

腹内疝的预防:(1)急腹症手术严格遵循手术原则,细心、轻柔操作,尽量减少手术的机械刺激和损伤,保护好肠管,避免一切能引起粘连的因素^[7]。术前手术者、助手、器械护士应将手套上的滑石粉洗净。术中对腹腔内的各种炎性、脓性液体必须尽量吸净,对坏死组织应予以清除。炎症重者大网膜切除,术后放置有效的腹腔引流。(2)胃切除术后胃空肠吻合后间隙,Miles术后盆底腹膜、降结肠系膜与左侧腹膜之间的裂隙,肠切除肠吻合、肠造瘘,肠管或肠系膜与周围脏器或组织之间的裂隙或孔,应切实缝合修补,以预防腹内疝的发生。

参考文献:

[1] 吴在德.外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,

2004.407.

- [2] 戴普席,殷智明.绞窄性乙状结肠系膜孔疝1例[J].中国普通外科杂志,2003,12(11):811.
- [3] 冒荣达.腹内疝性肠梗阻18例报告[J].现代诊断与治疗,1995,6(3):175-176.
- [4] Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: Clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria [J]. Radiology, 2001, 218(1): 68-74.
- [5] 朱士驹,奉典旭,韩峰.腹内疝所致肠梗阻32例临床诊治体会[J].腹部外科,2003,16(6):355-365.
- [6] 杨柳,刘沅丰.胆肠 Roux-en-Y 吻合术后腹内疝并小肠扭转、桥袢坏死1例[J].中国普通外科杂志,2002,11(2):83.
- [7] 张德福,于平.手术后腹内疝致急性肠梗阻6例临床分析[J].吉林医学,1996,17(1):30-31.

文章编号:1005-6947(2005)03-0214-01

· 病例报告 ·

门奇断流术后胃扭转2例

伍崇俊, 杨剑鸿

(四川省通江县人民医院 外二科, 四川 通江 636700)

关键词:胃扭转/继发性;手术后并发症;病例报告

中图分类号:R656.6

文献标识码:D

1 病例报告

例1,男,37岁。因肝炎后肝硬化,门静脉高压症行脾切除、门奇断流术,手术顺利,住院15d痊愈出院。出院后2d患者突然出现上腹部剧烈疼痛,恶心呕吐而再次入院。体查:体温37℃,脉搏86次/min,血压110/76mmHg。急性痛苦面容,心肺正常。上腹稍饱满,有压痛。B超未发现胆道结石。胃镜检查:置入40cm后困难,稍加充气后顺利置入,诊断为急性胃扭转。急诊剖腹探查,术中见胃体以器官轴从后下向前上扭转180°,胃结肠韧带亦同时扭转,扭转复位后并行胃固定术。术后诊断:急性器官轴型胃扭转。术后恢复出院。随访2年,状况良好。

例2,男,46岁。因肝炎后性肝硬化,门静脉高压症行脾切除、门奇断流术,痊愈出院。出院后1年开始出现上腹部间歇性不适,偶伴有剧烈疼痛,恶心嗝气,使用解痉药物后缓解。2年后行X线上消化道钡餐检查,见胃内有液平,胃大小弯倒置,胃体变形,诊断为胃扭转。再次住院行手术治疗。术中见胃呈器官轴型扭转180°,系胃壁粘连所致,解除粘连,胃复位后行胃固定术。术后诊断:慢性粘连性器官轴型胃扭转。术后痊愈出院。随访3年,无不适。

2 讨论

胃扭转指的是胃或胃的一部分发生180°以上的旋转,胃扭转一般分三型,即器官轴胃扭转,系膜轴胃扭转和混合型胃扭转。本文2例器官轴型胃扭转均发生于门奇断流术后,临床鲜有报道,究其发生原因,例1可能是手术切除胃部分韧带,加之术后不久胃

蠕动过强烈或出现逆蠕动而致腹腔内压增高,使胃的位置突然改变而发生胃扭转;例2则是粘连所致。

胃扭转的临床表现一般取决于急性或慢性扭转。急性胃扭转有典型的急性上腹痛、反复干呕和胃管插入困难三大症状,称之为Borchardt三联症,并作为急性胃扭转的诊断依据,如例1。慢性胃扭转的临床表现差异较大,主要表现为间歇性或持续性的上腹部不适。胃扭转的诊断并不困难,当患者表现有Borchardt三联症,结合X线的表现,一般可明确诊断,但有时在剖腹探查时才能确诊。胃扭转,特别是急性胃扭转,可能发生胃的缺血、坏死、穿孔及休克等,因此大多数胃扭转病人需手术治疗,扭转复位,并行胃固定术,效果良好。若发生胃壁的坏死或穿孔时,则需行胃大部或部分切除术。对于慢性胃扭转也采用手法整复,若手法整复失败,则要考虑及时手术治疗,以免引起严重后果。

收稿日期:2004-10-19。

作者简介:伍崇俊(1965-),男,四川达州人,四川省通江县人民医院主治医师,主要从事普外和腹腔镜临床方面的研究。

收稿日期:伍崇俊 电话:0827-7239136 (0),13881693068(手机)。