胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻诊治体会

张 骏,蔡 巍 (成都市第六人民医院普通外科,四川 成都 610051)

[摘 要] **目的** 探讨胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻的诊断、预防和治疗措施。**方法** 回顾性分析我院2004年1月至2009年1月收治的25例胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻患者病例,全部患者予以持续胃肠减压、营养支持、中药外敷等保守治疗措施,观察治疗效果和病员愈后回访结果。**结果** 25例患者中,22例经保守治疗,痊愈出院;另外3例行剖腹探查术,手术治疗后痊愈。**结论** 胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻患者通过综合治疗能够明显改善术后早期炎性肠梗阻的临床症状、维持患者的营养状况及内环境稳定,促进肠道功能恢复,从而有效地治疗术后早期炎性肠梗阻,避免患者再次手术。

[关键词] 术后早期炎性肠梗阻;胃肠穿孔;保守治疗

[中图分类号] R574.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)02-0098-02

Treatment experience of early inflammatory small bowel obstruction after operation of gastric-intestinal perforation

ZHANG Jun, CAI Wei (Department of General Surgery, the 6th People's Hospital of Chengdu, Chengdu Sichuan 610051, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis, prophylaxis and treatment of early postoperative inflammatory bowel obstruction (EPIBO) after the operation of gastric-intestinal perforation. **Methods** From January 2004 to January 2009, 25 cases of EPIBO after the operation of gastric-intestinal perforation were analyzed retrospectively. All of the cases were treated with conservative combined therapy with persistent gastrointestinal decompression, nutritional support and external application of Chinese medicine. The curative effect was observed and the return visit results. **Results** Among the 25 cases, 22 patients were cured by conservative combined therapy, the other 3 were treated with exploratory laparotomy, and recovery after operation. **Conclusions** Conservative combined therapy is an effective method to treat EPIBO by reducing the clinical symptom, sustaining the nutritional status, keep the homeostasis and promote the bowel function recovery, to avoid operation once again.

Keywords: early postoperative inflammatory bowel obstruction; gastric-intestinal perforation; conservative therapy

术后早期炎性肠梗阻(early postoperative inflammatory small bowel obstruction, EPISBO)是腹部手术常见的并发症,指由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出形成的一种机械性与动力性并存的粘连性肠梗阻[1]。由于发病机制及治疗有一定特殊性,如果得不到及时、正确的诊断和处理,则有可能引起肠外瘘、重症感染等严重并发症。我院2004年1月至2009年1月共收治25例有完整病例的患者,现将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究对象为确诊为胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻患者,共25例,其中男18例,女7例,年龄25~55岁。腹部体征表现有:停止排气、排便25例(100%),腹胀25例(100%),阵发性腹痛14例(56%),恶心呕吐15例(60%)。腹部压痛18例(72%),肠鸣音减弱24例(96%),肠鸣音消失或有气过水声13例(52%)。X线腹部平片检查:肠腔胀气、积液25例;有液平面22例。行CT检查25例:均可见肠壁增厚,肠袢成团。症状出现时间:发生2次梗阻多在术后5~10 d,平均7 d,梗阻缓解时间8~21 d,平均18 d。25例患者均无绝对手术禁忌证。

1.2 方法

25例患者术后均采用禁食、持续胃肠减压、营养支持、纠正水电解质紊乱、抗生素的使用、中药外敷、中药管饲等保守措施治疗,通过观察排气、排便、腹胀、腹痛、呕吐、腹部压痛、肠鸣音等腹部症状和X线腹部平片检查结果,了解胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻临床症状、营养状况及内环境改善和肠道功能恢复的情况。25例患者中胃、十二指肠溃疡穿孔伴弥漫性腹膜炎行修补术9例,外伤性胃、肠穿孔修补术10例,急性阑尾炎穿孔伴弥漫性腹膜炎行阑尾切除术6例。

2 结果

25例患者中有22例经保守综合治疗痊愈出院;1例术后出现肠瘘而行剖腹探查术,安置引流管,经肠外静脉营养治疗后痊愈;2例术后出现粘连性肠梗阻,行粘连性肠梗阻松解术及肠排列术后治愈。所有患者随访5年,其中有2例因粘连性肠

[作者简介] 张 骏(1979-),男,四川省成都市人,医师,本科,主要从事临床普通外科方面的研究。电话:13982136605,E-mail:littlesunnycat@163.com

[收稿日期] 2009-12-11 [修回日期] 2010-01-05

梗阻再次入院经非手术治疗后腹部症状缓解出院;1例术后3年经非手术治疗而肠梗阻症状反复发作无明显改善,行肠粘连松解术及肠排列术后治愈出院。

3 讨论

腹部手术后早期炎性肠梗阻发生在腹部手术后早期,除因肠麻痹以及肠扭转、吻合口狭窄等机械因素造成外,90% ~91%是由腹腔炎症、手术创伤所引起的机械性与动力性并存的炎症性肠梗阻,绝少发生绞窄性肠梗阻。它一般发生在腹部手术后1个月内。如果患者小肠功能恢复以后出现腹部绞痛、呕吐以及X线检查有肠梗阻表现即可确诊为术后早期肠梗阻[1]。术后如有以下腹部症状和体征者需再次行手术治疗:①腹痛为持续性剧烈疼痛或阵发性加重之间仍有持续性疼痛;②呕吐剧烈、频繁;③有明显腹膜刺激征,体温上升、脉率增快、白细胞计数增高;④腹胀不对称,局部隆起或触及肿块;⑤呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性;⑥病情发展迅速,早期出现休克,抗休克治疗后改善不明显;⑦经非手术治疗而症状无明显改善;⑧X线腹部平片检查见孤立、突出胀大的肠袢,或有假肿瘤状阴影,或肠间隙增宽[2]。

从术后炎性肠梗阻的病理来看,炎症反应于2周内消退,组织修复于术后1个月完成,所以病程在术后1个月的患者已失去了炎性肠梗阻的病理基础,临床上治疗要区别对待。由于腹膜内含有大量的吞噬细胞和中性粒细胞,当其受到手术或炎症刺激后就会发生一系列的免疫反应,产生细胞坏死因子、转移因子等导致腹膜间粘连[2]。本组患者胃肠穿孔均是造成腹腔污染、积血、积液的主要原因。手术创伤包括长时间的肠管暴露;手术操作造成的肠管损伤;腹腔脏器和肠管的浆膜面;组织缺血坏死。另外交感输入的抑制效用,激素、神经递质和其它介质的释放,炎性反应,麻醉和止痛药作用也参与了早期炎性肠梗阻的形成。巨噬细胞和中性粒细胞浸润、胞质分裂和其它炎性介质反应引起肠壁充血水肿、纤维蛋白渗出,导致肠动力障碍、肠粘连,是造成早期炎性肠梗阻的病理基础。但由于腹腔内广泛粘连,且多为肠管间粘连,故较少发生肠绞窄[3]。本组25例患者有以下特点:①均伴有腹腔污染、积血、积液;②发生在腹部手术后早期,常发生在术后2周内,一般不超过4周,其中在2周内出现症状21例;③术后肠蠕动曾经一度恢复,并有排气排便,但进食后即出现梗阻症状,且逐渐加重,以腹胀为主,腹痛相对较轻,④腹部呈对称性膨隆,其程度不如机械性或麻痹性肠梗阻严重,很少有肠型或蠕动波,肠鸣音大多数减弱或消失;⑤肠梗阻症状、体征十分典型,部分患者有少量肛门排气,但无高热,亦较少发生肠绞窄。

在腹部手术时应把握以下原则:①无论是空腔或实质脏器损伤的探查手术,术后都必须放置腹腔引流。②手术操作轻柔,手术中尽量避免不必要的分离,尽量减少肠管的损伤,保持肠道浆膜面的完整性,避免组织缺血。尽可能修复腹膜缺损,面积较大可用大网膜覆盖。③术后大量生理盐水冲洗腹腔,洗净渗血、渗液、坏死组织、异物、细胞因子和炎症介质。④对高危人群可于术后在肠系膜上动脉旁留置导管引出体外,如术后发生早期炎性肠梗阻,可经此导管注入普鲁卡因或利多卡因以促进肠蠕动。⑤对高危人群行预防性胃造瘘。⑥适当延长高危人群术后的禁食时间,给予营养支持治疗,维持水、电解质、酸碱平衡,促进病人的康复。⑦腹部手术后适当变换体位,争取早期起床活动,以促进肠蠕动恢复[4-5]。手术后的肠管受手术和炎症刺激高度充血水肿肠壁静脉回流障碍、肠管粘连,则愈合能力差,肠蠕动功能差,梗阻无法通过手术解除,如此时强行手术松解剥离肠粘连,会造成更严重的肠壁损伤和渗血,更易造成肠瘘或更严重的粘连性肠梗阻,甚至肠坏死[6-7]。所以非手术治疗是治疗胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻最可行的方法。

治疗胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻应严密观察,注意病情发展,动态行腹部X线检查或CT检查,观察腹部体征的细微变化,保守治疗多能痊愈,炎症控制后肠梗阻的症状将随之解除。若对不宜手术的病人采取手术治疗,则易带来肠瘘、腹腔内严重感染及短肠综合征等严重并发症[8]。

[参考文献]

[1] 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志,1998,18:(7):387.

[2] 张启瑜. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006. 323 - 374.

[3] 黎介寿. 改善粘连性小肠梗阻手术质量[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(8):450.

[4] 朱维铭,李 宁. 术后早期炎性肠梗阻的诊治[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(8):437.

[5] 薛 刚,曹永宽,张国虎,等. 术后早期炎性肠梗阻的非手术治疗[J]. 西南军医,2008,10(2):41 - 42.

[6] 张连阳. 粘连性肠梗阻的治疗进展[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):C002.

[7] 钱宏亮. 术后早期炎性肠梗阻36例治疗分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2009,12(7):1079.

[8] 黄侣新,蒋进广. 术后早期炎性肠梗阻19例临床报告[J]. 2009,15(4):461 - 462.

(编辑:郭光金)