慢性假性肠梗阻的临床分析

王 猛 （南川监狱医院，重庆 408403）

［摘 要］ **目的** 分析慢性假性肠梗阻（CIP）的临床特点，探讨其诊断及治疗方法。**方法** 总结 18 例 CIP 患者临床资料，其中 6 例为原发性，12 例为继发性。主要临床表现为反复腹胀、腹部膨隆，胃肠造影和结肠镜检查发现肠动力减弱，无机械性梗阻原因。11 例行保守治疗，7 例行手术治疗。**结果** 保守治疗患者症状好转，但反复发作，其中 2 例因营养不良、衰竭死亡；手术治疗患者症状明显缓解。**结论** CIP 临床表现缺乏特异性，诊断困难，病情严重者经手术治疗能有效改善生活质量，继发性肠梗阻患者应重视病因治疗。

［关键词］ 慢性假性肠梗阻；临床特征；诊断；治疗
［中图分类号］ R574.2 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042（2014）04-0409-02

Clinical analysis of chronic intestinal pseudo-obstruction

WANG Meng （Nanchuan Prison Hospital, Chongqing 408403, China）

Abstract: Objective To analyze the clinical features and to explore diagnostic methods and treatment of chronic intestinal pseudo-obstruction (CIP). **Methods** The clinical data of 18 patients with CIP were reviewed. Of which 6 patients were primary chronic intestinal pseudo-obstruction, 12 patients were chronic secondary intestinal pseudo-obstruction. The most common symptom is recurrent abdominal distension. Gastrointestinal imaging and colonoscopy showed dilated loops of bowels with no evidence of mechanical obstruction and weakened intestinal momentum. 11 cases of them received conservative treatment and 7 cases treated by surgery. **Results** The main symptom of patients in conservation group improved, but recurred frequently. Two patients in conservation group died of malnutrition and organ falure. The main symptom of patients in surgery group improved significantly. **Conclusion** The chronic intestinal pseudo-obstruction is difficult to diagnosd because it has no special clinical characteristics. Surgical treatment may improve the life quality of the CSIP patients. Etiological treatment of CSIP should be taken into account.

Keywords: chronic intestinal pseudo-obstruction; clinical characteristics; diagnosis; treatment

慢性假性肠梗阻（chronic intestinal pseudo-obstruction, CIP）是由于肠道运动功能障碍，反复发作或持续存在的非机械性肠梗阻。按其病因可分为慢性原发性假性肠梗阻（chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction, CIIP）和慢性继发性假性肠梗阻（chronic secondary intestinal pseudo-obstruction, CSIP）。CIP 的诊断困难，误诊率高，预后差，死亡率高。当患者出现严重腹胀，可能发生肠管坏死或穿孔时应予以手术治疗。本文总结分析了既往病例资料，针对 CIP 的病因、临床表现、诊断及治疗方法进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 本组 18 例病人全部为男性，年龄 24～74 岁，平均年龄 57 岁。6 例为 CIIP，12 例为 CSIP。CSIP 的原发病分别为系统性红斑狼疮 4 例，糖尿病、甲状腺功能减退症各 3 例，Parkinson's 病 1 例，服用三环类抗抑郁药物 1 例。

1.1.2 临床表现 本组中 9 例以腹胀、腹痛为主要症状，6 例呕吐、脱水明显，7 例便秘，5 例肛门停止排便、排气。18 例均见腹部膨隆，8 例可见肠型，5 例见蠕动波，9 例肠鸣音减弱，4 例闻及气过水声及振水声，5 例肛门括约肌痉挛。

1.1.3 辅助检查 18 例行腹部平片检查，均见小而分散的气液平面，其中 14 例有不同程度的肠管扩张、积气。12 例行全消化道钡剂造影见蠕动减弱，未见器质性病变，5 例小肠扩张，7 例结肠扩张。7 例行碘剂结肠、小肠造影见肠管积气、扩张。14 例行结肠镜检查，见肠黏膜充血水肿，未见器质性病变。

1.2 治疗方法

11 例行非手术治疗，给予胃肠外营养、胃肠减压、抗感染、补液等处理，好转后给予胃肠动力药。7 例因腹胀严重、肠管扩张超过 9 cm 而实施手术治疗，术中见结肠高度扩张，未发现机械性梗阻原因，4 例术中扩肛排除肠腔内容物，3 例行肠切除术。CSIP 患者同时对原发病进行治疗。

2 结果

11 例非手术治疗患者好转出院，但症状反复发作，8 例多次住院治疗，2 例因营养不良、衰竭死亡。7 例手术病例术后症状明显缓解，伴肛门括约肌痉挛者约 2～4 周复发 1 次，经扩肛排便排气后梗阻缓解。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404031
［收稿日期］ 2014-02-16 ［修回日期］ 2014-03-20

3 讨论

CIP 病变可累及整个食管、胃、肠道,以小肠、结肠为多[1],与特定基因突变后肠神经元移行和分化障碍、肠起搏细胞 Cajal 间质细胞明显减少和功能障碍,以及肠平滑肌细胞激活 T 细胞,参与炎性反应等有关[2]。小细胞肺癌伴癌性胃肠动力紊乱患者血清中抗神经核自身抗体与肠神经元发生免疫反应,从而引起神经细胞凋亡和坏死[3]。神经病变破坏肠神经元、结缔组织疾病中肠道平滑肌结构损害、某些激素异常、电解质紊乱使肠道平滑肌兴奋性下降等均可引起 CSIP。CIP 的症状逐渐加重,临床表现因病程和部位不同而异,缺乏特征性,主要为反复发作的腹胀、腹痛、呕吐、腹泻、便秘或二者交替、厌食、营养不良等。食管病变症状与贲门失弛缓症或弥漫性食管痉挛相似,小肠病变表现为间歇性腹痛、腹胀与呕吐,结肠病变症状则为腹胀、腹泻与便秘交替。腹泻主要因吸收不良、小肠细菌过度生长或使用抗生素引起[4]。

CIP 行腹部 X 线平片检查常显示肠管扩张、肠腔广泛积气和气液平面,行 CT 检查可见病变与正常交界多位于结肠脾区附近[5],没有引起机械性梗阻的器质性病变。经 X 线平片、CT 检查仍无法与机械性梗阻鉴别时,可行低张钡剂造影。机械性肠梗阻造影剂到达梗阻近端的时间短,不超过 1 h;CIP 造影剂通过明显延缓,一般在 4 h 以上。造影显示消化道运动节律失常,蠕动减弱甚至消失。本组中 12 例行全消化道钡剂造影,均提示蠕动减弱。通过胃肠置管可以检测空肠近端以上在静息和进食后的压力变化,提示病变部位和程度。多部位的异常往往提示为 CIP,对指导治疗、判断预后有重要意义。内镜检查可帮助排除机械性肠梗阻,胶囊内镜在诊断 CIP 中有独特的作用[6]。组织活检对诊断 CIP 的临床价值尚有争议,Lindberg 等[7]研究认为肠壁组织学异常与肠道动力紊乱相关,但 Di Lorenzo 等[8]认为病理改变与肠道动力异常的相关性差。

CSIP 要积极治疗原发病,原发病得到有效控制后,梗阻症状可很快缓解。CIIP 主要采用对症、抗感染、胃肠减压、营养支持等非手术治疗[9]。病情较轻时,应尽可能口服肠内营养,控制进食量、次数和食物性状。对于重症患者,采取全肠外营养是目前公认能有效缓解症状、维持生命的方法。便秘反复发作时可口服等渗性药物导泻,谨慎灌肠,以免加重症状甚至造成穿孔。早期应用谷氨酰胺,可以促进黏膜修复和功能恢复,预防肠源性感染和肠源性内毒素血症[10]。对于神经源性 CIP,在使用促胃肠动力药物时应联合应用止吐剂。菌群失调的病人可口服微生态制剂,肠内细菌过度繁殖引起的腹胀、脂肪泻和吸收不良,应根据小肠液培养和药敏试验结果选择抗生素。伴肛门括约肌痉挛者,用手指扩肛到两指左右,能有效排除气体及糊状粪便,减轻或消除腹胀。本研究中,部分患者经过保守治疗后病情好转,病情较重的患者经手术治疗后症状均明显缓解。对于 CIP 的手术治疗时机,有学者认为保守治疗会错过手术最佳时机,引发严重并发症,预后差[4]。CIP 病情较重、肠道改变明显时宜早期手术,切除病变严重、无功能的肠段[11]。Connor 等[12]认为,切除无功能的肠管是解除 CIP 后期严重腹胀和腹痛的唯一方法。

[参考文献]

[1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000.

[2] 穆 标. 慢性假性肠梗阻研究进展[J]. 医学综述,2008,14(10):1512 - 1514.

[3] Nguyen - tat M, Pohl J, Günter E, et al. Severe paraneoplastic gastroparesis associated with anti-Hu antibodies preceding the manifestation of small-cell lung cancer[J]. Z Gastroenterol, 2008, 46(3): 274 - 278.

[4] Stanghellini V, Cogliandro RF, De Giorgio R, et al. Natural history of intestinal failure induced by chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction[J]. Transplant Proc, 2010, 42(1): 15 - 18.

[5] Choi JS, Lim JS, Kim H, et al. Colonic pseudoobstruction: CT findings [J]. AJR Am J Roentgenol, 2008, 190(6): 1521 - 1526.

[6] ASGE Standards of Practice Committee, Harrison ME, Anderson MA, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction[J]. Gastrointest Endosc, 2010, 71(4): 669 - 679.

[7] Lindberg G, Törnblom H, Iwarzon M, et al. Full-thickness biopsy findings in chronic intestinal pseudo-obstruction and enteric dysmotility [J]. Gut, 2009, 58(8): 1084 - 1090.

[8] van den Berg MM, Di Lorenzo C, Mousa HM, et al. Morphological changes of the enteric nervous system, interstitial cells of cajal, and smooth muscle in children with colonic motility disorders[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2009, 48(1): 22 - 29.

[9] 米 娜,李洪艳,覃 梅. 留置胃肠减压管患者非计划性拔管的原因分析[J]. 局解手术学杂志,2013,22(5):540 - 541.

[10] 苏少慧,郝 蔚,骆 华,等. 丙氨酰 - 谷氨酰胺对假性肠梗阻患者血浆内毒素和 C 反应蛋白水平及胃肠道功能的影响[J]. 中国全科医学,2010,13(8B):2617 - 2619.

[11] Choe EK, Park SH, Park KJ. Colonic pseudo-obstruction with distinct transitional zone in adult constipation patients: pathological analysis and results of surgical treatment[J]. Am Surg, 2011, 77(6): 736 - 742.

[12] Connor FL, Di Lorenzo C. Chronic intestinal pseudo-obstruction: assessment and management[J]. Gastroenterology, 2006, 130(2 Suppl 1): S29 - 36.

(编辑:雷 艳)