

文章编号:1005-6947(2005)10-0798-02

· 临床报道 ·

结核性粘连性肠梗阻 116 例手术报告

孟征宇, 关克勤

(内蒙古乌兰察布盟医院 普通外科, 内蒙古 集宁 012000)

摘要: 回顾性分析 15 年间治疗结核性粘连性肠梗阻 116 例的临床资料。其中 68 例行肠粘连松解、肠系膜排列术, 48 例行纤维板剥脱、肠粘连松解、肠系膜排列术, 19 例同时行肠部分切除。平均术后 12h 肠蠕动恢复, 无切口感染、肠瘘及再粘连梗阻等并发症。治愈 114 例, 死亡 2 例。提示采用肠粘连松解、肠系膜排列、纤维板剥脱术治疗结核性粘连性肠梗阻的有效方法。

关键词: 肠梗阻/病因性; 结核, 腹膜; 肠粘连/外科学

中图分类号: R574.2; R526

文献标识码: B

结核性粘连性肠梗阻在边远地区并不少见, 往往需要外科手术治疗。但由于病情错综复杂, 外科手术尚存在一定的困难, 疗效差^[1]。我院从 1989 年以来应用肠粘连松解、肠系膜排列、纤维板剥脱术治疗本病 116 例, 疗效满意。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 29 例, 女 87 例, 年龄 15 ~ 61 (平均 28) 岁。116 例中有较典型的肠梗阻临床表现 112 例; 表现为腹腔肿块 2 例; 腹部隐痛、不能进食、呈慢性营养障碍 4 例。病史最短 1 个月, 最长 5 年, 平均 1 年。有结核病史 16 例。慢性不完全性肠梗阻 69 例, 急性完全性肠梗阻 35 例, 急腹症表现 6 例 (合并肠穿孔、中毒性休克, 其中 2 例术后死亡)。术前通过结核病史、胸片、腹平片、B 超诊断疑结核性粘连性肠梗阻 63 例。

1.2 术中所见

术中见内脏与腹膜间、肠管与肠系膜间广泛粘连, 使腹腔呈封闭状, 表面有散在粟粒样结节。粘连的瘢痕带形成致密纤维板, 厚约 0.5 ~ 1.5 cm, 表面有一薄层富有渗出的疏松肉芽组织。大网膜受累时卷缩成团, 有时形成瘢痕化纤维板平铺在腹膜下, 覆盖全部肠管。瘢痕组织形成索带束缚肠管, 造成肠管不能扩张、绞窄、坏死、穿孔, 粘连间有散在包裹性积液区, 肿大的肠系膜淋巴结干酪样变或钙化。116 例均经手术和病理证实为结核病。

1.3 治疗方法

116 例中, 行单纯粘连松解、肠 Chilas phillps 肠系膜排列 68 例, 行纤维板剥脱、肠粘连松解、肠 Chilas phillps 系膜排列 48 例。同时行肠部分切除 19 例 (乙状结肠 2 例, 升结肠 1 例, 小肠 16 例)。本组术中肠管浆膜层均有不同程度的损伤, 给以缝合修补。63 例术前因考虑结核性粘连性肠梗阻, 给予积极的抗结核、全身支持和对症处理; 术后 48 例给予全身支持, 对症治疗。116 例术后均抗结核治疗 12 ~ 18 个月。

2 结果

2.1 近期疗效

全组平均术后 12h 肠蠕动恢复, 术后 3d 内通气、排便。无肠瘘发生。无切口感染或吻合口瘘。术后死亡 2 例均为就诊晚, 入院时已肠坏死、穿孔、感染性休克者。其余均痊愈出院。

2.2 随访

随访 80 例, 随访时间 1 ~ 10 年。80 例均无腹痛、消化不良及结核中毒症状, 排气、排便正常, 饮食正常, 体重平均增加 10 ~ 20 kg, 均恢复体力劳动。

3 讨论

完全性肠梗阻若不能排除肠绞窄则应急诊手术; 非手术治疗不能缓解或反复发作者应及早手术; 慢性不全性肠梗阻虽无腹胀, 但有营养障碍也应及早手术以解除纤维板压迫; 粘连性不全肠梗阻, 有腹部肿块, 经非手术治疗无效者可择期手术。

过去常用于结核性粘连性肠梗阻治疗的术式有粘连松解肠折叠术、捷径吻合术、肠切除、肠造瘘术等, 疗效欠佳, 远期疗效颇不理想^[2]。本组手术证实, 本病粘连广泛、致密, 纤维板剥脱、肠粘连松解术, 可将束缚、压迫肠管致梗

收稿日期: 2004-07-01; 修订日期: 2005-04-07。

作者简介: 孟征宇 (1962-), 男, 内蒙古集宁人, 内蒙古乌兰察布盟医院副主任医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者: 孟征宇 电话: 0474-8282589 (H), 0474-8226655 (O), 13009531810 (手机)。

文章编号:1005-6947(2005)10-0799-02

· 临床报道 ·

胃癌急性穿孔 27 例诊治体会

文英

(青海大学附属医院 肿瘤外科, 青海 西宁 810001)

摘要:为探讨胃癌穿孔的临床特点以提高其诊疗效果,对 27 例胃癌穿孔患者的治疗采用不同的手术方式:5 例行单纯穿孔修补术;2 例在穿孔修补术后 3 周早期施以二期根治性手术,3 例行穿孔修补和胃空肠吻合术,12 例行姑息性胃大部切除术,4 例行胃癌根治术,1 例行胃造口术。结果显示,本组围手术期死亡 5 例。胃穿孔修补、姑息性胃大部切除和根治性胃切除术患者的生存期分别为 3~8、10~13 和 18~27.2 个月。根据不同的病理分期其不同的术式及多学科综合治疗,是降低病死率提高生存质量的重要因素。

关键词:胃肿瘤/并发症;胃穿孔/病因学;急性病

中图分类号:R735.2;R656.61 **文献标识码:**B

我院于 1996~2003 年共收治胃癌胃穿孔患者 27 例,占同期胃癌患者的 6.7% (27/402)。本文通过对该 27 例临床资料的回顾性分析,旨在探讨胃癌穿孔的诊治方法,以提高其疗效。

收稿日期:2005-03-16; **修订日期:**2005-08-01。

作者简介:文英(1955-),女,青海西宁市人,青海大学附属医院主任医师,主要从事肿瘤方面的研究。

通讯作者:文英 电话:0971-6162395(0)。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 21 例,女 6 例。年龄 32~76 岁;中位年龄 55.4 岁。穿孔诱因:饱腹穿孔 6 例,外伤性穿孔 2 例,胃肠钡餐透视时穿孔 3 例,酗酒后穿孔 2 例,无明显诱因 14 例。穿孔距就诊时间最短 1h,最长 38h,以 6~16h 居多。术前合并陈旧性心肌梗死 1 例,糖尿病 1 例,高血压 7 例,慢性阻塞性肺气肿 2 例,陈旧性脑梗死 3 例。

阻的粘连纤维板松解、剥脱、切除,从而解除梗阻,最大限度地恢复肠道的正常状态,改善肠道的生理功能。尽可能去除结核病灶,降低结核复发的可能。

麻醉方式最好用全麻。切口要大。注意切口下常呈冻结状,手术时易损伤肠管。故应从粘连轻、粘连空隙间紧贴腹膜分离。入腹后细辨肠管,试探性地找到纤维板与肠管浆膜层之间的疏松层,边剥脱边切除纤维板,分离粘连;在分离过程中逐渐解除压迫和梗阻,舒展肠管。尽可能切除纤维板,去掉腹腔内结核病灶(包裹性积液,干酪样坏死组织,肠系膜淋巴结结核,呈盔甲状紧缩在肠管表面的大网膜组织)。松解小肠近侧端至 Treitz 韧带,远端至回盲部。行肠管顺行减压时若见结肠真正隆起,说明梗阻解除。再将全部小肠暴露于切口外,用紫外线照射 10min^[3]。为防止术后粘连再梗阻,尽可能行肠 Chilas phillips 系膜排列术,使不能控制的粘连变成可控制粘连。对无法分离粘连或有肠结核、肠坏死、肠穿孔的肠管可行部分切除(但注意肠断端血供要好)。术中如有肠浆肌层损伤可缝合修补。然后腹腔冲洗,腹腔胶管引流。一项英国研究表明,外科手术结束时,用晶体液灌入腹腔,可预防粘连性肠梗阻,最常用为生理盐水^[4]。术中剥离面广,时间长,

应边剥边用热盐水沙布热敷止血,适当输血、补液防止低血容量性休克。术后常规用新斯的明足三里注射,以促进肠蠕动。肠管在形成顽固性粘连之前恢复自然状态而蠕动而保持畅通,可避免因肠膨胀所致的屈折压迫,从而减少术后肠梗阻的发生^[5]。术后继续全程抗结核药物治疗,量要足,以防止复发。术后 1 年内避免暴饮暴食、受寒或进食过敏性食物,以减少肠蠕动紊乱的因素^[5]。

参考文献:

- [1] 余云. 纤维板剥脱术治疗粘连型结核性腹膜炎[J]. 实用外科杂志, 1982, 2(5): 741-742.
- [2] 钱礼. 腹部外科学[M]. 第 2 版, 上海: 上海科学出版社, 1984. 431-433.
- [3] 温奎忠. 结核性腹膜炎 276 例临床分析[J]. 中华结核和呼吸系统杂志, 1982, 5(6): 348-349.
- [4] Scott CDM, Thompson JN, Vipond MN, et al. General surgeon's attitudes to the treatment and prevention of abdominal adhesions [J]. Ann R Coll Surg Engl, 1993, 75(3): 123-125.
- [5] 张金哲. 粘连性肠梗阻的发病机制[J]. 武汉医学杂志小儿外科附刊, 1964, 1(1): 8-10.