

文章编号:1005-6947(2008)05-0470-04

· 临床研究 ·

慢性假性结肠梗阻的诊断治疗:附17例报告

王希泽, 蒋会勇, 曲化远, 吴国强, 张雪峰, 张忻平, 金红旭, 逯云山, 李谨, 宗修锐

(沈阳军区总医院 普通外科, 辽宁 沈阳 110016)

摘要:目的 探讨慢性假性结肠梗阻的诊断与治疗方法。方法 回顾性分析17例慢性假性结肠梗阻患者的临床资料。**结果** 所有患者均行手术治疗,5例右半结肠加横结肠切除,8例右半结肠加横结肠加降结肠切除,1例乙状结肠切除,1例乙状结肠造瘘,2例肠减压术。术后2例切口感染和1例左膈下脓肿,经处置后痊愈;1例术后胃瘫,保守治疗30 d治愈,1例肠减压术患者,术后19 d因脓毒症,感染性休克死亡。2例乙状结肠切除及1例肠减压患者,术后症状均无缓解。其余患者腹胀消失,排气、排便正常而获痊愈。**结论** 慢性假性结肠梗阻是一种少见疾病,切除全部扩张的、无功能肠段可使大多数患者的症状缓解。 [中国普通外科杂志,2008,17(5):470-473]

关键词: 结肠假性梗阻/诊断;结肠假性梗阻/治疗

中图分类号: R 656.9

文献标识码: A

Diagnosis and treatment of chronic colonic pseudo-obstruction: a report of 17 Cases

WANG Xize, JIANG Huiyong, QU Huayuan, WU Guoqiang, ZHANG Xuefeng, ZHANG Yiping, JIN Hongxu, LU Yunshan, LI Jin, ZONG Xiukun

(Department of General Surgery, General Hospital of Shenyang Command of PLA, Shenyang 110016, China)

Abstract: Objective To study the diagnosis and treatment of chronic colonic pseudo-obstruction. **Methods** The clinical data of 17 cases of chronic colonic pseudo-obstruction were analysed retrospectively. **Results** All cases underwent surgical operation. Five cases had right hemicolectomy and transverse colectomy; 8 cases had right hemicolectomy, transverse colectomy and descending colectomy; 1 case had sigmoid colectomy; 1 case had sigmoid colostomy; and two cases had intestinal decompression procedures. After operation, 2 cases had infection of incisional wound, and 1 case had left subdiaphragmatic abscess, and the 3 patients recovered after treatment; 1 case had gastroplegia and recovered after expectant treatment for 30 days; 1 case undergoing intestinal decompression procedures died of septicaemia and septic shock 19 days after operation. Symptoms of 2 patient underwent sigmoid colectomy and one patient undergoing intestinal decompression procedures were not relieved after operation. The other patients recovered completely with normal passage of gas and defecating functions and no abdominal distension. **Conclusions** Chronic colonic pseudo-obstruction is a rare disease. Excising dilated and nonfunctional colon can relieve the symptoms in most patients.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(5): 470-473]

Key words: Colonic Pseudo-Obstruction/ diag; Colonic Pseudo-obstruction/ ther

CLC number: R 656.9

Document code: A

收稿日期:2007-12-18; 修订日期:2008-03-31。

作者简介:王希泽,男,沈阳军区总医院副主任医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者:王希泽 E-mail:wxize@sohu.com

慢性假性肠梗阻是成人及儿童慢性肠衰竭的重要原因^[1],它是一种少见的在没有任何消化道损伤的情况下,因胃肠道动力缺乏而导致的类似机械性肠梗阻表现的一组症状^[2-4],而慢性假性结肠梗阻(chronic colonic pseudo-obstructing, CCPO)在临床上更少见,我院1998年7月以来共手术治疗CCPO 17例,现结合文献加以讨论,以获取有益的经验教训。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男7例,女10例;年龄35~67(平均61.5)岁。病程2个月至2年4个月,平均8个月。

1.2 临床表现与体征特点

17例均表现为反复发作进行性腹胀,腹部隐痛,以右侧腹部胀痛为主,偶而恶心、呕吐,排便、排气少,最长15 d排便1次,而且须口服缓泻剂或灌肠,均无腹部绞痛与高热。其中5例患者反复住院,内科治疗后症状缓解,但1~2个月后症状再发,且呈进行性加重,患者难以忍受而强烈要求手术治疗。5例曾因“肠梗阻”手术探查,术后诊断为“粪便性肠梗阻”行肠减压术,术后均症状复发。伴发病:糖尿病5例,直肠癌行直肠前切除术1例,子宫切除术后1例。体查:16例患者呈腹胀,以右中下腹及上腹部膨胀为主,轻度压痛但无反跳痛,肠鸣音减弱。2例存在电解质紊乱、酸碱失衡,无明显贫血。

1.3 辅助检查及诊断

腹部平片均显示低位肠梗阻征象。其特点是:升结肠及/或横结肠扩大明显、液多气少而少有气液平面(图1);扩张肠管内壁平滑无异常阴影,常保存结肠袋形态,左侧结肠和小肠很少积气。本组中5例盲肠扩张直径达10.0~15.0 cm。CT检查更能显示此特点(图2)。钡灌肠显示结肠明显扩张而无明确梗阻部位(图3)。术前诊断:慢性假性结肠梗阻9例,肠梗阻6例,成人巨结肠症2例。

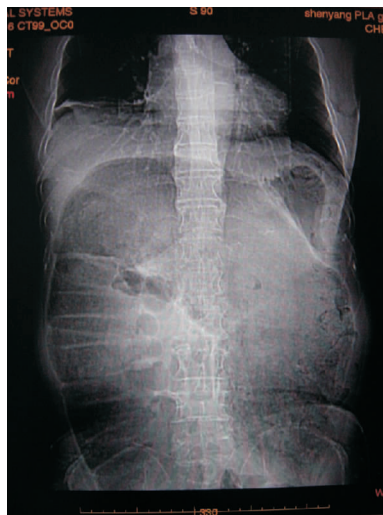


图1 腹部立位平片显示升结肠及横结肠明显扩张,液体多气体少,未见液平面

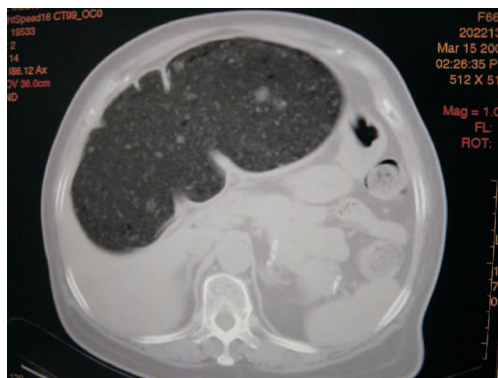


图2 CT显示结肠扩张,肠腔内积满粘稠粪便,气体少见

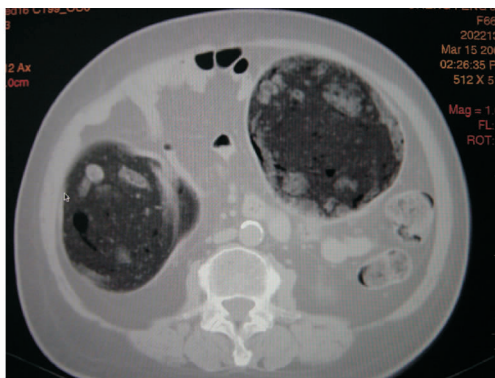


图3 CT显示结肠扩张,肠腔内积满粘稠粪便,气体少见



图4 钡剂灌肠显示升结肠及横结肠右半部分明显扩张,横结肠左半部分逐渐恢复正常,未见梗阻

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

本组均采用手术治疗。手术所见:6例升结肠、横结肠明显扩张,10例升结肠、横结肠、降结肠中上段明显扩张,1例末端回肠、升结肠、横结肠、降结肠明显扩张。扩张肠管肠壁增厚,蠕动极缓慢甚至无蠕动,肠腔内充满黏稠粪便间有干粪块,气体很少,其远端肠管逐渐恢复正常粗细,但肠腔内紧密包裹干粪球,呈串珠样,推动困难。扩张肠管直径5~15 cm,平均11.4 cm。均未发现机械梗阻或腹膜后肿瘤。5例行右半结肠加横结肠切除,回肠-降结肠吻合术;8例行右半结肠加横结肠及降结肠切除,回肠-乙状结肠吻合术;1例行乙状结肠切除,1例乙状结肠造瘘,2例行肠减压术。

2.2 病理检查结果

7例显示结肠肌间神经节细胞减少,并可见脂肪组织;2例显示平滑肌变性;4例显示黏膜层及肌层大量中性粒细胞、嗜酸细胞及淋巴细胞浸润;1例符合结肠冗长症;1例乙状结肠造瘘及2例行肠减压术未行病理检查。

2.3 治疗结果

术后2例切口感染,1例左膈下脓肿,经处置后痊愈;1例术后胃瘫,保守治疗30 d治愈。1例肠减压术患者,术后19 d因脓毒症,感染性休克死亡;其余16例均康复出院。16例患者均健在,随访3~14个月,其中2例行乙状结肠切除及1例肠减压患者,症状反复发作,多次住院治疗,均

行内科保守治疗。其余13例患者症状缓解,未再发生类似症状。

3 讨论

慢性假性肠梗阻(chronic intestinal pseudo-obstruction, CIPO)病因不明^[5],药物治疗及外科治疗效果不理想,长期生存率低是慢性肠功能衰竭的重要病因,先天性疾病、病毒感染、自身免疫性疾病、甲状腺功能低下、腹腔疾病等均有可能成为其病因,可发生在小肠也可在结肠。慢性假性结肠梗阻(CCPO)指发生于结肠的假性肠梗阻,其突出症状是慢性不完全性肠梗阻,症状反复时有急性发作,引发的便秘腹胀常难以被泻药甚至灌肠所解除,严重者出现水、电解质及酸碱平衡紊乱等。

CIPO的治疗主要是治疗潜在的病因,恢复营养及水电解质平衡,防止体重减轻,治疗各种并发症^[6]。治疗方法有营养支持、药物治疗及外科手术治疗。目前药物治疗疗效尚不确定。止吐药异丙嗪、曲美苳胺、丙氯拉嗪、中枢性5-HT₃拮抗剂恩丹西酮、格雷西龙等对于CIPO引起的呕吐有一定作用,红霉素是有促进胃肠蠕动的作用,对治疗CIPO可能有效。外科肠切除治疗CIPO是有争议的,Murr等^[7]认为,在保守治疗无效的情况下,切除扩张无功能的肠段是有益的。对于结肠假性梗阻,因结肠的吸收功能相对较小,因此手术指征应有所放宽。

结合本组17例临床症状、体征、影像学检查及术中所见,其特点为:(1)反复发作腹胀、腹痛,排便困难,排气极少。腹胀明显,无固定压痛,部分患者可触及巨大肠袢,肠鸣音明显减弱;(2)CT、钡剂灌肠、腹部平片检查发现结肠肠管明显扩张,符合CCPO的诊断标准^[8]。(3)术中明确排除了机械性肠梗阻。CCPO患者长期忍受腹胀、便秘所带来的痛苦,精神负担重,有的患者甚至不敢进食,曾在多家医院反复住院治疗,耗费大量财物,但症状不能根本解除。本组患者病史最长2年4个月。CCPO的外科手术治疗主要是针对内科疗效差、症状反复、进行性加重的患者。手术以切除全部无功能的肠段为主要方式,结肠次全切除、回直肠吻合或回肠造口术可使大多数患者缓解症状^[9-10]。本组13例患者行结肠次全或大部分切除,术后取得良好效果。其中有5例患者曾在外院因“肠梗阻”手术探查,术后诊断为“粪便性肠梗阻”行减压术,但术后症状持续,经

再手行结肠次全切除术后症状缓解。本组中行肠减压术的患者和单纯行乙状结肠切除患者,术后症状虽可短时缓解,但是很快又恢复到术前状态。本组资料表明切除全部扩张的、无功能肠段是手术成功改善症状的关键,而单纯肠减压及扩张肠段远端肠管的部分切除(如乙状结肠切除)对于患者术后症状的改善效果不明显。因此,病程较长、内科治疗无效且症状进行性加重,应视为外科治疗的适应证。

参考文献:

[1] Cogliandro RF, De Giorgio R, Barbara G, *et al.* Chronic intestinal pseudo-obstruction [J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2007, 21(4): 657 - 659.

[2] Stanghellini V, Corinaldesi R, Barbara L. Pseudo-obstruction syndromes [J]. *Baillieres Clin Gastroenterol*, 1988, 2(1): 225 - 254.

[3] Stanghellini V, Cogliandro RF, De Giorgio R, *et al.* Natural history of chronic idiopathic intestinal pseudoobstruction in adults: a single center study [J]. *Clin Gastroent Hepatol*,

2005, 3(5): 449 - 458.

[4] Stanghellini V, Camilleri M, Malagelada JR. Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction: clinical and intestinal manometric findings [J]. *Gut*, 1987, 28(1): 5 - 12.

[5] Stanghellini V, Cogliandro RF, de Giorgio R, *et al.* Chronic intestinal pseudo-obstruction: manifestations, natural history and management [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2007, 19(6): 440 - 452.

[6] Sutton DH, Harrell SP, Wo JM. Diagnosis and management of adult patients with chronic intestinal pseudoobstruction [J]. *Nutr Clin Pract*, 2006, 21(1): 16 - 22.

[7] Murr MM, Sarr MG, Camilleri M. The surgeon's role in the treatment of chronic intestinal pseudoobstruction [J]. *Am J Gastroenterol*, 1995, 90(12): 2147 - 2151.

[8] 方秀才,柯美云. 慢性假性肠梗阻的临床特征和诊断 [J]. *中华内科杂志*, 2001, 40(10): 666 - 669.

[9] 秦新裕,雷勇. 假性肠梗阻和麻痹性肠梗阻 [J]. *中国实用外科杂志*, 2000, 20(8): 454 - 456.

[10] 王全晖,高春芳,魏东,等. 外科治疗顽固性慢传输性便秘的疗效评价 [J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(3): 203 - 205.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊决定采用汉语拼音姓名的新写法

编辑学报 2007 年第 5 期刊登了我国台湾省留美学者许仲平教授提出的中国人汉语拼音姓名写法的建议:姓在前,名在后,姓的字母全大写,名只首字母大写,双名间不加连接号,名字不缩写。

例如:“杨为民”写作“YANG Weimin”,不写作“Yang Weimin”或“YANG Wei-min”或“YANG W M”或“YANG W”。这是一个有助于解决西方人对中国人姓名误解的好建议。

这一建议符合中国人的姓名习惯,与现行有效的国家标准的规范也基本一致,差别只在于建议的姓字母全大写,而国家标准仅规定姓的首字母大写,而这样做确实便于西方人清楚区别中国人的姓和名。目前本刊实行的是姓字母全大写,双名间加连接号。经慎重研究,决定从 2008 年起采用姓的字母全大写、双名间不加连接号的建议。

中国普通外科杂志编辑部