30-31
661(14)
维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

应用肠腔支架管防治粘连性的梗阻 21 例体会

鞍钢铁西医院外科 许连君 赵汉文
(辽宁鞍山，邮政编码 114012)

R656.105

〔提要〕本文通过对 21 例腹部外科手术的病人，在术中用肠腔支架管，行部分小肠内固定术的分析，体会该方法对预防和治疗粘连性肠梗阻效果良好，全组术后无一例肠梗阻发生。

〔关键词〕肠腔支架管；粘连性肠梗阻

近年来，由于腹部外科手术引起的粘连性肠梗阻不断增多，已上升到急性肠梗阻总病例数的 30－60%。因此，如何在施首次手术时，对粘连性肠梗阻加以预防，已是倍受观注的问题。当今较为人们推崇的全小肠内固定术，效果较好。但操作复杂，涉及全部小肠。在实际工作中很少为人们所采用。尤其象阑尾炎、憩室炎等病灶局限的疾病，既使术中估计有粘连性肠梗阻的产生，也很少有人在首次手术，尤其是在急诊手术中，对粘连性肠梗阻采取有效的预防措施，致使术后粘连性肠梗阻的发生率上升，其早期再手术率在 1.85－24%左右。

我们从 89 年至 93 年间，应用肠腔支架管，对估计有可能产生粘连性肠梗阻及已形成粘连性肠梗阻的病人 21 例，行部分小肠内固定术，预防粘连性肠梗阻的产生，效果良好。现无一例粘连性肠梗阻的发生。

临床资料：本组 21 例，男 13 例，女 8 例。年龄 9～53 岁，平均 31 岁。均为急诊手术。首次手术 16 例(76.2%)，再次手术的 5 例(23.8%)。阑尾炎因误诊或就诊晚而造成穿孔 15 例(71.4%)，其中术前已有肠梗阻的 7 例。首次手术处理不当，术后早期（7 天内）产生粘连性肠梗阻的 3 例。美克尔憩室炎产生索带造成肠管内疝而引起的梗阻 3 例 (14.1%)。其中，首次手术后早期产生粘连性肠梗阻的 1 例。肠套叠 2 例(9.5%)。腹外伤，小肠破裂修补术后，早期粘连性肠梗阻 1 例(5%)。

上述病例，术中发现的情况，均是部分小肠粘连或浆膜受损，而非全腹的膜状粘连。

2. 手术操作：所谓肠腔支架管，是我们自制的。长 2cm 直径 0.5cm 的硅胶管，一端剪 5～8 个侧孔。在处理完原发病灶，将已粘连的小肠松解后，于盲肠的阑尾根部附近，切一小口，将支架管送入小肠，使有侧孔的一端越过病变段的肠管 5～10cm 即可。该段肠管多有炎症，故无需再造粗糙面。将此部分肠管排列好，荷包缝合盲肠壁的切口。支架管的另一端就近至腹壁引出体外，加以固定，接负压吸引。术后两周拔管，引流口多自然闭合。

结果：本组 3 例术后切口感染，无一例产生肠梗阻或其它并发症，如肠瘘等。

讨论：1. 当前，腹部手术后粘连性肠梗阻的发病率明显升高。其中有 20%甚至更多的人，需要再手术，且术后效果不佳。约有 40%的再手术病人有并发症产生，产生肠瘘的约占再手术病人的 25%左右，且肠瘘病人的死亡率达 20%。2. 由于首次手术的病变小，局限，对可能发生肠梗阻估计不足，或已估计到了，考虑到病人状况以及对全小肠内固定术的掌握程度材料、手术损伤范围程度等方面问题，在实际工作中，很少有人因局限的病灶而行全小肠内固定术预防粘连性肠梗阻。3. 我们用肠腔支架管，行部分小肠内固定术，手术涉及范围小，操作简便，材料易得。从本组结果看，对粘连性肠硬阻及肠瘘等起到了良好的预防作用。4. Baker 氏在全小肠内固定术中要求，排列必须是全部小肠，否则可产生肠扭转，且儿童不能用此方法。与此相比，我们发现部分小肠内固定是可行的。由于仅涉及一部分小肠，故在儿童也可以应用，效果良好。

参考文献

1. 王敖川. 绞窄性小肠梗阻. 普外临床 1987; 2: 271.
2. 张延龄，等. 急性肠梗阻. 中华外科杂志 1958;

维普资讯 http://www.cqvip.com

31-33 脊髓空洞症；寰枕畸形；枕骨大孔区病变；病理

662(15)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

寰枕畸形及枕骨大孔区病变与脊髓空洞症

兰州医学院解剖教研室 张桂芝

甘肃省中医学院解剖组胚教研室 陈东屏

R744.402

（甘肃兰州，邮政编码 730000）

近年来由于 CT 和 MRI 检查技术在神经外科广泛应用，在临床医疗实践中发现脊髓空洞症和寰枕畸形密切相关。脊髓空洞症的病因和发病机理至今不明，治疗亦无定论，所以对脊髓空洞症的病因、诊断和治疗仍有必要进行研究和探讨，现将我们对三例寰枕畸形的观察情况报道如下：

例 1. 两侧寰枕关节完全融合，寰枕前弓与枕骨大孔前缘间几乎全部融合，仅在其中央存在一直径 5mm 的圆形小孔。寰枕后弓与枕骨大孔后缘融合较完善，仅在右半外侧有一直径 2mm 的小圆孔。寰椎左侧横突孔完整，由孔向上前外有一斜行的深沟，沟宽 3.5mm，沟长 10mm，经过一骨桥形成的 3mm 的短管后，续于舌下神经管外口。右侧横突孔外侧有一个 6 毫米的缺口，由孔向前上外方亦有一斜行的浅沟，经过由骨桥形成的 2mm 的小管，通入颈静脉孔内侧的一个 4mm 小圆入颅。寰椎右侧下关节面大而粗糙，长径 18mm，宽径 20mm，寰椎左侧下关节面光滑，明显小于右侧，长径 11mm，宽径 10mm（图 1）。

例 2. 两侧寰枕关节几乎完全融合，寰椎前、后弓与枕骨大孔前、后缘未融合，左侧寰枕关节仍留存部分关节腔。左、右，横突孔完整，左侧由孔先向前外，后转向内侧有一弯曲的浅沟，续于舌下神经管外口，右侧有一向前内走行而后续于舌下神经管的浅沟。右侧横突游离，左侧横突以一个高 15mm、宽 17mm 的粗大骨柱与枕骨融合。



图 1.

例 3. 两侧寰枕关节完全融合，前弓与枕骨大孔前缘未融合，后弓左半与枕骨后缘完全融合，寰椎后弓中央部有一个 7mm 的裂口。右侧横突游离，横突孔呈椭圆形，长 5.5mm，宽 6mm。左侧横突与枕骨完全融合，横突孔长 2mm，宽 4 毫米。在左横突孔处有一向前上内行而续于舌下神经管外口的小浅沟，由右横突孔向上后内侧续于寰椎右侧上面的椎动脉沟通枕骨大孔（图 2）。

6：1349.

3. 何贵义．急性肠梗阻 211 例的分析．中华外科杂志．1957；5：553.

4. 钱礼．粘连性肠梗阻的预防．实用外科杂志 1986；6：209.

5. 杨熙平．小肠排列术的进展．全国肠梗阻研讨会资料 1987.

6. 闵兴明．胃肠切除术的早期再手术 64 例临床分析．实用外科杂志．1992；4：165.

7. 方善德．腹部外科再次手术，上海科技出版社 1989；263.

8. Baker. JW. Stichless phcation for recurring obstnution of small bowel. Am Jsrutg 1986；116：316.

9. White T. T Harrison R (ceds)；Reopevative gastrointestenal Surgurg. Ind，ed. hittle，Brownand company. Boston. 1979，P269－305.

（收稿：1994－06－02）