doi:10.11659/jjssx.07E017021

·临床研究·

绞窄性肠梗阻早期诊断与手术时机的选择

张文华[1],刘志雄[2],周 松[1],刘 静[1],杨爱国[1],邹耀祥[1],聂 凯[1] (1.解放军第175医院普通外科,福建 漳州 363500;2.解放军73156部队医院,福建 漳州 363500)

[摘 要] **目的** 探讨绞窄性肠梗阻早期诊断及手术时机选择的意义。**方法** 回顾性分析解放军第175医院普通外科2013年1月至2016年1月收治的90例绞窄性肠梗阻手术患者的临床资料,将2013年1月至2014年2月28例患者作为早期阶段组,2014年3月至2016年1月62例患者为后期阶段组。90例绞窄性肠梗阻患者均行手术治疗,分析2组患者的死亡率及坏死肠管切除率。**结果** 90例绞窄性肠梗阻患者中88例治愈,2例死亡。10例坏死肠管切除,坏死肠管切除率11.11%,其中早期阶段组死亡1例,坏死肠管切除8例;后期阶段组死亡1例,坏死肠管切除2例。**结论** 早期诊断并及时手术治疗可降低绞窄性肠梗阻的死亡率及坏死肠管切除率。

[关键词] 肠梗阻;绞窄性;手术;诊断;治疗;早期
[中图分类号] R656.1 [文献标识码] A [收稿日期] 2017-07-13

Early diagnosis and surgery timing of strangulated intestinal obstruction

ZHANG Wen-hua[1],LIU Zhi-xiong[2],ZHOU Song[1],LIU Jing[1],YANG Ai-guo[1],ZOU Yao-xiang[1],NIE Kai[1] (1.Department of General Surgery,175th Hospital of PLA,Zhangzhou Fujian 363500,China;2.73156 Military Hospital of PLA,Zhangzhou Fujian 363500,China)

Abstract: Objective To investigate the early diagnosis and surgery timing of strangulated intestinal obstruction. **Methods** The clinical data of 90 patients with strangulated intestinal obstruction who were admitted into our hospital from January 2013 and January 2016 were retrospectively analyzed. And these patients were divided into the early stage group (28 cases) and the later stage group (62 cases). The rate of mortality and the rate of necrotic bowel resection of the two groups were analyzed. **Results** Among the 90 patients underwent emergency surgery,there were 88 cases cured and 2 cases died,and there were 10 cases (11.11%) of necrotic bowel resection among the survivor. In the early stage group,there were 8 cases of necrotic bowel resection and 1 case of death. In the later stage group,there were 2 cases of necrotic bowel resection and 1 case of death. **Conclusion** Early diagnosis and prompt surgical treatment can reduce the mortality of strangulation obstruction and necrosis of bowel resection.

Keywords: intestinal obstruction;strangulated;surgery;diagnosis;treatment;early stage

肠梗阻是普通外科常见的一种急腹症,而绞窄性肠梗阻是最危险的一个阶段[1]。目前,绞窄性肠梗阻的误诊率较高,文献报道为37%~70%[2-3],造成误诊率高的主要原因是绞窄性肠梗阻患者临床症状与体征很不典型,而且临床医生一般认为患者无腹膜炎体征,故没有及时手术,导致肠坏死、肠穿孔、感染性休克、短肠综合征、器官功能障碍等严重并发症出现[4-8]。因此如何在绞窄性肠梗阻发生之前,早期诊断及早期手术仍是临床一大难题。本研究总结解放军第175医院普通外科2013年1月至2016年1月处理90例绞窄性肠梗阻的经验体会,探讨绞窄性肠梗阻的早期诊断和手术时机的选择。

1 资料与方法

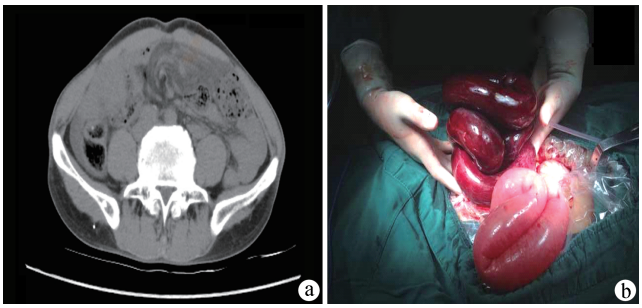
1.1 临床资料

2013年1月至2016年1月我院收治的经手术证实为绞窄性肠梗阻的患者共90例,其中男72例,女18例;年龄最小1.3岁,最大78岁,平均年龄49.2岁;发病距就诊时间最短者3.5 h,最长者4 d。90例绞窄性肠梗阻中粘连42例,肠扭转15例,腹外疝15例,腹内疝8例,肠套叠10例。主要临床表现为腹痛78例,腹胀70例,呕吐73例,便秘60例,压痛包块45例,体温高于38.5 ℃ 31例,休克10例。腹痛为持续性阵发性加剧,或剧烈绞痛后仍有持续性加重。呕吐物呈咖啡色者有8例,呈粪性物者17例,血便或果酱色便者10例。将90例绞窄性肠梗阻患者分成2组,2013年1月至2014年2月28例患者作为早期阶段组,2014年3月至2016年1月62例患者为后期阶段组。只要肠梗阻患者符合以下其中一个条件即有手术指征:①突发腹部剧烈疼痛,主要是症状重,体征轻;②早期出现全身性炎症反应变化,如血压升高(既往无高血

压病史)、脉率增快、体温上升、白细胞增高[9-12];③以往有腹部手术史,突发腹痛激烈;④无腹部手术史及炎症史的机械性小肠梗阻,经保守治疗无效;⑤反复发作的粘连性肠梗阻,正规保守治疗 24 ~ 48 h 无效;⑥老年人和小儿肠梗阻;⑦CT 可见“漩涡征”或“鸟嘴征”[2]。

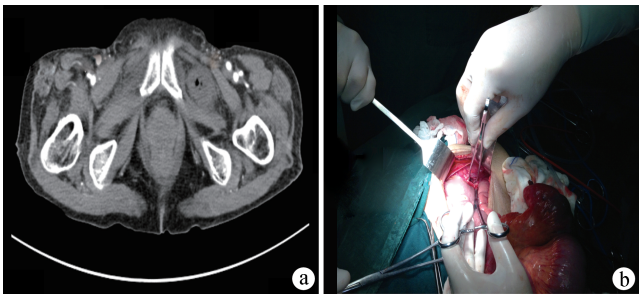
1.2 方法

入院后均及时行禁食、胃肠减压、预防感染、补液、抗休克等治疗,积极完善术前准备后行剖腹探查术(图 1、2)。早期阶段组 28 例患者中,10 例行粘连松解术,主要是小肠与腹壁之间形成粘连带,卡压小肠,行粘连带切除,其中有 4 例因小肠坏死行坏死小肠切除术;6 例行肠扭转复位,其中有 2 例因小肠坏死加行坏死小肠切除术;8 例行腹内疝、腹外疝松解复位;1 例因腹内疝全小肠坏死,行全小肠切除术,最后患者出现全身感染、多器官功能障碍死亡;1 例因小肠坏死行坏死小肠切除术;4 例行肠套叠复位,均是小肠套入回盲部,行肠套叠复位加回盲部固定,其中 1 例因回盲部缺血坏死加行回盲部切除。后期阶段 62 例患者中,32 例行粘连松解,其中有 1 例因小肠坏死行坏死小肠切除术;9 例行肠扭转复位,其中有 1 例行因乙状结肠扭转坏死行乙状结肠切除 + 降结肠造瘘术,由于术后并发感染,最后死亡;15 例行腹内疝、腹外疝松解复位,其中 1 例因嵌顿小肠坏死加行小肠部分切除术;6 例肠套叠复位术。



a:术前 CT 可见漩涡征;b:术中见小肠缺血坏死

图 1 早期阶段组腹内疝患者资料



a:术前 CT 见肠管经闭孔进入腹股沟区;b:肠管进入闭孔,未见坏死

图 2 后期阶段组闭孔疝患者资料

1.3 疗效评价

以患者术后腹痛、腹胀、恶心、呕吐消失,肛门恢复排气排便,恢复饮食后无不适,正常出院为治愈;症状加重或出现死亡为无效。同时以患者术后死亡和术中行坏死肠管切除的为判定绞窄性肠梗阻早期诊断及早期手术观察指标[4],如患者死亡及切除坏死肠管都为未早期诊断及早期手术。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,早期阶段组与后期阶段组患者病死率及坏死肠管切除率比较采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

90 例患者均经剖腹探查术,有 88 例治愈,死亡 2 例(病死率 2.22%),10 例切除坏死肠管(坏死肠管切除率 11.11%)。早期阶段组患者病死率为 0.03%,坏死肠管切除率为 28.57%,后期阶段组患者病死率 0.01%,坏死肠管切除率为 0.03%。早期阶段组由于对绞窄性肠梗阻认识不足,导致坏死肠管切除率较高,随着经验积累,后期阶段组的坏死肠管切除率明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$),而早期阶段组和后期阶段组患者的病死率差别无统计学意义。

3 讨论

绞窄性肠梗阻就是在肠腔梗阻时合并肠管血液循环障碍,即缺血性肠梗阻,嵌顿疝、腹内疝、肠扭转、肠套叠往往合并有血管受压,都属于绞窄性肠梗阻[1]。当发生绞窄性肠梗阻时,临床上都是静脉回流障碍先于动脉阻断,所以动脉血仍不断流向肠壁、肠腔,出现只进不出的现象[5],导致发生肠穿孔、肠坏死,导致感染和低血容量休克的发生[6]。因此绞窄性肠梗阻如没有及时手术,将发生肠壁坏死和穿孔,从而导致严重的腹腔感染和全身中毒,导致患者死亡[1]。

本研究回顾性分析我科 90 例绞窄性肠梗阻治疗患者,其中早期阶段有 28 例患者,死亡 1 例,坏死肠管切除 8 例;后期阶段有 62 例患者,死亡 1 例,坏死肠管切除 2 例。早期阶段由于经验不足,同时对绞窄性肠梗阻认识不够,导致患者病死率为 0.03%,坏死肠管切除率为 28.57%。但随着我们经验的积累及诊断水平的提高,后期阶段患者病死率 0.01%,坏死肠管切除率为 0.03%,两个阶段患者病死率是没有差别的,但后期阶段坏死肠管切除率明显低于早期阶段,得益于我们对绞窄性肠梗阻的重新认识。我们认为,绞窄性肠梗阻的手术治疗只能提前,不能滞后,不能等到腹

膜炎体征出现时,才行手术治疗,更不能因某一个体征不支持绞窄而消极等待[13-15]。所以我们认为只要术中切除坏死肠管的,都是没有及时诊断、及时手术的。因此我们必须在绞窄性肠梗阻发生之前,及时诊断、及时手术,防止肠管缺血坏死。本文认为,具有以下任一条件即应引起重视:①突发腹部剧烈疼痛,患者不敢平卧而采取胸膝卧位或蜷曲侧卧位,主要是症状重,体征轻。这类患者往往用阿片类止痛药无效果;②早期出现全身性炎症反应变化,如血压升高(既往无高血压病史)、脉率增快[16]、体温上升、白细胞增高[17];③有腹部手术史,术后突发肠梗阻,腹痛往往较剧烈,多出现腹内疝,这类患者也需及时手术;④无腹部手术史及炎症史的机械性小肠梗阻,经保守治疗无效时,可能是腹内疝,也应及早手术[18];⑤反复发作的粘连性肠梗阻,正规保守治疗 24 ~48 h 后,症状不减轻或加重[7],也应及时手术;⑥对于老年人和小儿肠梗阻,手术更应积极,因为一旦发生肠坏死,往往预后很差[19-21],故更因早期手术;⑦检查手段不能局限于 X 射线,应及早行 CT 检查,CT 能发现早期的征象,如“鸟嘴征”、“漩涡征”,其他如梗阻肠壁增厚、肠系膜模糊及腹水等[22],也应及早手术。因此我们认为,只要肠梗阻患者符合以上 7 项其中 1 项的,我们就应及早手术。因此近 4 年来,我们科绞窄性肠梗阻患者的手术病死率为2.22%,低于教科书上的 4.5% ~31%[1],而坏死肠管切除率 11.11%,与刘庆伟等[4]报道的基本一致,这结果得益于我们对绞窄性肠梗阻的充分认识,手术时机的把握,同时这一结果也充分表明,对绞窄性肠梗阻患者的早期诊断和早期手术可以提高该病的治疗效果。因此我们宁可在绞窄性肠梗阻发生之前早期手术,勿待晚期绞窄、坏死时被迫手术。

综上所述,绞窄性肠梗阻的手术病死率一般为 4.5% ~31%,而单纯性肠梗阻却只有 1%[23],所以我们对待绞窄性肠梗阻不能过度依赖教科书知识,不能过度重视腹膜炎体征[24-25],我们必须在绞窄性肠梗阻发生之前早期诊断、及时手术以及积极的围手术期处理,从而减少患者坏死肠管切除率及病死率。绞窄性肠梗阻的早期诊断以及早期手术是挽救患者生命的关键,可以减轻患者家庭的经济负担、缩短住院时间,又可以减少医疗纠纷的发生。

[参考文献]

[1] 吴孟超,吴在德. 黄家驷外科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:1485 -1492.

[2] 杨栋梁,郑可国,刘红艳,等. 320 排 CT 诊断机械性肠梗阻的价值[J]. 中国医学影像学杂志,2016,24(3):203 -207. doi:10.3969/j.issn.1005 -5185.2016.03.014.

[3] 胡孝海,田 进. 绞窄性肠梗阻患者诊断指标的多因素分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(3):298 -300. doi:10.3969/j.issn.1006 -5709.2015.03.018.

[4] 刘庆伟,梁 政,邢中林,等. 不同手术松解时机对小肠梗阻手术预后影响及危险因素[J/CD]. 中华普外科手术学杂志(电子版),2015,9(3):200 -202. doi:10.3877/cma.j.issn.1674 -3946.2015.03.065.

[5] 陈华莹,陈 同. 手术治疗绞窄性肠梗阻 68 例[J]. 实用临床医学,2012,13(5):33 -36.

[6] 陆晓伟,陈素文. 急性绞窄性肠梗阻 68 例临床观察[J]. 中国实用医药,2010,5(19):85 -86. doi:10.14163/j.cnki.11 -5547/r.2010.19.202.

[7] 吴 坚,杨文锦. 粘连性绞窄性肠梗阻 107 例治疗体会[J]. 现代医院,2012,12(4):58 -59. doi:10.3969/j.issn.1671 -332X.2012.4.024.

[8] 彭 勃. 绞窄性肠梗阻 91 例诊治体会[J]. 浙江创伤外科,2014,19(2):239 -240. doi:10.3969/j.issn.1009 -7147.2014.02.038.

[9] 赵永奎. 绞窄性肠梗阻判断手术时机的临床可靠指标[J]. 中国实用医药,2016,11(29):105 -106. doi:10.14163/j.cnki.11 -5547/r.2016.29.067.

[10] 戴观荣,江 玲. 小肠多发憩室致肠梗阻 1 例[J]. 局解手术学杂志,2013,22(5):579. doi:10.11659/jjssx.1672 -5042.201305066.

[11] 周天智. 绞窄性、坏死性肠梗阻的早期诊断和手术适应证(附 78 例分析)[J]. 中国现代药物应用,2015,9(3):55 -56. doi:10.14164/j.cnki.cn11 -5581/r.2015.03.040.

[12] 郭 科,封光华,贾 忠. 绞窄性肠梗阻手术时机与临床指标的相关性[J]. 中国中西医结合外科杂志,2011,17(1):60 -62. doi:10.3969/j.issn.1007 -6948.2011.01.022.

[13] 王芝钧,陈锐锋,袁 杰,等. 成人机械性小肠梗阻腹痛性质与手术时机选择探讨[J]. 中国实用医药,2013,8(11):111 -112. doi:10.14163/j.cnki.11 -5547/r.2013.11.154.

[14] 刘菊炎,田启维,刘 俊,等. 不同手术时机在治疗急性肠梗阻中的疗效观察[J]. 中国医药指南,2013,11(21):537 -538. doi:10.15912/j.cnki.gocm.2013.21.367.

[15] 李克华,徐 磊,李向农. 肠梗阻患者手术时机选择探讨[J]. 中国现代医药杂志,2011,13(9):46 -48.

[16] 陆 耀,陈大伟,龚庆豪,等. 不同手术时机对急性肠梗阻治疗效果与安全性的影响[J]. 现代仪器与医疗,2016,22(5):98 -99. doi:10.11876/mimt201605036.

[17] 杨 军. 不同手术时机治疗急性肠梗阻的效果观察[J]. 当代医学,2013,19(18):99 -100. doi:10.3969/j.issn.1009 -4393.2013.18.069.

[18] 严 军. 不同手术时机在治疗急性肠梗阻中的效果观察[J]. 当代医学,2012,18(29):86 -87. doi:10.3969/j.issn.1009 -4393.2012.29.062.

[19] 陈 文,吴雄辉,黄锦远. 急性粘连性肠梗阻最佳手术时机[J]. 包头医学院学报,2016,32(1):38 -39. doi:10.16833/j.cnki.jbmc.2016.01.023.

[20] 王 晖,苏晓丽,戴 维. 急性肠梗阻患者不同手术治疗时机对疗效及预后的影响[J]. 2017,46(5):609 -611. doi:10.3969/j.issn.1000 -7377.2017.05.027.

[21] 蔡智锋,谢庆芳. 67 例绞窄性肠梗阻的诊治分析[J]. 中外医疗,2015(33):83 -84. doi:10.16662/j.cnki.1674 -0742.2015.33.083.

[22] 刘 涛,温 哲,梁奇峰,等. 儿童绞窄性肠梗阻的诊断和治疗[J]. 实用医院临床杂志,2016,13(4):11 -13.

doi:10.11659/jjssx.05E017080

·临床研究·

心脏瓣膜病手术同期射频消融治疗房颤的疗效分析

糜烨东[1,2],张林飞[1],单立梅[1],郑翔翔[1],李 芝[1],黄陈军[1],秦建伟[1] (1.南京医科大学第一附属医院心脏大血管外科,江苏 南京 210029;2.江阴市人民医院心胸外科,江苏 江阴 214400)

[摘 要] **目的** 探讨心内直视术同期行双极射频消融改良迷宫术治疗心脏瓣膜病合并心房颤动的临床疗效和预后。**方法** 选取60例因心脏瓣膜病合并房颤接受单纯瓣膜置换术的患者和75例接受瓣膜置换术同期行双极射频消融改良迷宫术的患者作为研究对象,比较2种不同治疗方式的围术期技术特征、术后不同时间节点的房颤转复率等临床效果。**结果** 2组患者的瓣膜置换术式和瓣膜类型差异无统计学意义($P>0.05$),但观察组的体外循环时间和主动脉阻断时间长于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后3个月、6个月、1年的房颤转复率均显著优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 心内直视术同期行双极射频消融改良迷宫术治疗心脏瓣膜病合并心房颤动具有较好的短期临床效果。

[关键词] 心房颤动;射频消融;外科手术;迷宫手术

[中图分类号] R571 [文献标识码] A [收稿日期] 2017-05-13

Efficacy analysis of radiofrequency ablation for atrial fibrillation in patients with cardiac valve disease

MI Ye-dong[1,2], ZHANG Lin-fei[1], SHAN Li-mei[1], ZHENG Xiang-xiang[1], LI Zhi[1], HUANG Chen-jun[1], QIN Jian-wei[1] (1. Department of Cardiothoracic Surgery, First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 210029, China; 2. Department of Cardiothoracic Surgery, Jiangyin People's Hospital, Jiangyin Jiangsu 214400, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy and prognosis of bipolar radiofrequency ablation for atrial fibrillation in patients with cardiac valve disease. **Methods** Sixty patients with atrial fibrillation and valvular heart diseases who merely underwent cardiac valve surgery were selected as the control group, and seventy-five patients who underwent bipolar radiofrequency ablation modified Maze procedure along with concomitant cardiac valve surgery were selected as the observation group. The perioperative technological characteristics and postoperative restoration of sinus rhythm in different time-points of the two groups were retrospectively analyzed. **Results** There was no significant differences in terms of the surgical pathway and types of replaced cardiac valves ($P>0.05$), but the cardiopulmonary bypass time and aortic-cross clamping time of the observation group were significantly longer than those in the control group($P>0.05$). Successful restoration of sinus rhythm in the observation group was significantly higher than that of the control group 3 months, 6 months, and 1 year after operation respectively. **Conclusion** Bipolar radiofrequency ablation modified Maze procedure along with concomitant cardiac valve surgery is clinically effective during the short term for the patients with atrial fibrillation and valvular heart diseases.

Keywords: atrial fibrillation; radiofrequency ablation; surgery; Maze procedure

心脏瓣膜疾病合并心房颤动(房颤)是较为常见的多发病,具有较高的致残率和病死率[1]。房颤是瓣膜性心脏病患者最常见的心律失常并发症,尤以二尖瓣病变患者的房颤发病率最高。房颤治疗方法主要有抗心律失常药物、电复律以及导管射频消融,但外科手术对于瓣膜性心脏病合并房颤的治疗已成为重要的治疗手段[2]。传统的Cox迷宫手术主要基于切割后缝合,其手术难度高、创伤大、操作时间久,会对患者术后机体功能的恢复造成不利的影响[3]。近年来,伴随射频消融技术和设备的不断发展和改进,心内直视下同期射频消融术逐渐呈现出创伤小、连续性好等优点,并得到临床越来越多的认可,然而对于合并器质性心脏

[通信作者] 秦建伟,E-mail:2914947278@qq.com

[23] 黄建春.粘连性肠梗阻外科手术治疗对策分析[J].医学综述,2014,20(14):2644-2645. doi:10.3969/j.issn.1006-2084.2014.14.059.

[24] 罗小凤.老年患者行腹部手术后发生粘连性肠梗阻的危险因素及其治疗方法[J].中国老年学杂志,2015,35(13):3679-3680. doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2015.13.091.

[25] 向建文.基层医院成人急性肠梗阻急诊手术时机的决策[J].中国现代手术学杂志,2013,17(5):347-349.

(编辑:左艳芳)