维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol. 14, No. 2

·述 评·

粘连性肠梗阻的治疗进展

Advances in treatment of adhesive intestinal obstruction

张连阳 （第三军医大学附属大坪医院普通外科，重庆 400038）

[关键词] 肠梗阻；肠粘连；治疗进展
[中图分类号] R574.2 [文献标识码] C [文章编号] 1672-5042(2005)02-C002-01

粘连性肠梗阻是由于腹膜粘连而致肠道内容物的通过障碍，见于腹部手术、炎症和创伤后，是腹部手术后一长期的、不可预测的问题，随腹部手术增多，其发生率呈上升趋势，据报道占肠梗阻病例的32%～44%，死亡率高达8%～13%，因此本病的治疗仍是外科医师面临的巨大挑战，应引起外科医师的足够重视。粘连性肠梗阻的治疗进展有以下几方面。

1 非手术治疗

对于单纯性、不全性、粘连性肠梗阻，可试行下列各种非手术治疗，缓解率达80%以上；对术后炎性肠梗阻，由于存在肠壁炎症重、难以分离、手术时易损伤肠管不宜行手术治疗，应以非手术治疗为首选方法。其方法有：①禁食、胃肠减压；②应用抗生素，可选用头孢类抗生素，氨基糖甙类抗生素，联合甲硝唑类等；③纠正水电解质及酸碱平衡紊乱是降低肠梗阻死亡率的关键措施；④中药治疗，通常方剂有复方大承气汤、甘遂通结汤和五仁汤加减；⑤高渗性溶液，口服泛影葡胺能明显缩短肠梗阻缓解及住院时间；⑥润滑性油剂，经胃管注入石蜡油或豆油等，使其内容物逐渐通过狭窄梗阻处，缓解梗阻；⑦营养支持治疗；⑧止痛治疗，对腹痛可适当应用镇静剂或解痉剂；⑨高压氧治疗。

2 手术治疗

目前认为手术治疗适用于绞窄和非手术治疗无效时（非手术治疗12～48 h无效），即使病情未加重，亦应采用手术治疗。有作者利用水溶性造影剂来判断粘连性肠梗阻作为早期手术治疗的指标，口服或通过鼻胃管注入40 ml泛影葡胺，24 h内造影剂不能到达结肠则需手术治疗。手术治疗步骤与方法：①切口选择，可采用原切口或另选切口；②探查，开腹后应探查幽门至盲肠的全小肠，若有盲肠扩张应探查全结肠，应找到肠襻“粗细交界处”的梗阻部位，判断肠道血循环情况；③肠减压，肠管横径＞3 cm的肠梗阻病人应采用穿刺减压或肠切开减压；④将肠内容挤至胃内（高位梗阻中选择性应用），从鼻胃管吸出；⑤解除梗阻后，将内容物挤入结肠，从肛门排出；⑥粘连松解，束带状、点状或小片状粘连引起的梗阻，只需将主要粘连带切断或小片粘连松解即可解除梗阻，对于广泛性粘连需松解肠襻间粘连时，应从易到难，从外周到中心，分离粘连以锐性为主，有浆肌层损伤应及时修补；⑦肠切除和短路手术肠切除术的指征为：肠襻绞窄坏死、肠管疤痕狭窄、严重粘连，行肠切除术或短路术时要注意避免短肠综合征的发生；⑧肠排列术，若术中大部分或全部小肠粘连，在松解粘连和梗阻解除后为防止梗阻复发，可考虑行小肠排列术。临床上主要应用于因肠瘘和粘连性梗阻行两次以上手术的病人。小肠排列术分肠外和肠内固定排列术。肠外固定排列术，即用长直针带线将折叠好的肠系膜做三级褥式缝合，打结要适度，即起到固定作用，又不影响血液循环。但存在肠襻排列转角时易成角，不能避免梗阻，术中操作复杂、困难，对弥漫性腹膜炎、中毒性休克未纠正者是禁忌的，现应用较少。肠内固定排列术，在粘连松解后，用长度为3 m带气囊的橡胶管（气囊后有两排小孔共10个），在空肠造瘘处距屈氏韧带约10－15 cm处，插管后，严密缝合造瘘口以防肠瘘。肠内固定法不受肠外排列的限制，更适合年老、全身情况差的病人和术中损伤浆膜层和广泛粘连的病人，内固定术后小肠接近生理性排列，术后并发症少。⑨腹腔镜手术，经腹腔镜行粘连松解可显著减轻创伤，从而降低复发率及再手术率，术后恢复快，术后并发症发生率下降3倍，住院时间缩短2倍。适用于症状出现的早期，或局部粘连及梗阻程度较轻的病人，包括无高度腹胀的各种原因引起的机械性肠梗阻和非手术治疗无效的肠梗阻。无传统开腹手术的禁忌证。但有广泛粘连与腹胀及结核性腹膜炎引起的粘连不宜采用。Agresta总结了63例小肠梗阻的腹腔镜治疗结果，有52例成功（82.5%），另11例辅助小切口腔镜下手术治疗成功。Kriger分析162例中，保守治疗23例有效（14.2%），手术治疗139例（85.8%），包括传统开放手术79例（56.8%），腹腔镜或腹腔镜辅助60例（43.2%）。Dronov经腹腔镜治疗急性粘连性肠梗阻129例，13例中转开腹，主要原因包括绞窄、脓肿形成和广泛粘连等。

[收稿日期] 2004-09-12 [修回日期] 2004-11-15

（编辑：郭光金）