维普资讯 http://www.cqvip.com

创解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

老年绞窄性肠梗阻 8 例误诊分析与手术救治体会

河北省石家庄拖拉机厂职工医院外科 魏 华
鞍山钢铁公司立山医院外科 杨铁成
（河北石家庄，邮政编码 050031）

绞窄性肠梗阻是老年急腹症中比较危险的疾病，可因肠坏死并发中毒性休克危及生命。由于老年病人生理上存在一定特点，发病后症状和体征表现不典型，临床时有误诊发生。自 1990 年以来我们发现 8 例，现结合病案分析将术前误诊原因及手术救治体会进行报告

临床资料

一、一般资料：本组男性 6 例，女性 2 例，年龄：60～72 岁不等，发病距入院时间最长 72 小时，最短 4 小时。

二、症状和体征：见附表。

附表　　症状与体征

症状与体征：	恶心呕吐	腹痛	肠型与腹部包块	振水声	血性腹水	发热	白细胞 $>20.0\times10^9$/L	X 线腹透有液气面改变
例数：	8	8	1	2	6	2	7	5
占%：	100	100	12.5	25	75	25	85	62.5

三、各系统伴随疾病情况　本组病例各系统均伴随有各种疾病 1～2 种，其中以慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、冠心病和前列腺肥大较多。

四、术前误诊情况　其中 2 例被误诊为胆道蛔虫症；2 例被误诊为胃炎，胰腺炎；1 例被误诊为左侧尿路结石，2 例被误诊为肠粘连；1 例被误诊为胃肠神经官能症。

五、治疗转归　8 例均经手术证实为绞窄性肠梗阻（其中有 3 例是肠扭转，2 例是肠套叠，2 例是粘连索带绞扼，另有 1 例是肠系膜血栓）。5 例因肠坏死做了肠段切除。术后有 2 例因并发多脏器功能衰竭死亡，另 6 例虽被治愈但并发切口裂开 2 例，肺内感染 1 例，总并发症占 62.5%。

讨论和体会

一、对老年绞窄性肠梗阻术前误诊原因分析：首先，老年病人由于生理上的衰退，各脏器功能也有减弱，表现不能全面完整地叙述病史，对疼痛等反应也迟钝，在绞窄性肠梗阻发生早期表现症状和体征不典型。其次，由于各系统伴随疾病多，并且许多疾病表现相同的症状或体征，如：肺内感染，尿路感染也表现恶心呕吐及腹痛等，故易相混淆。再者，个别医务人员缺乏耐心细微检查，不能反复观察腹部变化和做必要的辅助检查（如：白细胞变化，X 线腹透，B 超等），这些往往也是造成手术前误诊的重要原因。本组有一例 72 岁高龄老人发生左斜疝嵌顿，表现恶心呕吐及腹痛，由于他没能全面叙说病史，医生又未做全面查体，误诊为胃炎，胰腺炎给输液治疗长达 3 天，后因病人发生中毒性休克、肠坏死、左阴囊皮肤坏死被诊，又经手术等积极抢救才获治愈。

二、关于对老年绞窄性肠梗阻的诊治：我们体会老年绞窄性肠梗阻以急性肠扭转多见，其次是嵌顿性疝和肠套叠。为能早期诊断和正确治疗，除须认真询问病史外，耐心反复认真地观察腹部变化也很重要，当发现有腹膜炎体征时应做腹穿，一旦抽出血性腹水，结合 X 线腹透，发现有固定的液平面时便可诊断，应尽快手术。术中要根据肠管颜色变化来决定做切除或保留。我们认为：无论做哪一种术式都要充分做好肠内容物的排泄，充分减压，同时应注意保护好腹腔清洁干净。本组有 5 例因已发生肠坏死分别做了坏死肠段切除、吻合术。由于老年病人愈合力低下，加之肠管水肿，吻合时要针距适宜，尽量保留好肠管系膜血运，必要时做三层缝合。防止吻合口漏发生。

三、术后并发症的防治问题：我们发现老年绞窄性肠梗阻术后并发症较多。从本组资料看：主要并发症是多脏器功能衰竭、肺内感染、切口裂开等，分析这些与老年病人防御机能差，营养不良以及脏器功能低下有关，因此应加强围手术期护理。我们体会每日应给广谱有效的抗菌素控制感染，适当输血液补充营养和保证充足的热量，进行必要的心肺功能监测，还要保持好胃肠减压和各引流管通畅，协助病人排痰，翻身活动以及室内清洁无菌，提高治愈率，减少病死率。

参考文献　略

（收稿日期：1997－05－11）