

文章编号:1005-6947(2007)09-0931-02

· 临床报道 ·

# 改良肠外排列治疗复发性小肠梗阻 52 例分析

蔡晓棠, 楼朝阳, 张少炎, 陈金水, 陈卫东, 张罕松, 湛继久, 李燕

(解放军第四七七医院 一外科, 湖北 襄樊 441003)

**摘要:** 回顾性分析 11 年间对 52 例复发性粘连性小肠梗阻患者采用医用输液管行改良外排列治疗的临床资料。结果显示, 住院时间 25 ~ 65d; 无死亡, 5 例合并肠痿, 经综合治疗后痊愈。随访时间 3 个月至 5 年, 无 1 例复发。提示改良肠外排列是预防粘连性肠梗阻复发的有效手段。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(9): 931-932]

**关键词:** 肠粘连/外科学; 肠梗阻/治疗; 改良肠外排列

**中图分类号:** R 656.7

**文献标识码:** B

复发性粘连性小肠梗阻的处理较棘手, 单纯手术只能松解粘连。目前采用各种肠排列的术式较多, 但各有其优缺点<sup>[1-3]</sup>。笔者于 1995 年 1 月—2005 年 12 月采用医用输液管行复发性小肠梗阻外排列 52 例, 效果良好, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 37 例, 女 15 例; 年龄 11 ~ 78 (平均 43.6) 岁。患者均有 2 次以上手术治疗肠梗阻的病史; 首次手术为阑尾切除术者 20 例, 外伤性肠破裂修补术者 18 例, 肠结核穿孔修补术者 6 例, 结肠癌穿孔者 4 例, 肝、脾破裂手术者 4 例。肠梗阻的发生距首次手术的时间为 1 个月至 35 年。52 例入院时均有腹痛、呕吐, 不排气排便、腹胀及肠鸣音亢进等典型肠梗阻症状。10 例腹部可扪及肿块, 腹部 X 线立位平片可见阶梯状气液平面。白细胞均增高 ( $9.0 \sim 25.0$ )  $\times 10^9/L$ , 均有不同程度的电解质紊乱; 血清无机磷、肌酸激酶及同功酶测定均升高。入院时平均血红蛋白浓度 ( $79.2 \pm 14.7$ )  $g/L$ , 平均清蛋白水平 ( $32.5 \pm 11.2$ )  $g/L$ , 平均钾离子水平 ( $2.76 \pm 0.45$ )  $mmol/L$ 。

### 1.2 手术方法

根据原手术类型及可能的梗阻部位选择手术切口。进腹后松解粘连的肠管。伴肠道缺血者先用温盐水湿敷, 有小肠破损者行肠修补或切除, 有肠间积脓者彻底清除脓液及周围脓苔, 反复用碘伏液、生理盐水及甲硝唑溶液冲洗腹腔。用无菌输液管行小肠横形排列。根据患者体型决定小肠排列的长度。自 Treitz 韧带开始从左上腹横形折叠小肠, 小肠排列的每列长度短于腹腔横径约 10cm。然后经左侧折叠小肠的系膜穿过输液管, 再以间隔约 6cm 的距离从折叠小肠的系膜下方回穿输液管; 一般需反复 6 ~ 8 次, 如此重复直至回盲部。然后从近端空肠开始按顺序将小肠还入

腹腔, 使小肠按顺序平行排列, 输液管分别从两侧腋前线肋缘下和髂前上棘上缘腹壁引出; 收紧输液管, 使按顺序排列折叠的小肠不移位。将两侧输液管分别打结, 松紧适度。对有 3 处以上的破损小肠或既往有 2 处以上小肠切除者, 以及小肠炎性水肿明显者, 分别于小肠破损及吻合口上的空肠造痿; 部分有严重腹膜炎者于末端回肠放置襻式引流管; 腹膜炎较重及有肠间脓肿合并小肠痿者于吻合口及修补处放置多根引流管。所有患者均行全小肠外排列; 其中 29 例行坏死或损毁肠段切除、肠端端或端侧吻合; 31 例行空肠造痿。

## 2 结果

本组无死亡病例。排气时间为 3 ~ 9d, 平均 ( $5.8 \pm 2.9$ ) d, 5 例合并肠痿, 经综合治疗后痊愈。大多数患者于 12 ~ 14d 撤除输液管。住院时间 25 ~ 65d。随访时间 3 个月至 5 年, 无 1 例复发。

## 3 讨论

剖腹手术, 特别是合并腹膜炎者, 手术后约有 4% ~ 5% 的患者发生程度不同的粘连性肠梗阻, 其中 10% 左右会发展为绞窄性肠梗阻。即使是有经验的外科医生, 术前诊断为单纯性机械性肠梗阻的患者中仍有 31% 术中证实有肠绞窄发生<sup>[4-5]</sup>。笔者认为对反复出现粘连性肠梗阻的患者应以手术为主。再手术时, 应尽量将粘连的小肠松解, 保证从空肠到回盲部完全畅通, 在此基础上, 再行肠排列。

长期的胃肠道梗阻可导致严重的营养不良、肠道免疫功能损害和内毒素血症。如果再次手术, 发生多器官功能衰竭的几率很高<sup>[6]</sup>。因此手术时机的选择至关重要。手术时机的判断应遵循个体化原则, 一般考虑以下几点: 一是梗阻持续的时间, 从中判断水、电解质及酸碱失衡的严重度; 二是避免发生绞窄性肠梗阻的危险。尤其对于伴有发热、心动过速、局限性压痛和血白细胞明显增高或降低的患者必须尽早手术治疗。

复发性粘连性肠梗阻的患者往往有多次手术史, 腹腔内情况复杂。术中根据腹部情况决定是否进行肠排列。笔

收稿日期: 2007-01-22; 修订日期: 2007-05-30。

作者简介: 蔡晓棠, 男, 湖北咸宁人, 解放军第四七七医院一外科主任医师, 主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者: 楼朝阳 E-mail: loutingyu1999@163.com

文章编号:1005-6947(2007)09-0932-02

· 临床报道 ·

# 多普勒引导下结扎痔动脉治疗内痔疮 31 例

秦澎湃, 李英茹, 卢卫星

(北京市肛肠医院 肛肠外科, 北京 100032)

**摘要:**为探讨准确阻断痔动脉治疗痔疮的方法及效果,笔者采用多普勒仪引导下在齿线上方准确缝扎阻断痔动脉血流,同时固定痔上直肠黏膜的方法治疗内痔患者 31 例。随访 3 个月,27 例症状消失,3 例好转,1 例无效,无需要外科处理的并发症。提示该方法属微创手术,疼痛轻,恢复快,但适应证的选择、操作技巧需进一步探讨,远期效果需进一步观察。

[中国普通外科杂志,2007,16(9):932-933]

**关键词:**痔/外科学;痔动脉结扎;多普勒

**中图分类号:**R 657.18

**文献标识码:**B

1995 年 Morinaga 等<sup>[1]</sup>报道一种治疗痔疮的方法:利用多普勒引导定位,然后缝扎痔动脉治疗痔疮,不切除痔核,可减少痛苦及相应的并发症,在欧洲正逐渐受欢迎。我院 2005 年 4 月—2006 年 2 月使用痔动脉结扎超声多普勒

诊断仪,在直肠内寻找并结扎痔动脉治疗痔疮患者 31 例。创伤小,恢复快,并发症少,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为内痔患者,男 19 例,女 12 例;年龄 21~72 岁,病程 1~20 年,平均 4.9 年。其中 10 例住院,21 例门诊手术。初始因为经验少,均安排住院手术,后来则除高龄或体弱患者住院手术外,其余均为门诊手术。

**基金项目:**首都医学发展研究基金项目(2005-3133)。

**收稿日期:**2007-02-10; **修订日期:**2007-07-26。

**作者简介:**秦澎湃,男,江西铅山人,北京市肛肠医院(二龙路医院)副主任医师,主要从事肛肠疾患临床方面的研究。

**通讯作者:**秦澎湃 E-mail:qinpengpai@ellhospital.com

者体会行改良式肠外排列具有操作简单、易掌握及手术时间短的优点。肠排列的指征是:(1)小肠广泛性膜状粘连,或呈膜状粘连合并胼胝状粘连;(2)腹膜炎明显,腹腔内有脓性渗液,并有肠间脓肿。在进行肠排列过程中,要根据患者的体型决定小肠横向排列的长度。本组一般以腋中线为准,测腹腔的横径,排列的小肠横径应较其短 10cm,穿输液管时将相邻小肠提起,在小肠二级边缘血管分布的无血管区穿出,再穿下段;以此类推,一般从左侧开始,右侧结束。所有小肠穿毕,输液管从腋前线肋缘下和髂前上棘上缘穿出,以保证输液管在腹腔内呈弧线形;然后将小肠按顺序从上向下依次回纳腹腔排列整齐;再将二根输液管在体外打结,松紧度以小肠固定良好及无大的成角和张力为宜。

对近期反复多次手术,合并有肠间脓肿的病例,以及有多处肠切除或小肠修补的患者,为预防肠痿的发生及保证肠内营养,在破裂口的近端及远端分别造痿。近端可以减压,远端可以行肠内营养,因为肠痿患者应尽可能早期行完全肠内营养,有利于患者的营养支持及肠功能的恢复<sup>[7-8]</sup>。同时在吻合口附近放置多根引流管。发生肠痿者在其肠痿引流明显减少、腹膜炎症状消失,排除了引流不畅的可能之后即可进行肠内营养治疗,以促进肠道功能恢复及小肠黏膜上皮细胞修复。本组 5 例患者术后肠痿经 22~48d 肠内营养及综合治疗均获痊愈。笔者曾收治 1 例腹部外伤伤员,在外院 1 个月内进行了肠修补、肠梗阻、肠痿手术,转入我院时该患者已发生小肠痿合并腹腔巨大脓肿,经术前精心准备,在第 35 天进行第 4 次手术。术中予

分离粘连,引流脓肿,肠外排列,空肠造痿,盲肠造痿,腹腔引流,早期行全肠外营养,后期行肠内营养。术后 60d 痊愈出院,随访 4 年,患者营养状况良好,恢复劳动能力。

笔者认为,改良肠外排列是操作简单、疗效可靠的方法;通过手术可以将粘连的无规律的杂乱变为有规律的排管状粘连,使肠内容物无障碍地顺利通过,避免肠梗阻的再发。本方法尤其适用于复发性肠梗阻患者,可以减轻其痛苦,减少再次手术的风险。

## 参考文献:

- [1] 周振理,殷铭,李伟,等. 小肠内置管排列术治疗肠梗阻 35 例分析[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(8): 490-491.
- [2] 熊国祥,蒋基令,文振友,等. Forleys 导尿管行肠系膜固定小肠排列术治疗粘连性肠梗阻[J]. 南华大学学报·医学版, 2001, 29(5): 487-498.
- [3] 孟征宇,关克勤. 结核性粘连性肠梗阻 116 例手术报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(10): 798-799.
- [4] 陈国卫,刘玉村. 肠梗阻的手术适应证和剖腹探查[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(7): 398-400.
- [5] 王元和,陆灿平. 肠梗阻手术时机的选择[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 8(8): 458-459.
- [6] 任建安,黎介寿. 肠衰竭的认识与进展[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(1): 37-38.
- [7] 胡俊波,杨传永,严群,等. 小肠内固定空肠造口术治疗和预防粘连性肠梗阻[J]. 世界华人消化杂志, 2005, 13(3): 426-427.
- [8] 任建安,黎介寿. 肠痿治疗的现状及发展趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(1): 32-33.