术后早期炎性肠梗阻67例诊治分析

张 波 （驻马店市泌阳县人民医院普通外科，河南 泌阳 463700）

［摘 要］ **目的** 探讨术后早期炎性肠梗阻（EPISBO）的诊断和治疗方法。**方法** 回顾性分析2000年1月至2007年10月收治的67例EPISBO的临床资料。**结果** 有64例经非手术治疗治愈；3例经非手术治疗5～7 d后中转手术，2例治愈，1例发生肠瘘后死亡。**结论** 术后早期炎性肠梗阻好发于腹腔污染重或创伤大的腹部手术，多发生于术后3周以内，有典型的肠梗阻症状和体征，诊断主要依靠病史、体征及腹部X线、CT检查，应先采取非手术治疗，要严格掌握再手术适应证。

［关键词］腹部手术；术后早期炎性肠梗阻；诊断；治疗

［中图分类号］R619.9；R574.2 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2009)01-0009-02

Diagnosis and treatment of the early postoperative inflammatory bowel obstruction in 67 cases

ZHANG Bo (Department of General Surgery, People's Hospital of Miyang County, Miyang Henan 463700, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and treatment of the early postoperative inflammatory bowel obstruction (EPISBO). **Methods** Clinical data of 67 cases with EPISBO from January 2000 to October 2007 was retrospectively studied. **Results** Among the patients, 64 cases cured with non-surgical treatment, 3 with the non-surgical treatment for 5 ~ 7 d treated with surgery, 2 patients were cured and 1 death. **Conclusion** Early postoperative inflammatory intestinal obstruction occurred in heavy pollution of abdominal trauma or major abdominal surgery, and occur in less than 2 weeks after the operation. There are typical clinical symptoms and signs of intestinal obstruction. The diagnosis mainly depends on history, signs and abdominal X-ray, CT examination. It is best to get the non-surgical treatment firstly, and proper choose the surgical indication.

Keywords: abdominal surgery; early postoperative inflammatory small bowel obstruction; diagnosis; treatment

术后早期炎性肠梗阻（early postoperative inflammatory small bowel obstruction, EPISBO）为腹部外科手术常见并发症之一，由于外伤、手术创伤或腹腔内炎症等导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻[1]。肠梗阻一般发生在腹部手术后1～3周，如处理不当会引起肠瘘、感染等严重并发症。我院自2000年1月至2007年10月共收治术后早期炎性肠梗阻67例，经治疗后取得满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组术后早期炎性肠梗阻67例，其中男47例，女20例；平均年龄49.2岁。有27例由外院手术后转本院，其余40例由本院手术后发生。发病前有1次腹部手术史者45例，2次腹部手术史者17例，3次腹部手术史者5例，均符合EPISBO诊断标准[1]。前次手术类别：胃十二指肠溃疡穿孔行胃大部切除术20例，胃癌根治术18例，闭合性腹部损伤肠修补术13例，肠切除术7例，阑尾穿孔行阑尾切除术7例，升结肠癌行右半结肠切除术2例。本组中61例术后肠蠕动均已恢复，并有排便，进食2～3 d后又出现停止排便。其中49例以腹胀、腹痛和腹部轻压痛为主；17例有恶心、呕吐；10例有肠鸣音亢进，8例有气过水声，3例可见肠型；25例营养不良，表现为体重下降、低蛋白血症。X线腹部平片均表现为阶梯状液平面的典型机械性肠梗阻征象。术后出现肠梗阻时间都在3周以内。

1.2 治疗方法

禁食、禁水、持续胃肠减压，可注入液体石蜡油。使用奥曲肽等生长抑素，减少消化液的分泌。小剂量糖皮质激素的应用，一般为地塞米松5 mg静注，每日4次，1周后逐渐停药。应用广谱抗菌素治疗；保守治疗期间如病人体温、血象不高，无明显腹膜炎时，可不用抗生素。完全胃肠外营养（TPN），维持水电解质，防酸碱平衡失调，维持到病人能正常进食，本组平均TPN时间为12 d。保守治疗过程中应加强监测，慎重选择中转手术时间与方法。如保守治疗不见好转，临床症状加重，出现肠坏死、腹膜炎征象时，应手术治疗。

2 结果

本组中64例经非手术治疗治愈；3例经非手术治疗5～7 d后中转手术，2例治愈，1例发生肠瘘，8 d后死亡。治愈时间为7～26 d。随访1～3年，66例中8例复发，均经非手术治疗治愈。

［作者简介］张 波（1956－），男，河南省泌阳县人，主治医师，学士，主要从事普通外科临床方面的研究。电话：（0396）7916005，E-mail：ylysyx@163.com

［收稿日期］2008-12-01 ［修回日期］2008-12-24

3 讨论

EPISBO的病因是由于外伤或手术创伤及腹腔内炎症等原因导致肠壁广泛水肿以及炎性渗出,形成机械性和动力性并存的粘连性肠梗阻现象。一般发生于腹部手术后早期,多发生于手术后1~3周,约占术后肠梗阻的20%,而术后"早期"有多长存在争议,国内黎介寿报道多发生在术后4周以内[2],本组67例均在术后4周内发生,符合此观点。EPISBO具有以下特点:①腹部手术或污染手术后出现的炎症为主要致病原因的肠梗阻,常发生于手术后早期,肠蠕动可一度恢复,多于术后3~7 d左右出现梗阻症状。②本病除有可能因肠麻痹、内疝、肠扭转、吻合口狭窄、肠套叠等机械性因素造成外,更重要的还与腹腔内创面大、创伤重、炎性渗出等腹腔内炎性广泛粘连密切相关。③症状以腹胀为主,腹胀一般为对称性,但程度不如机械性或麻痹性肠梗阻严重,见不到肠型或蠕动波。腹痛相对较轻,腹部触诊有柔韧感,无明显腹膜炎体征,触不到明显肠绊或包块。肠梗阻症状、体征十分典型,但较少发生绞窄,部分患者有少量肛门排便、排气,说明它既有机械性因素,又有肠动力性障碍。④本病保守治疗大多有效[3]。

EPISBO治疗大多数学者倾向于先行保守治疗。因为这类病人大多是腹腔内广泛炎症导致的炎性肠梗阻,很少发生绞窄,而且即便手术也常因为腹腔内广泛粘连,有时呈板块状无法分离,如强行分离势必造成多处肠破裂,术后肠瘘的危险。本组中1例即是因为经治医生缺乏对本病的认识,加之当时患者缺乏进行完全胃肠外营养的经济条件,在长期禁食的情况下无法维持病人的营养状况,而把所有希望寄托在再次手术上,终致术中多发肠管破裂、术后肠瘘而死亡。只有少数病人才需手术治疗,如存在着内疝、吻合口狭窄、肠套叠、肠扭转、肠坏死等机械性因素及有发生肠坏死的可能时[4]。同时,因为肠梗阻肠腔内压力增高,肠管血运差加上肠壁水肿,通透性增加,细菌移位,若行肠切除或短路手术,则易引起吻合口瘘及腹腔感染、肠坏死,发生致命性并发症[5]。另外,炎性肠梗阻本身无肠管狭窄或阻断等机械性因素存在,手术治疗亦不能恢复其通畅[6]。因此本文认为,术后早期炎性肠梗阻患者手术治疗不是首选方法,特别是在手术后2周内尤应慎重,以免导致更多严重的并发症[7-8]。当然如有体温持续上升,腹痛腹胀进行性加剧,血压下降,出现肠坏死、腹膜炎征象时,则应及时中转手术。本组64例经7~26 d治疗,腹胀缓解,肠鸣音由原来的稀少转为活跃,并逐渐出现肛门排气,排水样便,胃肠减压引流液量明显减少,得以缓解。EPISBO患者由于病情反复发作,病程长,心情大多焦虑和恐惧,因此,要及时与患者有效沟通,解除患者对病情的误解,使患者以良好的心理状态配合治疗[9]。

对于EPISBO,应在预防上下功夫,手术中操作轻柔,注意保护肠管,避免钝性剥离,采用锐性剥离,尽量消灭肠管粗糙面,使之浆膜化[10]。用湿盐水纱垫保护肠管,减少肠管在空气中的暴露时间和暴露面积,避免或减少肠管损伤。减少缺血组织存在,彻底止血,清除腹腔积血、脓液,防止腹腔污染,应用大量生理盐水冲洗腹腔,清除其中的细胞因子、炎性介质、异物和坏死组织。避免不必要的腹腔引流,关腹前将大网膜铺在切口下方。术后采用中西药结合促进胃肠蠕动恢复,减少静止的肠袢粘连机会。

[参考文献]

[1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2004. 475-479.

[2] 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.

[3] 周昌军,宋大宇,何龙江. 术后早期炎性肠梗阻64例诊治分析[J]. 局解手术学杂志,2003,12(1):16-17.

[4] 石志伟,郑立忠. 术后早期炎性肠梗阻34例诊治体会[J]. 中华消化外科杂志,2003,2(3):224.

[5] 吴照东,司君圣,孟 云,等. 术后早期炎性肠梗阻26例诊治分析[J]. 中国综合临床,2001,11(17):864-865.

[6] 吴伟兵. 中西医结合诊治术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国临床医生,2003,31(10):40.

[7] 温庆流,梁 刚. 术后早期炎性肠梗阻29例诊治分析[J]. 腹部外科,2005,18(6):360-361.

[8] 陈庆永,王春友,蒋春舫,等. 施他宁在术后早期炎性肠梗阻治疗中的应用[J]. 临床外科杂志,2005,13(11):692-693.

[9] 佟立权,姜秀荣,尤立光,等. 术后早期炎性肠梗阻的诊断与治疗[J]. 局解手术学杂志,2002,11(1):19-20.

[10] Bauer AJ, Boeckxstaens GE. Mechanisms of postoperative ileus[J]. Neurogastroenterol Motil, 2004, 16(Suppl 2): 54-60.

(编辑:左艳芳)