

文章编号:1005-6947(2008)04-0375-06

· 临床研究 ·

# 粘连性肠梗阻的多层螺旋 CT 诊断及其临床应用价值

龙学颖<sup>1</sup>, 李宜雄<sup>2</sup>, 曹觉<sup>1</sup>, 彭光春<sup>1</sup>, 陈志康<sup>2</sup>, 陈伟<sup>1</sup>, 朱智明<sup>1</sup>

(中南大学湘雅医院 1. 放射科 2. 普通外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:**目的 探讨多层螺旋 CT 对粘连性肠梗阻的诊断作用。方法 对 35 例手术证实为粘连性肠梗阻患者的术前全腹多层螺旋 CT 征象进行回顾性分析, 并以手术、病理结果为标准, 评价 CT 诊断的准确性。结果 35 例患者 CT 均确定了梗阻的存在。31 例单发梗阻 CT 均准确确定了梗阻部位, 4 例多发梗阻者 CT 确定了 11 处梗阻中的 9 处。26 例非癌性粘连中 23 例在 CT 上均有相应的 CT 征象支持粘连性肠梗阻的诊断; 9 例癌性粘连中 5 例 CT 发现癌性粘连的直接征象, 2 例提示癌灶复发或淋巴结转移。根据 CT 征象判断绞窄性肠梗阻的敏感性 93.3%, 特异性 87.5%, 准确性为 91.4%。结论 多层螺旋 CT 可较为全面地评价粘连性肠梗阻, 对于指导临床诊疗有较大帮助。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(4): 375-380]

**关键词:** 肠梗阻, 粘连性/诊断; 肠梗阻, 粘连性/放射摄影术; 体层摄影术, X 线计算机

中图分类号: R 656.7-9

文献标识码: A

## Clinical application value of multislice spiral CT in diagnosing adhesive intestinal obstruction

LONG Xueying<sup>1</sup>, LI Yixiong<sup>2</sup>, CAO Jue<sup>1</sup>, PENG Guangchun<sup>1</sup>, CHEN Zhikang<sup>2</sup>,  
CHEN Wei<sup>1</sup>, ZHU Zhiming<sup>1</sup>

(1. Department of Radiology 2. Department of General Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

**Abstract: Objective** To investigate the role of multislice spiral CT in diagnosing adhesive intestinal obstruction. **Methods** Whole abdominal multislice spiral CT scanning was performed in 35 cases of adhesive intestinal obstruction that were confirmed by operation. The CT signs were retrospectively analyzed and were evaluated in accordance with operative and pathologic results. **Results** All patients were identified to have intestinal obstruction on CT. For 31 patients with single site of obstruction, the site of obstruction was accurately identified on CT in all the patients; for 4 patients with multiple site of obstruction, 9 of 11 obstruction sites were accurately identified on CT. Among 26 cases of non-carcinoma adhesive intestinal obstruction, 23 cases had corresponding CT signs to support the diagnosis; among 9 cases of carcinoma adhesive intestinal obstruction, 5 had direct signs of carcinoma adhesions on CT, and 2 had signs indicating the recurrence of carcinoma. The CT signs indicating intestinal strangulation were as follows: "beak sign", "target sign", poor or no contrast enhancement of the bowel wall, "whirl sign", mesenteric vascular engorgement, mesenteric haziness, ascites, and "C" or "U" shaped loops. When the presentation of 2 or more signs listed above was used as the standard to diagnose the strangulated intestinal obstruction, it had a sensitivity of 93.3%, specificity of 87.5% and accuracy of 91.4%. **Conclusions** Multislice spiral CT is very useful in the diagnosis of adhesive intestinal obstruction, and is a helpful guide for the clinical

收稿日期: 2008-01-28; 修订日期: 2008-03-20。

作者简介: 龙学颖, 男, 中南大学湘雅医院主治医师, 主要从事腹部影像学诊断方面的研究。

通讯作者: 李宜雄 E-mail: liyixiong6@hotmail.com

management of adhesive intestinal obstruction.

[ Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17 (4) : 375 - 380 ]

**Key words:** Intestinal Obstruction, Adhesive/diag; Intestinal Obstruction /radiol; Tomography, Spiral Computed

**CLC number:** R 656.7 - 9

**Document code:** A

近年来,多层螺旋CT(multislice spiral CT, MSCT)在确定有无肠梗阻,以及了解梗的部位、程度、性质及梗阻原因上发挥了重要的作用,并已逐渐在临床上推广应用<sup>[1]</sup>。粘连性肠梗阻是临床常见的肠梗阻,其诊断和治疗仍是外科医生面临的难题。笔者对一组粘连性肠梗阻患者术前行MSCT扫描,结合手术及病理结果进行分析,探讨其在临床诊断上的价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择2004年11月—2007年12月经手术探查且术前行MSCT扫描的患者进行研究。临床症状主要为不同程度的腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便等,均经手术证实为粘连性肠梗阻。所有病例本次CT检查距本次急性发作的时间为0.5~24 d,平均4.6 d。

本组35例,男16例,女19例;年龄21~79(平均46.7)岁。其中28例曾有腹部手术史,6例有闭合性腹部外伤或腹膜炎行非手术治疗史,1例无腹部手术或炎症及外伤病史。28例有腹部手术史者中包括结直肠癌根治术后8例,阑尾炎术后5例,胃癌根治术6例,胃大部切除术后1例,妇科肿瘤切除术后3例,胆道术后2例,宫外孕术后1例,剖宫产后1例,脐尿管未闭术后1例;术后至初次发病病程25 d至25年,平均1.7年;此次住院手术前均有不同程度的症状反复发作史,其中7例曾有肠梗阻手术史。

此次发作并经非手术治疗的时间为1~25 d,平均为6.2 d,非手术治疗后9例症状有反复,23例症状加重,3例症状好转。手术方式:28例开腹手术(其中3例为腹腔镜探查中转开腹手术),术式包括肠粘连松解术8例,肠粘连松解+肠排列2例,肠粘连松解+肠切除吻合术9例,肠减压+肠切除吻合术8例,1例因癌灶广泛转移且粘连严重而仅行开腹探查+活检术;7例腹腔镜下肠粘连松解术。

### 1.2 MSCT检查前准备及扫描技术

病例均在术前行MSCT扫描,采用Phillips Brilliance 16层螺旋CT机。22例扫描前4h分次(1次/h)口服或经胃肠引流管注入5%~10%泛

影葡胺200~600 mL(用量依患者耐受能力而定),其中4例为显示结肠除口服碘水外,还在扫描前30 min内行碘水灌肠,另13例症状明显者在扫描前未用肠腔阳性对比剂。9例仅行平扫,26例在平扫后行动脉期(延迟时间为28 s)、门脉期(延迟时间为65 s)的双期增强扫描,增强扫描采用非离子型对比剂碘海醇100 mL,注射流率3 mL/s。MSCT平扫及增强扫描范围均行从膈面至耻骨下支水平的全腹扫描,平扫及增强扫描均采用层厚16×1.5 mm,螺距0.9,重建层厚2.0 mm,重建层距1.0 mm。

### 1.3 MSCT图像后处理及图像分析

将原始图像传送到后处理工作站,常规对原始图像行冠状位的多平面重组(multiplanar reformation, MPR),并仔细逐层观察原始横轴位图像及冠状位MPR图像,寻找可能的梗阻点(即扩张肠管与下方瘪陷或正常的肠管之间的移行区),并重点对该区域行任意斜位的MPR及层块模式的最大密度法重建与容积重建,结合原始图像及各种后处理重建图像进行分析、判断。主要进行以下分析:(1)肠梗阻的有无及梗阻部位;(2)粘连表现及粘连性质(癌性粘连、非癌性粘连)的CT征象;(3)绞窄性肠梗阻的CT征象。由2位腹部影像学的主治医师以上职称的医师在提供有简短病史、体征的情况下共同阅片、讨论后得出结论并记录,最后以手术探查及病理结果为标准评价术前CT判断的准确性。

## 2 结果

### 2.1 MSCT确定是否存在梗阻

全组(35/35)均做出了机械性肠梗阻的正确判断,判断依据主要为梗阻上方肠管扩张(横径 $\geq 3$  cm)伴气液平面。

### 2.2 MSCT确定梗阻部位

主要依据扩张肠管与下方瘪陷或正常肠管之间移行区的位置来确定梗阻部位。35例中有31例手术中确定为单发梗阻,4例为多发梗阻(2例有2处梗阻,1例有3处梗阻,1例4处),CT对全部单发梗阻均准确确定了梗阻部位,多发梗阻者4例共11处梗阻中CT确定了其中9处梗阻部位,另2处因位于肠管转角处CT未能明确。

### 2.3 MSCT对粘连状况及性质的判断

2.3.1 非癌性粘连 本组26例手术证实为非癌性粘连所致梗阻。MSCT表现主要有以下几种:(1)腹腔内粘连带的直接征象:共有12例CT发现一处或多处系膜与系膜间、系膜与腹壁间、肠壁与腹壁间、肠壁与肠壁间条索状、粗短条状、小片状、三角形等不同形态的高密度影,术中证实均为瘢痕或粘连带(图1-2);(2)粘连对肠管造成的卡压、牵拉或扭转征象:26例中有23例CT发现一处或多处肠管的局限性牵拉变尖、肠管成角,肠管皱缩,扩张肠管骤然变细呈钩状或鸟嘴状改变,小肠或结肠移位表现(图3-4);(3)肠管纠缠盘曲的表现。本组有7例在CT上发现部分小肠于腹部某一区域粘连成团,伴或不伴肠管纤维条索包裹;(4)其它征象。本组中1例手术证实有腹腔内局限性脓肿形成且周围肠管粘连并导致梗阻,CT上表现为腹腔内局限性含液腔,增强有环形强化;1例空肠重复畸形合并感染并周围肠管粘连者CT显示了管状的囊性重复畸形肠管本身及周围粘连瘪陷的肠管;(5)排除性诊断。3例在CT上判断为肠梗阻,因移行区光滑、肠壁厚度较均匀且不伴周围肠管明显异常而排除肿瘤、肠套叠、肠阻塞等其它梗阻原因后作出粘连性肠梗阻的诊断。

2.3.2 癌性粘连 17例有腹部恶性肿瘤切除史者中9例手术证实为癌性粘连所致梗阻(另8例证实为非癌性粘连)。9例中3例CT发现梗阻处或周围腹膜或系膜有单发或多发大小不一结节状灶(图5),增强扫描均有不同程度地强化;2例腹膜、网膜饼样增厚与邻近肠管粘连而考虑癌性粘连所致小肠梗阻,均经手术病理证实为癌灶所致;2例虽未能直接显示梗阻处有恶性征象,但发现有肠系膜或腹膜后淋巴结肿大(直径 $\geq 1$ cm)或原肠管残端或造瘘口有结节灶而提示肿瘤有复发转移,并经病理证实为淋巴结转移或癌灶复发;2例CT仅显示程度不一的腹水或系膜广泛淡薄絮片状改变,未能明确提示为肿瘤复发所致,而术中发现肠管表面或系膜、腹膜有弥漫性粟粒状小结节灶并导致肠管粘连梗阻。

### 2.4 绞窄性肠梗阻的MSCT表现

本组15例手术证实为绞窄性肠梗阻,20例为单纯性肠梗阻。对提示绞窄性肠梗阻的CT征象<sup>[2-6]</sup>进行分析(图6-9)。本组各征象出现情况及对诊断绞窄性肠梗阻的敏感性、特异性见表1。以出现2个或2个以上CT征象为标准,本组判断绞窄性肠梗阻的敏感性为93.3%,特异性为87.5%,准确性为91.4%。

表1 绞窄性肠梗阻的各种CT征象及其诊断意义

CT征象	出现该征象的病例数		对绞窄性肠梗阻诊断意义	
	绞窄性	单纯性	敏感性(%)	特异性(%)
“鸟嘴征”	9	3	60.0	75.0
“靶征”或肠壁增厚、密度增高	6	0	40.0	100.0
肠壁增强减弱或无强化	5	0	33.3	100.0
“漩涡征”	8	1	55.3	88.9
局部肠系膜血管增粗	8	4	53.3	66.7
局部系膜云雾状密度增高	10	5	66.7	66.7
腹水	13	8	86.7	61.9
“C”形或“U”形肠袢	7	1	46.7	87.5



图1 箭示原腹壁疤痕下粘连带呈斑块状,邻近肠管皱缩

图2 箭示系膜内粘连带呈条索状

图3 箭示粘连导致局部肠管牵拉变尖



图4 容积重建(后面观)直观显示盲肠内下移至盆腔、升结肠移位至中线左侧,空肠聚集于右上腹,空回肠见多处狭窄、僵直

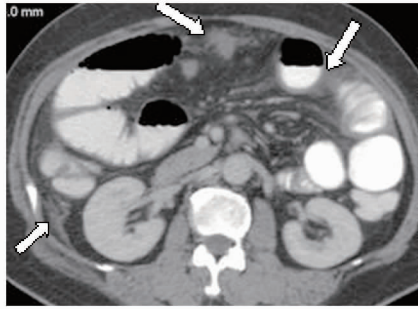


图5 胃癌术后腹膜转移,箭示腹膜多发结节状、小片状转移灶

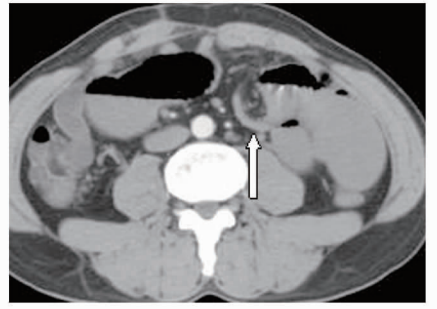


图6 箭示肠扭转导致梗阻处呈锯齿鸟嘴状狭窄

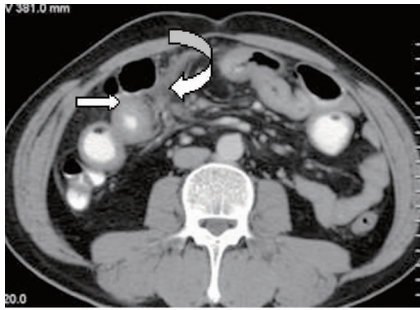


图7 箭示绞窄肠管明显水肿增厚,弯箭示系膜内见小片状密度增高影

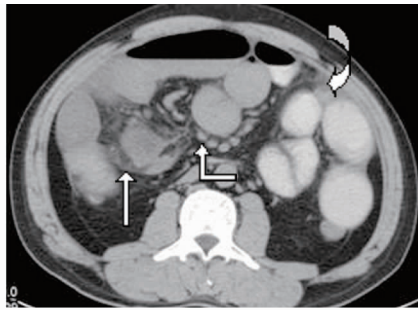


图8 绞窄性肠梗阻,直箭示局部系膜云雾状密度增高,弯箭示少量腹水,直角箭示静脉增粗

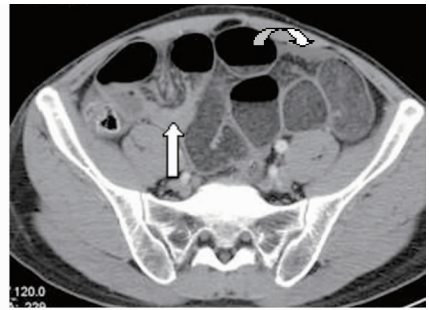


图9 绞窄性肠梗阻,直箭示肠管以一处粘连带扭转,肠袢呈“U”形改变,局部肠管水肿增厚,弯箭示少量腹水

### 3 讨论

虽然多数粘连性肠梗阻患者可通过保守治疗暂时解除梗阻,但因粘连的存在,肠梗阻仍可反复发作,开腹手术治疗必然又会形成新的粘连,另有部分患者因发生肠绞窄而需及时手术治疗<sup>[7]</sup>。近年来采用腹腔镜下粘连松解可最大限度地减少粘连形成,但当腹内粘连严重或为癌性粘连或需做较复杂的操作时,则不适合腹腔镜治疗或需中转开腹手术<sup>[8]</sup>。因此,详细了解腹内粘连状况,准确判断梗阻部位及早期发现肠绞窄对临床治疗有重要指导意义。

目前腹部平片仍然是肠梗阻的首选影像学检查,消化道碘水造影因兼具诊断和治疗意义,在临床上亦广泛应用<sup>[9]</sup>,但腹部平片和碘水造影均不能直接显示肠壁与肠管外情况,在精确确定

梗阻部位、了解梗阻原因及判断有无肠绞窄上的作用有限。而CT可同时显示肠腔、肠壁、肠外结构,对于评价肠梗阻有很大优势<sup>[10]</sup>,尤其近年来采用的MSCT扫描速度更快,可有效避免呼吸及胃肠蠕动产生的伪影,加上超薄层扫描提高了图像空间分辨力,丰富的图像后处理使图像更直观更形象,从而使MSCT在肠梗阻诊断上发挥了更重要作用<sup>[11-12]</sup>。粘连是粘连性肠梗阻产生的基础,了解腹内粘连状况及性质对制订治疗方案有重要作用。粘连性肠梗阻的发生常和以下因素有关<sup>[13]</sup>:(1)肠管间紧密粘连成团,使肠管扭曲、变窄;(2)壁腹膜与肠管点状或片状粘连,使肠袢折叠或牵拉成锐角,肠管、肠系膜、网膜、腹壁间粘连形成束带,直接压迫某段肠管;(3)肠管与某一点固定导致肠袢扭转、卷曲或腹腔间粘连呈环状,肠袢进入环孔形成内疝,而此情况下肠

绞窄较易发生。

CT判断粘连性肠梗阻的标准及梗阻部位与判断其它类型机械性肠梗阻相同,即近端小肠扩张伴气液平面,扩张肠管与下方瘪陷肠管间的移行区则是梗阻所在部位。文献报告<sup>[1]</sup>CT判断有无肠梗阻的敏感性、准确性分别为94%~100%与90%~95%,较腹部平片均有明显提高,本组判断有无梗阻的准确性为100%,在判断梗阻部位上也有较高的准确性。需注意的是,有时梗阻可为多处,因此应仔细寻找有无多发梗阻可能,本组中4例为多发梗阻(共11处梗阻),术前CT确定了其中9处梗阻部位,事实上另2处轻度梗阻在回顾性阅片中也能见到,但需和肠管转角处的正常改变相区分,行冠状位重建有助于鉴别。

MSCT还可对粘连性质做出判断。非癌性粘连的粘连带多为纤维组织,其密度稍高于水,当粘连带较粗大时或周围有脂肪组织的衬托对比时,CT常可清晰显示<sup>[14]</sup>,其形态可多种多样,但以索条状为多,当粘连带走行与原始图像呈垂直或斜向关系时,行多方位的多平面重组有助于其显示。由于原腹壁手术疤痕旁粘连的出现率较高,且很多情况下也是引起梗阻的原因,因此,阅片时应首先确定腹壁疤痕处(一般能在CT上显示),再仔细观察局部有无条片影或其它提示粘连的征象。当粘连带较薄、走行不规律、周围缺乏脂肪组织的衬托或邻近系膜有炎症或渗出时,粘连带难于直接在CT上显示或无法与腹内炎性反应区分,此时应重点观察粘连引起的一系列间接征象<sup>[15]</sup>,如粘连对肠管造成的卡压变形、牵拉移位、扭曲变尖、肠管成角等改变。有时肠管间广泛粘连可出现纠缠盘曲,甚至出现类似腹茧症的改变,而在这种情况下,腹腔镜治疗常难于成功,因此提高该征象的认识对于提高腹腔镜治疗的成功率有重要意义。一般而言,腹内粘连将引起邻近肠管走行和形态上的异常,因此这些间接征象更易于在CT上显示,其出现率常远高于粘连带本身征象,熟悉该类征象并正确认识有助于粘连性肠梗阻诊断的确定。多数情况下这些征象在冠状位上的显示优于横轴位,而且冠状位图像和临床上开腹或腹腔镜下探查所见更类似,因此笔者认为冠状位图像重组应作为常规。

对于继发于腹部恶性肿瘤术后的肠梗阻,临床上常难于判断梗阻是否为肿瘤复发或腹腔内的播散转移还是术后粘连所致,CT扫描则有望提供有关信息。对于腹膜转移所致恶性粘连,

在CT多呈结节状或腹膜聚拢增厚,且增强扫描时病灶有强化而可与非癌性粘连区分。此外,CT还可发现伴发的腹内其它病变的征象,可能对于诊断有价值,如本组中2例因发现腹腔内局限性脓肿形成、1例空肠重复畸形合并感染者,行CT扫描明确诊断后果断地采取了手术治疗。

粘连性肠梗阻治疗中临床需了解另一重要信息是有无肠绞窄发生。临床上判断肠绞窄主要依据持续性腹痛、发热、脉搏加快、腹膜炎体征、血常规白细胞增高等指标,但单凭这些指标仍不能可靠地诊断或排除绞窄性肠梗阻<sup>[16]</sup>。近年来越来越多的文献报告认为CT在判断绞窄性肠梗阻方面发挥了重要作用<sup>[1-6]</sup>。绞窄性肠梗阻的CT征象较多,其中肠壁无强化或强化减弱直接提示受累肠管血供阻碍,是绞窄性肠梗阻的可靠征象<sup>[2-3]</sup>,因此,如怀疑肠绞窄需行增强扫描。“靶征”代表受累肠壁增厚伴粘膜下水肿出现肠壁密度分层改变,通常也是绞窄性肠梗阻的可靠征象<sup>[4]</sup>。该2个征象常需在肠缺血达到一定程度时才出现,其敏感性稍差。粘连性肠梗阻肠绞窄常由肠扭转或闭袢形成,因此CT上发现扭转或闭袢征象更有助于早期发现绞窄性肠梗阻<sup>[5]</sup>。扭转或闭袢在CT横轴位图像上的表现和肠袢的走行有关,若肠袢以某一点固定并发生扭转可出现“C”形或“U”形改变,梗阻处也常出现鸟嘴状狭窄,而扭转时所属系膜血管随扭转发生一定程度的扭曲,可出现“漩涡征”,静脉回流受阻而出现淤血扩张<sup>[6]</sup>。该类征象在横轴位图像上观察有时并不满意,行多平面重组多方位观察有助于提高检出率,而最大密度法重建有助于准确判断有无血管形态或走行上的异常。此外当血管受累时常可继发所属系膜或肠壁水肿、液体渗出而出现局部系膜云雾状密度增高或肠间积液、腹水等<sup>[6]</sup>,但需注意的是其它原因也可能出现该征象。尽管上述任何征象均不兼具极高的敏感性和极高的特异性,但大多数绞窄性肠梗阻同时具备有以上征象中的2个或2个以上,与之相反,单纯性肠梗阻则很少同时出现2个以上的征象,因此若以出现 $\geq 2$ 个征象为标准判断为绞窄性肠梗阻,将提高判断的准确性,本组判断绞窄性肠梗阻的敏感性为93.3%,特异性为87.5%,准确性为91.4%。

综上所述,MSCT可在术前较为全面和准确地评价粘连性肠梗阻,获得多种有用的信息并对指导临床诊疗有较大的帮助。

## 参考文献:

- [1] Boudiaf M, Soyer P, Terem C, *et al.* MDCT evaluation of small bowel obstruction [J]. *Radiographics*, 2001, 21(3):613-624.
- [2] Sheedy SP, Earnest F, Fletcher JG, *et al.* CT of small-bowel ischemia associated with obstruction in emergency department patients: diagnostic performance evaluation [J]. *Radiology*, 2006, 241(3):729-736.
- [3] Kim JH, Ha HK, Kim JK, *et al.* Usefulness of known computed tomography and clinical criteria for diagnosing strangulation in small-bowel obstruction: analysis of true and false interpretation groups in computed tomography [J]. *World J Surg*, 2004, 28(1):63-68.
- [4] Mallo RD, Salem L, Lalani T, *et al.* Computed tomography diagnosis of ischemia and complete obstruction in small bowel obstruction: a systematic review [J]. *J Gastrointest Surg*, 2005, 9(5):690-694.
- [5] Elsayes KM, Menias CO, Smullen TL, *et al.* Closed-loop small-bowel obstruction: diagnostic patterns by multidetector computed tomography [J]. *J Comput Assist Tomogr*. 2007, 31(5):697-701.
- [6] 李文华, 曹庆选, 杨世铎, 等. 绞窄性肠梗阻系膜及其血管改变的 CT 研究 [J]. *中华放射学杂志*, 2006, 40(1):81-85.
- [7] 陈子华, 陈志康. 肠梗阻 [A]. 见吕新生. 实用临床普通外科学 (下册) [M]. 长沙: 中南大学出版社, 2006. 1024-1043.
- [8] 陈士平, 晁威, 董刚. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻 12 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(6): 612-613.
- [9] Abbas SM, Bissett IP, Parry BR. Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction [J]. *Br J Surg*, 2007, 94(4):404-411.
- [10] Donckier V, Closset J, Gansbeke DV, *et al.* Contribution of computed tomography to decision making in the management of adhesive small bowel obstruction [J]. *Br J Surg*, 1998, 85(8):1071-1074.
- [11] Aufort S, Charra L, Lesnik A, *et al.* Multidetector CT of bowel obstruction: value of post-processing [J]. *Eur Radiol*, 2005, 15(11):2323-2329.
- [12] Filippone A, Cianci R, Storto ML. Bowel obstruction: comparison between multidetector-row CT axial and coronal planes [J]. *Abdom Imaging*, 2007, 32(3):310-316.
- [13] Maetani S, Tobe T, Kashiwara S. Neglected role of torsion and constriction in pathogenesis of simple adhesive bowel obstruction [J]. *Br J Surg*, 1984, 71(2):127-130.
- [14] 纪建松, 章士正. 螺旋 CT 对粘连性肠梗阻的诊断价值 [J]. *中国医学科学院学报*, 2006, 28(1): 84-87.
- [15] Petrovic B, Nikolaidis P, Hammond NA, *et al.* Identification of adhesions on CT in small-bowel obstruction [J]. *Emerg Radiol*, 2006, 12(3): 88-93.
- [16] Bas KN, Jones B, Bulkley GB. Current management of small-bowel obstruction [J]. *Adv Surg*, 1998, 31(1):1-34.

## 本刊为新闻出版总署首批出版规范检查 A 类期刊

国家新闻出版总署 2007 年对全国期刊进行了一次全面的出版规范检查, 这项工作是从 2007 年 7 月 1 日启动的, 检查组将 7300 多种期刊全部初检、复检, 并经各省新闻出版局报刊处认真核实, 首批合格期刊名单已在媒体和中国记者网上公布。《中国普通外科杂志》顺利通过这次检查, 成为新闻出版总署首批出版规范检查合格 (A 类) 期刊。同时国家新闻出版总署对多年来严格遵守出版法规的期刊进行了表扬, 认为这些期刊是全国期刊树立学习的榜样。

多年来, 中国普通外科杂志在期刊主管主办单位和新闻出版管理部门的正确指导和管理下, 坚持科学发展观, 严格遵守新闻出版规范、法规和相关规定, 保证了刊物按既定的办刊宗旨出版。今后本刊将进一步做好期刊的编辑出版工作, 使《中国普通外科杂志》更上一个新的台阶, 在读者心中树立更好的形象, 为中国期刊增光添彩。