维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.1

术后早期炎性肠梗阻64例诊治分析

周昌军* 宋大宇* 何龙江*

【摘 要】 目的 探讨术后早期炎性肠梗阻的临床特点及处理方法。方法 分析64例术后早期炎性肠梗阻的病例资料。结果 64例均行禁食、胃肠减压、应用生长抑素、肠外营养等支持治疗，平均治愈时间13.5 d，无一例再手术。结论 术后早期炎性肠梗阻多发生于术后5～15 d，可表现为典型的肠梗阻征象，多由小肠无菌性炎症致广泛肠粘连所致，多数病例采用保守疗法可治愈。

【关键词】 炎性肠梗阻；保守治疗

Analysis on the diagnosis and treatment of early postoperative inflammatory ileus: a report of 64 cases *Zhou Changjun, Song Dayu, He Longjiang. Department of Surgery, Emei Sanatorium of Chengdu Command, PLA, Emei 614205*

【Abstract】 **Objective** To explore the principles of diagnosis and treatment of early postoperative inflammatory ileus (EPII). **Methods** A total of 64 cases with early postoperative inflammatory ileus were analyzed retrospectively. **Results** All cases were cured in the mean period 13.5 days after gastrointestinal decompression, somatostatin, TPN and other medications. There was no reoperation. **Conclusion** EPII mostly occurs in about 5～15 d after Operation. Most cases were caused by extensive adhesion resulted from aseptic inflammations. Conservative treatment should be the first choice for EPII patients.

【Key words】 Inflammatory ileus; Conservative treatment

术后早期炎性肠梗阻(EPII)系指由于腹部手术后创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿或渗出，形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻。若经治医生对该疾病缺乏认识，短期内反复手术，导致症状加重，肠功能恢复延长，甚至肠瘘。因此，正确认识EPII有助于确定治疗方案，避免不必要的手术创伤和并发症。我院外科自1990年1月到2002年共收治EPII 64例，均经保守疗法治愈。现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

本组64例，其中男38例，女26例。年龄16～81岁，平均51.3岁。

二、发病前手术类型

胃穿孔修补术8例，小肠破裂穿孔修补术9例，结直肠破裂修补术7例，机械性肠梗阻手术27例(其中经两次以上手术者20例)，脾破裂脾切除术5例，宫外孕破裂出血3例，阑尾切除5例。平均发生肠梗阻时间5～15 d。

三、临床表现及辅助检查

轻度腹痛49例，阵发性腹痛15例；轻度腹胀24例，腹胀较重40例；呕吐27例；腹部压痛42例，腹部压痛不明显22例；肠鸣音减弱44例，肠鸣音消失5例，有气过水声15例；肛门停止排气排便42例，少量稀便22例；白细胞正常18例，偏高46例；X线腹部平片均有小肠不同程度积气积液表现。本组均无典型机械性完全性肠梗阻X线表现，B超检查腹腔积气均明显，积液不明显。

四、入院时营养状况

因患者手术创伤和感染等因素，体内营养消耗大量增加，加之术后较长时间禁食和胃肠减压，营养摄入不足，导致患者入院时均有不同程度的营养不良、脱水、电解质和酸碱平衡紊乱。入院时$K^+ < 3.0$ mmol/L者42例(占65.6%)；血浆白蛋白<30 g/L者18例(占28.1%)，介于30～35 g/L之间者23例(占35.9%)。

五、治疗方法

本组病例均保守治疗，包括禁食，鼻胃管胃肠减压，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱；同时胃肠外营养支持，非蛋白能量供应为30～40 $kcal \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$，热氮

* 作者单位：614205 四川省峨眉山市成都军区峨眉疗养院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

之比为120～150:1，糖脂之比为1.5:1～2:1，视患者一般情况改善，症状缓解，肠功能恢复后逐渐行肠内营养；严重营养不良者适当输入新鲜血浆和(或)白蛋白，每周2～3次；应用生长抑素(施他宁，6 mg/24 h)以减少消化液的分泌，待病情缓解后停药；开始治疗的第一周给予地塞米松5 mg静脉注射，1次/8 h，一周左右渐停药；合并有感染或高危感染者全身给予抗生素头孢曲松钠2～4 g/d，甲硝唑1.0 g/d。

六、治愈标准

在停用胃肠减压、药物治疗及恢复饮食情况下患者无肠梗阻症状出现。

结　果

经上述治疗后，全部病例均治愈，恢复正常饮食，营养状况较入院时明显改善，治愈时间7～22 d，平均13.5 d。随访3月至5年，无再手术治疗，且症状未再复发。

讨　论

EPII发生在腹部手术后早期，本组病例均发生在术后5～15 d，与黎介寿[1]认为多发生在14 d内相符合。本病临床特点与其它肠梗阻有许多相同之处，都有腹胀、恶心、呕吐、停止排气排便，但也有其特殊性，除都有近期腹部手术的病史外，还有一个较为明显的特征，即术后可能短期内有少量排气或排少量大便，进食后再次出现肠梗阻，且症状加重。症状以腹胀尤为明显，腹胀一般为对称性腹部膨隆，见不到肠型或蠕动波。触诊时有柔韧感，但各部位柔韧程度不一致，最显著部位即是肠管粘连最重的位置，一般位于脐周或切口下方，无包块、肠型及蠕动波。听诊可见肠鸣音减弱，无金属音，随梗阻的缓解而肠鸣音恢复。腹部X线透视或平片可见多个液气平面，并有肠腔内积液。腹部CT扫描可见肠壁水肿、增厚、粘连以及肠腔积液积气、肠管均匀扩张和腹腔内渗出等。在诊断本病时应排除肠坏死的可能。

本病应以保守治疗为主，切忌急于通过手术方式解除梗阻。Bondarenko报道对306例病人施行手术治疗，其中22例多次手术后解除梗阻，死亡达90例(29.4%)[2]。因此时肠管高度水肿并致密粘连，强行手术剥离，可造成肠管浆膜面广泛损伤渗血，EPII进一步加重，并促成机械性肠梗阻的形成；同时由于肠壁水肿、愈合能力差，极易造成肠瘘，导致严重后果。朱维铭报道1 000例肠外瘘病人中，有相当一部分源于EPII后急于手术[3]。保守治疗的方法包括：(1)禁食。因术后早期炎性肠梗阻初期，胃肠道内大量分泌消化液积聚于肠腔内，进一步加重肠腔内积聚，加重肠壁的水肿和肠腔扩张，加重水、电解质紊乱，也使肠功能的恢复受到影响。(2)持续有效的胃肠减压。(3)完全胃肠外营养，并维持水、电解质平衡，同时注意由于完全胃肠外营养、过高热量的摄入和使用生长抑素，容易发生胆汁淤积，导致患者营养状况和低蛋白血症得不到纠正，肠功能的恢复将明显推迟，使治疗陷入困境。(4)视病情的严重程度和一般情况，短期内应用肾上腺皮质激素，可减轻肠道无菌性炎症又不会发生伤口裂开。黎介寿推荐地塞米松5 mg静脉注射，1次/8 h，一周左右渐停药[1]。(5)生长抑素的应用，如施他宁6 mg加盐水500 ml 24 h静脉滴注。(6)抗生素的应用，若患者体温不高，血象不高，腹膜刺激征不明显，可不用广谱抗生素。(7)经上述处理如无病情加重和肠坏死征象，应严密观察病情，持续保守治疗，待病人腹胀消失，排气排便，由于肠道恢复通畅后肠道内积聚的肠液大量排出，因此绝大多数在梗阻缓解后解水样便，胃肠减压抽出胃液明显减少、变清、不含胆汁(应确定胃管末进入十二指肠)，肠鸣音活跃、腹部变柔软，即可视为开始进食时机，并渐停上述治疗。如有体温持续上升，腹痛腹胀进行性加重，明显的腹膜刺激征，应特别提防误将机械性肠梗阻诊断为炎性肠梗阻。一旦出现肠绞窄，表明炎性肠梗阻的诊断有误，应立即进行手术治疗[4]。

参 考 文 献

1. 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特性. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387.
2. Bondarenko NM, Perets IV, Bondarenko IN. The immediate result of treating patients with acute early postoperative intestinal obstruction. Klin Khir, 1993, (4):20.
3. 朱维铭，李 宁. 术后早期炎性肠梗阻的诊治. 中国实用外科杂志，2000, 20(8): 456.
4. 朱维铭, 李 宁, 黎介寿, 等. 术后早期炎性肠梗阻的治疗. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 219.

(收稿日期：2003－01－14)