维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

肠石性肠梗阻手术治疗体会

南京市第一医院外科 郑裕隆 任慧贤
（江苏南京，邮政编码 210006）

由食物引起的肠石性肠梗阻临床罕见，我院曾收治 3 例，特简要报道。

例 1. 男，46 岁。因腹痛并呕吐 6 日入院，病发前吃青柿子（4 个）炒猪肝，并饮酒后感阵发性腹痛，腹泻水样便 3～4 次/日，呕吐频繁，次日腹痛转为不规则，进食增剧，呕吐仍不止，三日后大例秘结，偶於腹部隆起拳大包块。8 年前曾因球部溃疡作胃大部切除术。查体 T36°6C、P72 次/分，BP15.5/12KPa 表情痛苦，上腹正中有手术疤痕，中上腹部轻压痛，无包块，未见肠型，无气过水声，Hb130g/L、WBC11.8×10⁹/L、N0.80、L0.20。入院后症状未见好转，上腹稍胀，有轻压痛，脐上扪及大 3.5cm 滑动肿块，肠鸣音不亢进，即服少量钡剂检查，胃肠吻合口通畅，10 小时后钡剂积储空肠近端，21 小时后左上腹及中腹部见一段明显扩张空肠，钡剂积贮未能通过，疑为高位肠梗阻。术中见残胃及胃空肠吻合口通畅，空肠输出端距吻合口 10、15、25cm 处各有鸡卵大硬块堵塞于腔内，近端肠管扩张，远端空虚，切开肠壁取出完整柿石三枚，棕褐色，椭圆形，质坚韧，阑尾一并切除。术后康复。

例 2. 男，4 岁。因反复呕吐 4 日入院，系胃内容物，有宿食味，初 7～8 次/日，后 3～4 次/日，并腹泻，病前进食海蟹·果脯·甘蔗等。查体 T36℃，P100 次/分，BP13.1/9.33KPa，稍失水。腹软，无压痛及包块，肠鸣音正常。Hb105g/L，WBC5.1×10⁹/L，N0.61、L0.39。腹部透视示胃内较大液平，肠腔内有多数阶梯状液平面。后腹痛腹胀未见缓减，并偶见肠型，肠鸣音亢进。术中见小肠明显扩张，肠系膜淋巴结增大，距回盲部 60cm，回肠腔内扪及 4.5×4cm 硬块，不能通过，远端肠腔空虚，切开肠壁，取除肠石后全愈。

例 3. 男，35 岁。因腹痛 2 日，呕血 2 次，量 50ml，4 小时后入院。11 年前因球部溃疡作胃大部切除术，查体 BP14/10KPa。上腹见手术疤痕，上腹偏左轻压痛，无包块，肠音不亢进。入院后阵发性腹痛增剧，腹部透视示多处液平。术中见距屈氏韧带 120cm 空肠腔内 4×4×8cm 圆柱状硬块，近端肠袢扩张，充血、水肿，远端正常，切开肠壁，取除肠石后康复。病检示食物残渣，内含动植物细胞。

讨 论

一、病理：食物在肠道内堆积成团块形成食物石（肠石），可堵塞腔致肠梗阻。Wart－Mc Quaid 曾收集食物堵塞所致肠梗阻 178 例，系由 45 种食物引发，顺序以柿子、桃子、桔子所引起的较常见，其他食物如苹果、樱桃、无花果、椰果、朱栾、黑枣、软枣、柿饼、麸皮、米糖、洋白菜、蚱蜢、罂粟子、斑鸠蛋、鱼皮、果皮、果核、植物纤维、酸腌菜、燕麦皮、洋山芋皮、山芋、洋葱、石南根、芹菜、南瓜、葡萄皮和梗、葡萄干、李子、菠罗门参、韭菜、野甜菜及青草等均可导之，但最易形成食物石的是柿子，尤其未成熟生涩柿子，因其含可溶性收敛剂—红鞣质 Pholobatannin，成熟后此种物质仅存于果皮及近花托处，若空腹食下未成熟柿子或未去皮、核成熟柿子、或未加工鲜柿、皮及核含果胶及树脂和鞣酸较多，在胃内迁酸即集成凝稠胶状小块，再与食物纤维凝聚成较大柿石，沉淀的发生在一定程度上与胃酸成正比，胃酸较高时更易促成，

肠石性肠梗阻除与一定种类食物有关外，尚与饮食习惯如未很好咀嚼、急躁，饥饿、口喝有关，牙齿脱落或不全，假牙也为一因素，既往有手术史者尤以胃手术后发生较多，本组即有 2 例，此因胃大部切除后胃酸分泌减少，消化机能减退，搅拌作用减弱，且失却幽门办膜作用，食物在残胃内贮留时间短，通过迅速而致。其他腹内病变如空肠憩室、Meckel 憩室、肠粘连、狭窄、吻合口、内疝、十二指肠等处均可发生[2,3]。梗阻多单纯性，单处居多，也可多发，堵塞部位以空回肠为多，但常见于肠腔较窄的回肠末端。除梗阻外，也可并发溃疡、出血、穿孔、腹膜炎等。梗阻的主因系食物石较坚实，体积较大，直径＞3cm，以椭圆形为多，本组 3 例食物石均＞4cm，其中 1 例为多发；此外胃肠道本身解剖异常或病理改变，肠动力异常，如肠内容刺激，痉挛或蠕动紊乱等而诱发，

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、临床表现及手术：患者男性居多，中年易患，均有进食某些食物史，常于食后即不适，多在12小时内发病，腹痛较烈，位中腹部或脐周，阵发性增剧，呕吐频繁，少数腹泻。腹部体征示腹胀，见肠型及蠕动波，偶扪及肿块或扩张肠袢，肠鸣音增加，或闻气过水声，重症有腹部压痛，反跳痛，肌紧等炎性表现[1]。腹部透视可见局部密度增强，肠袢扩张，多处气液面，少量钡剂示梗阻近端肠袢扩张，钡流受阻。

若临床症状持续或增剧，病程长，梗阻时间长，肿块较大，经非手术治疗无效，或出现腹部压痛，反跳痛等炎性征象，或并发严重出血、穿孔、或鉴别诊断困难者宜手术，切开肠壁，取除食物石，若肠壁已有病损，或憩室、狭窄、严重粘连、血运障碍者可作肠部分切除。若食物石较小，质软，肠道无其他病变，也可考虑手法将食物石分散，或输送过回盲瓣至结肠内，任其自行排出，或灌肠驱除，术中应注意是否多发及肠道有无其他病变，以免疏漏。

参 考 文 献

1. Ward－McQuaid J. N. Intestinal obst－ruction due to food. Brit J Med 1950;1:1106.
2. Norberg P. B. Intestinal obstruction due to food S G O 1961;113(2):149.
3. Nagel G. Wd Bergeat J. J. Phytobegoars occluding the small intestine following subtotal gastrectomy. Amer J Surg 1960;99(3):310.
4. Davis D. G. L. d Lewis R. H. Food obstruction of the small intestine. a review of 15 cases. Brit Med J 1959;2:545

（收稿日期：1996－05－13）

胆囊坏疽穿孔致腹腔内出血手术1例

南京市第一医院外科　郑裕隆

（江苏南京，邮政编码 210006）

患者男性，68岁，因持续性右上腹隐痛4日伴黑便一日6次约700g入院。既往有高血压史20年，曾患肝炎，嗜酒。查体：T36℃，P90次/分，BP20/10KPa，消瘦，贫血貌，巩膜及皮肤无黄染。腹软，肝肋下3cm，质韧，脾未及，右上腹轻压痛，无移动性浊音。Hb8.5g\L，RBC2.9×10^{12}/L，WBC9.0×10^{9}/L，N0.76，L0.24，入院后次日解黑便4次，量共400g，又一日黑便一次200g，5日后右上腹痛突然增剧，并迅速延及全腹。查腹部呈板样紧张，全腹压痛，反跳痛，右上尤著，术中见腹腔内充满血性液，量约千余ml，肝软，无结节，胆囊肿胀，充血，水肿，部分坏疽，胆囊底部有4×4cm破口，囊内充满血块，有少量鲜血外渗，即施胆囊切除术，术后康复。病检示急性坏疽性胆囊炎并破裂，出血，胆囊粘膜达肌层有一小血管坏死出血。

讨论：胆囊穿孔包括急性、亚急性、慢性穿孔约占胆囊炎10%，其中急性穿孔至游离腹腔仅1%，胆囊坏疽穿孔导致腹腔内出血无论临床及尸检均罕见，综合国内外文献仅见28例，出血原因为穿孔适位于胆囊壁血管处16例；胆囊粘膜溃疡侵蚀血管引起出血，并自穿孔处外溢4例；穿孔至肝脏或邻近肝脏致肝破裂4例；其余出血部位不明。出血与胆囊感染显著，结石压迫，囊壁坏死，胆囊动脉栓塞，动脉粥样化等有关。此例急性胆囊炎伴高血压，炎症侵蚀囊壁血管，先引起消化道出血，后坏疽穿孔引发腹腔内出血。此等患者性别无明显差异，年龄自22～85岁，平均60.5岁，大部发生于老年。既往多有胆道疾患史，临床除具胆囊炎表现外，尚伴急性贫血，休克等腹腔内出血征象。及时手术，切除胆囊及其他相应措施是唯一有效办法。

（收稿日期：1996－05－13）