维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第6期
J Regional Anst & OPerative Surg, 2006, Vol.15, No.6

手术治疗绞窄性肠梗阻81例临床体会

郝巨民，范彦芳 （山西省煤炭中心医院普通外科，山西 太原 030006）

［摘 要］ **目的** 探讨绞窄性肠梗阻的早期诊断及有效的手术治疗方法。**方法** 回顾性分析经手术治疗81例绞窄性肠梗阻的临床资料。**结果** 术前确诊为绞窄性肠梗阻者有59例(72.8%)，且大多数为肠坏死；其余22例(27.2%)则分别以单纯性肠梗阻或其他急腹症行剖腹探查而确诊。本组均行手术治疗，治愈76例；死亡5例，死亡率为6.17%。其主要死亡原因是感染中毒性休克、多脏器功能衰竭及严重水电解质紊乱及酸碱失衡。**结论** 绞窄性肠梗阻早期诊断较困难，应根据临床特点和辅助检查，严密观察其动态变化，综合分析判断，把握手术时机，预防肠坏死的发生，早期诊断及时进行手术治疗是提高救治成功的关键。

［关键词］绞窄性肠梗阻；手术治疗；早期诊断
［中图分类号］R574.2 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2006)06-0374-02

Clinical experience in 81 strangulating intestinal obstruction treated by operation

HAO Ju-min, FAN Yan-fang (Department of general surgery, the Coal Industry Center Hospital of Shanxi, Taiyuan 030006, China)

Abstract: Objective To investigate the early diagnosis and operative manner of strangulating intestinal obstruction. **Methods** Retrospective analysis on the clinical material of 81 patients with strangulating intestinal obstruction. **Results** There were only 59 patients (72.8%) diagnosed as strangulating intestinal obstruction before operation. The other 22 patients were diagnosed after operation. All patients were treated by operation. 76 patients were cured, 5 patients died (mortality was 6.17%). The main cause of death was septic poisonous shock、MOF and severe disturbance of water-electrolyte, acid-base imbalance. **Conclusion** The early diagnosis of strangulating intestinal obstruction is difficult. Intestine necrosis should be prevented by analyzing carefully the clinical feature and related examinations. The early diagnosis and operation are the key points to cure the patients.

Keywords: strangulating intestinal obstruction; operation; early diagnosis

肠梗阻是普外科常见病之一，但病因复杂、病情多变，尤其是绞窄性肠梗阻的病死率高达6.6%~20%[1-4]。一般肠梗阻的诊断不难，但如何早期诊断绞窄性肠梗阻及不失时机实施手术治疗却仍是临床上一大难题。我院自1999年1月至2005年12月收治81例绞窄性肠梗阻，现就其临床诊断与手术治疗报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例81例，男47例，女34例。年龄2~81岁。发病至手术时间4 h~6 d。粘连性肠梗阻46例；肠扭转19例；肠套叠4例；腹内疝7例；肠系膜血管栓塞5例。临床症状：有不同程度腹痛、腹胀，恶心、呕吐78例；肛门停止排气排便75例；伴少尿34例，出现休克10例。体征：65例有腹部压痛、肌紧张，可见胃肠型48例，听诊闻及高调肠鸣音及气过水声64例，肠鸣音消失14例。本组病人均进行手术治疗，手术之前仅有59例明确诊断为绞窄性肠梗阻，其余22例均由于内科保守治疗无效和其他紧急情况下行手术治疗，最后均确诊为绞窄性肠梗阻。

1.2 手术方法

所有病人均是在禁饮食、胃肠减压、静脉补液支持、纠正水电解质和酸碱失衡的基础上进行手术治疗。具体手术方法：坏死区楔形切除缝合8例；坏死肠段切除吻合31例；右半结肠切除3例；乙状结肠切除4例；结肠双筒造口3例；肠扭转复位术11例；粘连松解术21例。

2 结果

本组病例81例行手术治疗，76例治愈出院，5例死亡。死亡病例包括肠扭转2例，内疝1例；肠系膜血管血栓形成2例。

3 讨论

肠梗阻是由于各种原因导致肠内容物不能顺利向远端运行而产生的一组临床症候群，是外科常见的急腹症之一[2-4]。肠梗阻具有病因多样、病情发展快、手术方式不定型等特点，手术时机的选择已成为决定治疗成败的关键。各种类型的绞窄性肠梗阻、肿瘤性肠梗阻及非手术治疗无效的病人，都适应手术治疗。腹外疝引起的肠梗阻明显降低，而肠粘连则成为肠梗阻的常见原因，且肠粘连比腹外疝更难于诊断，故发生绞窄的机会更多。粘连性肠梗阻中粘连带压迫肠管、肠粘连合并肠扭转、经粘连带间隙形成腹内疝，及非粘连性肠梗阻中嵌顿疝、肠套叠、肠系膜血管栓塞或血栓形成、肠扭转往往合并有肠系膜血管受压，均属

［作者简介］郝巨民(1969-)，男，山西省和顺县人，主治医师，学士，主要从事普通外科临床及研究工作。电话：(0351)4118045

［收稿日期］2005-08-05 ［修回日期］2006-10-26

维普资讯 http://www.cqvip.com

于绞窄性肠梗阻。绞窄性肠梗阻的病理生理特点:在单纯性肠梗阻,体液丧失导致的水与电解质紊乱及酸碱失衡和肠管膨胀是危害最大的病理生理改变[3-4]。但在绞窄性肠梗阻,血浆损失引起的休克和细菌的感染及毒素的吸收则是致命的威胁。临床及实验研究均证实:绞窄的肠管越长,丧失的血量就越多。静脉阻塞所致的失血量相对更多。肠管绞窄坏死,一方面造成厌氧的环境,使细菌大量繁殖,另一方面肠壁的通透性增加,使细菌及毒性产物进入腹腔,吸收入血,引起中毒性休克。所以,当诊断为绞窄性肠梗阻时应当马上进行手术治疗,但是在确诊绞窄性肠梗阻方面仍有一定的困难。

早期发现绞窄趋势为治疗肠梗阻的难点,肠绞窄时的血清磷酸盐的改变和血清酶(CPK及其同功酶)的变化分析较多颇有希望,但尚未广泛临床应用。B超和CT等影像学对判断肠绞窄的发生有很大帮助。B超发现下列情况应考虑绞窄的发生:①扩张的肠管呈麻痹状态,丧失蠕动功能。②失去蠕动功能肠袢的近端小肠仍有蠕动功能;③腹腔渗液快速积聚。不断扩展的麻痹肠管对绞窄的诊断具有很高的特异性。结合本组资料,作者认为肠梗阻病人出现以下情况时应怀疑出现绞窄性肠梗阻,应视为手术指征:①腹痛发作急剧,初起即为持续剧痛,阵发性疼痛加重之间仍有持续性疼痛;②呕吐物,胃肠减压抽出液,肛门排出物为血性,或腹腔穿刺抽出血性液体;③腹胀不对称,腹部有局部隆起或触及具有压痛的包块;④肠鸣音由亢进转为弱音或消失;⑤早期出现休克;⑥血肌酸磷酸肌酶(CPK)和乳酸脱氢酶(LDH)均升高。对于老年人绞窄性肠梗阻体征不明显,需要密切观察其动态变化。

绞窄性肠梗阻有关手术治疗问题:①应迅速做好术前准备,争取在2~4 h内进行手术;②掌握适当的手术时机,急性肠梗阻经非手术治疗无效而及时采取手术治疗;③采取正确的手术方式,应根据梗阻原因采取不同手术方式,如绞窄性疝则行疝环松解,疝内容物复位;肠扭转行扭转肠袢复位;肠粘连或粘连带压迫则行松解术等。对肠腔内的积液积气应做胃肠减压,凡有肠坏死者,应把坏死肠袢完全切除,小肠切除后可作一期吻合,结肠则以分期手术较为安全。病情严重或伴有休克者,以选用全麻气管内插管为宜;进腹后先吸净腹腔积液,探查梗阻原因,尽快解决绞窄因素,恢复肠管血循环;对肠管活力判断有困难者,应将可疑的肠袢切除,保证保留的肠有活力;应先把绞窄坏死段的肠系膜近端血管结扎,然后切除坏死肠管[5-7]。手术结束前,应用大量温盐水冲洗腹腔;腹股沟疝或股疝引起肠绞窄坏死者,一般不行疝修补术;手术确诊有肠系膜血栓形成术后要进行溶栓治疗。术后加强护理,从本组资料来看,其主要死因为感染中毒性休克、多脏器功能衰竭及严重水、电解质紊乱和酸碱失衡,术后需要精细的医护。

[参考文献]

[1] 王兰辉,田彦玲,吕晓燕,等.109例绞窄性肠梗阻临床诊断与治疗[J].临床医学,2003,2(20):106-108.
[2] 高连法,陈虹章.绞窄性肠梗阻91例分析[J].宁夏医学杂志,2003,3(22):150.
[3] 韦道文.绞窄性肠梗阻58例临床分析[J].广西医学,2000,4(22):839-840.
[4] 林 清,李拥军,郭连瑞.绞窄性肠梗阻的诊断[J].中国医刊,2002,6(33):11-12.
[5] 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.
[6] 王兆刚,陈 颢.绞窄性肠梗阻的诊断及手术时机探讨[J].河南外科学杂志,2004,6(10):19-20.
[7] 兰永年,刘 健,郑宗考,等.手术治疗肠梗阻586例临床总结[J].临床误诊误治,2005,10(18):719-720.

(编辑:郭光金)

(上接371页)

病史或肝病史;③典型表现为突发性致命性周期性消化道大出血,主要表现为呕血及黑便;④易伴休克;⑤病灶小呈2~5 mm卵圆形,浅表性糜烂,在黏膜病灶中央可见一直径约1~4 mm动脉突出于黏膜缺损部位,表面可有血栓附着。

由于本病的临床表现缺乏特异性,纤维内镜、选择性血管造影、同位素示踪定位等检查有助于本病的术前诊断。并为手术治疗提供重要的依据,不少患者在剖腹探查或尸检病理检查时方获得诊断。本病的治疗方法有:①内镜治疗,主要包括电灼、激光、微波、注射硬化剂、喷洒止血药、出血血管栓塞套扎等,其止血成功率达80%~100%。②栓塞治疗,选择性腹腔动脉造影和栓塞治疗。本组1例在行动脉造影确诊后行胃左动脉栓塞止血治疗失败而改作手术治疗。③手术治疗是治疗Dieulafoy病疗效最可靠的方法。手术方式主要包括近端胃大部切除、楔行胃壁切除或缝扎异常血管等,主张行近端胃大部切除,可以切除病变血管,从根本上防止再出血,彻底治疗Dieulafoy病[2-3]。

Dieulafoy病有效的治疗是建立在及时、准确的诊断上。如果患者情况稳定,经内镜诊断后即可性内镜治疗,若不成功或再出血,或就诊时已处于休克状态,则应毫不犹豫急诊手术。术中采用胃镜或切开胃前壁,仔细检查胃黏膜,特别注意贲门下6 cm区域细小浅表溃疡,确定病灶后适时选择术式。随着对本病研究的深入及以手术、内镜为主的诊治水平不断提高,其病死率显著下降。

[参考文献]

[1] 费贵军,陆星华.Dieulafoy病在中国的诊治现状—国内文献分析[J].胃肠病学,2004,9(4):230-233.
[2] 贾俊仙.Dieulafoy病的诊断和治疗[J].实用医技杂志,2005,12(11)3187-3188.
[3] 李 健,丁国伟.Dieulafoy病致消化道出血的诊断与治疗[J].中国综合临床,2001,17(12):929-930.

(编辑:郭光金)