步骤和要求等。

第二阶段:全面推开(2023年6月~2025年12月)

1.各级医院结合呼吸与危重症医学科规范化建设,建立完整的亚专科体系,培养学科带头人。

2.建立呼吸病学病原学实验室,建成具有呼吸病学疑

难病诊断能力以及呼吸道传染病(流感、肺结核等)诊疗能力的“呼吸病医院”。

3.积极发展呼吸介入诊疗新技术,包括支气管镜技术、气管镜或者超细支气管镜下应用径向超声技术联合不同导航技术、CT(计算机断层扫描)引导下穿刺技术、气管镜下射频消融或者微波消融治疗外周肺结节或早期肺癌。

4.建设“肺结节数字肺工程研发中心”,建立肺结节基因图谱、影像组学及病例队列的大数据库,完成早期肺癌风险评估模型。

5.建成“河南省呼吸慢病大数据管理平台”,完成慢性阻塞性肺疾病横断面调查研究及预测风险评估模型的建立。

6.加大人才引进力度,与国内外优秀团队合作,建立临床、科研一体化模式。

7.建立呼吸病学多学科平台、呼吸病学大数据研究平台。

落实措施

以严重危害群众健康的呼吸病学为切入点,构建多学科协作的疾病诊疗模式,提升诊疗水平。整合现有资源,构建区域内医疗服务网络,示范、推广适宜有效的高水平诊疗技术,引领区域内学科发展和医疗服务

能力提升。开展区域内疑难危重症诊断与治疗,收治疑难危重症病例比例达到90%以上,总体治愈率居国内领先地位。

河南省呼吸病学要瞄准主要特色专科及技术,实现突破。通过人才培养与引进新技术,进一步提升肺结节、肺癌、间质性肺疾病、肺血管疾病等呼吸系统疾病的诊疗水平。在此基础上查漏补缺,着重建设呼吸病学亚专科、肺血管疾病亚专科、间质性肺疾病亚专科,提升呼吸系统疾病公共卫生突发事件急救能力以及呼吸病学疑难病的诊疗能力。

1.积极发展呼吸介入诊疗新技术,进一步完善疑难危重症呼吸介入诊疗体系。

开展早期肺癌相关诊疗新技术,包括支气管镜技术、气管镜或者超细支气管镜下应用径向超声技术联合不同导航技术、CT引导下穿刺技术;引进国际上先进的早期肺癌诊断技术,包括Cone beam(锥形束)CT引导下气管镜活检技术、光学相干技术、外周结节诊断及气管镜机器人技术;开展早期肺癌微创治疗,针对发生于气管黏膜的早期肺癌,开展支气管镜引导下光动力治疗新技术,以及气管镜下射频

消融或者微波消融治疗外周肺结节(早期肺癌)。

2.加强呼吸病学体系建设,建立呼吸病学亚专科。

依据国家呼吸医学中心设置标准要求,综合医院必须具备结核病的诊断与治疗能力。依托呼吸与危重症医学科发热门诊,建设呼吸病学亚专科,开展结核病诊疗工作。培养一支总体技术水平高,具有危重症诊疗能力,集感控、呼吸病学诊断与治疗能力于一体的队伍。依托发热门诊,建设呼吸病学亚专科,建立“呼吸病学亚专科”,进一步完善重大呼吸道传染病应急体系建设,加强综合医院呼吸病学亚专科的防治体系建设。

此外,争取在5年内建成包括特发性肺纤维化、尘肺等呼吸系统疑难病的管理数据库,达到国际一流水平;力争5年内与医学物联网技术深度融合,建立全新的慢性阻塞性肺疾病管理体系;强化呼吸重症新理念,建立多学科协同救治新机制,着力发展呼吸重症与康复等相关先进技术;力争5年内建成航空急救-移动ECMO救护-病原学快速评价的“空地一体化呼吸重症救治”网络系统。



河南医学学科发展

HENAN YIXUEXUEKE FAZHAN