

• 经验交流 •

小儿术后早期炎症性肠梗阻 16 例诊治体会

黄圣余 曾玉英 张清姬 林福贞 刘莹莲

【关键词】 肠梗阻/诊断;肠梗阻/治疗;儿童

术后早期炎症性肠梗阻 (EPISBO) 在腹部手术并发症中并非少见,其发病机制、临床表现及处理均有其特殊性,若处理不当易造成误伤、肠瘘等并发症。福建省三明市第二医院小儿外科自 2005 年 6 月至 2011 年 1 月共收治 16 例,均采用完全胃肠外营养 (TPN) 为主的非手术治疗方法治疗,疗效满意。

临床资料

一、一般资料

本组 16 例,男 10 例,女 6 例,年龄 3 个月至 14 岁,平均 5 岁。发病前手术类型:急性化脓性阑尾炎穿孔行阑尾切除术 7 例,美克尔憩室伴穿孔行部分回肠切除肠吻合术 2 例,急性肠套叠伴部分回、结肠坏死穿孔行一期坏死肠管切除肠吻合术 3 例,外伤性脾破裂行脾切除术 1 例,胎粪性腹膜炎手术 1 例,先天性肠旋转不良行 Ladd 手术 1 例,腹股沟斜疝嵌顿伴部分回肠坏死穿孔行坏死回肠切除肠吻合术 1 例。症状发生于术后 4~9 d,平均 7 d,治愈平均时间为 14.5 d。临床症状与体征:腹胀 16 例;腹痛 16 例;腹部轻压痛 12 例,腹部压痛不明显 4 例;肠鸣音减弱 13 例,消失 3 例;发热 10 例,体温不超过 38.5℃;白细胞正常 9 例,稍增高 7 例;呕吐 9 例。

辅助检查:腹部立位 X 线平片可见多个短小气液平面,不呈阶梯状;11 例腹部 CT 检查提示肠管壁水肿、增厚、边界不清及肠腔积气积液,未见高度扩张肠管。均无典型机械性完全性肠梗阻 X 线表现。

二、治疗方法

均采取禁食禁水,持续胃肠减压,经胃管间断注入无菌液体石蜡油,维持水电解质及酸碱平衡,联合应用抗生素,短时间小剂量使用肾上腺糖皮质激素,常规应用生长抑素奥曲肽,应用改善肠系膜血管药多巴胺,胃肠外静脉营养等综合治疗。

三、结果

全部病例均经保守治疗获痊愈,肠梗阻症状于治疗后 4~6 d 开始缓解,治疗后 6~18 d 症状消退,平均 14.5 d 症状完全消退,无一例中转手术。

讨论

EPISBO 由黎介寿于 1997 年首次提出,多发生于术后 1~2 周内,多由于手术操作范围广,损伤了肠管浆膜面或腹腔内无菌性炎症等导致肠壁水肿、渗出,肠袢相互粘着成角,形成动力性与机械性并存的肠梗阻,但不会出现肠绞窄^[1]。发病率约 0.69%~14%^[2]。90% 的炎性肠梗阻发病时间多在术后 2 周内。急腹症、肠穿孔致粪性腹膜炎、小肠手术后发生率较高。本组 16 例均发生于急腹症手术后,其中 7 例发生于急性化脓性阑尾炎穿孔术后,说明急性化脓性阑尾炎穿孔是 EPISBO 的主要病因之一。

根据本组资料,结合文献复习,总结 EPISBO 的特点如下:①有腹腔手术史,尤其急腹症手术史;②术后早期胃肠功能曾一度恢复,但术后 4~9 d 再次出现肠梗阻症状;③腹胀明显,腹痛不剧烈,无肠型表现;④全腹软,无腹肌紧张、压痛与反跳痛等腹膜炎体征,无肠绞窄现象;⑤生命征一般平稳,无明显全身中毒症状;⑥腹部立位 X 线平片显示小肠轻度扩张和短小气液平面,无阶梯状;⑦腹部 CT 提示肠壁增厚,肠袢成团,无肠间隙、盆腔与膈下脓肿;⑧非手术治疗大多有效。临床主要应与继发性、弥漫性腹膜炎引起的麻痹性肠梗阻相鉴别,因为大肠、小肠切除吻合术及术后腹腔脓肿形成,引起弥漫性腹膜炎的时间也常为术后 1~2 周,这两种不同的肠梗阻在治疗上截然不同,继发性弥漫性腹膜炎引起的麻痹性肠梗阻常需手术探查、造瘘及置管引流术^[3];其腹痛剧烈呈持续性,恶心,常呕吐黄绿色胆汁或粪样肠内容物;出现感染中毒症状,甚至中毒性休克表现;腹部体查表现为腹部压痛、反跳痛与腹肌紧张,肠鸣音减弱或消失;腹部 X 线检查可见大、小

肠普遍胀气及多数小液平,甚至可见隔下游离气体;腹部 CT 提示肠间隙、盆腔与膈下积液或脓肿形成。

对术后早期炎症性肠梗阻的治疗,原则上行保守治疗。因为 EPISBO 的特点是肠壁水肿,炎症渗出,肠袢间相互粘着致肠蠕动障碍,肠腔有机械性梗阻。炎症、水肿消退后,肠管通畅得以恢复,这是进行非手术治疗的基础^[4]。否则盲目早期手术治疗,轻则术中肠管粘连无法分离再发生术后肠梗阻,重则损伤肠袢发生肠瘘甚至死亡。作者保守治疗的体会是:①持续胃肠减压,经胃管间断注入无菌液体石蜡油;②给予完全胃肠外营养和足量的胶体蛋白;③调整水电解质与酸碱平衡;④短期少量应用糖皮质激素;⑤应用生长抑素奥曲肽;⑥应用多巴胺改善胃肠道血供;⑦给予广谱抗生素与甲硝唑;

⑧保守治疗过程出现白细胞明显升高、腹痛腹胀加重、肠坏死及腹膜炎征象时,及时中转手术^[5]。

参考文献

- 1 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388.
- 2 孔白泉, 张勇, 王署明, 等. 小儿术后早期炎症性肠梗阻的诊断及治疗[J]. 临床小儿外科杂志, 2009, 8(2): 36.
- 3 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第 7 版, 北京: 人民卫生出版社, 2008, 414.
- 4 黎介寿. (认识术后早期炎症性肠梗阻的特性)一文发表十年感悟[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 2(4): 283.
- 5 陆宝海. 术后早期炎症性肠梗阻 58 例临床分析[J]. 锦州医学院学报, 2006, 27(5): 66.

·病例报告·

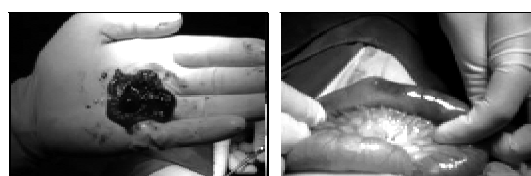
回肠异位胰腺致复发性肠套叠 1 例

魏山坡 胡志诚 王利民 陈海涛 杨斌 范林林 陶金 孟德光 刘凤昌

急性肠套叠是小儿常见的急腹症,临床上多有报道,关于异位胰腺致复发性肠套叠的报道较少,保定市儿童医院外科近期收治 1 例,现报告如下。

患儿,女性,3 岁,因阵发性腹痛伴呕吐 4 h 入院,患儿无明显诱因出现腹痛,阵发性,每次持续 1~2 min,安静时玩耍如常,伴呕吐 1 次,呕吐物为胃内容物,次量不等,非喷射性,伴血便 1 次,果酱样,量中等,无里急后重,无发热。体查:腹平坦,右中腹可触及一腊肠样包块,约 4 cm × 3 cm × 3 cm 大小,可活动,边界清楚,触痛明显,叩诊呈鼓音,肠鸣音存在,可闻及高调肠鸣音及气过水声。腹部彩超检查结果:右上腹探及一同心圆征象,约 3.8 cm × 3 cm 大小,肠管套入距离较长,诊断为急性肠套叠。患儿分别于 1 岁 6 个月、2 岁、2 岁 10 个月时先后出现 3 次类似发作,诊断为急性肠套叠,行空气灌肠复位成功。本次因空气灌肠失败而行急诊手术,术中于右中腹找到套叠肿块并提出切口外,予手法复位,证实为回回结型,未见肠管坏死,距回盲部约 25 cm 处回肠表面可见类圆形肿物,直径约 1 cm,颜色淡红,切除近、远端肠管共约 10 cm,予肠管端端吻合。术后病理检查结果为回肠肿物,镜下见小肠肌层散在黏膜上皮呈腺样排列,周边平滑肌组织增生,与肠腔隔离,考虑为异位胰腺。

讨论 存在于胰腺正常解剖位置以外的胰腺组织称为异位胰腺(pancreatic ectopia)。异位胰腺可发生于消化道任何部位,甚至可见于脾、肝、胆囊、胆总管、大网膜、肠系膜、美



术中剥离病变肠管肿物

术中见肠管病变

克尔憩室、卵黄管囊肿、胆总管囊肿等组织内^[1]。丁文海等综合国内文献报道 67 例异位胰腺的所在部位,其中胃 33 例,占 49.8%(包括胃窦部 28 例,占 84.8%;胃体部 5 例,占 15.2%);十二指肠 8 例,占 11.9%;空肠 15 例,占 22.4%;回肠 8 例,占 11.9%;另外,还有胆总管、升结肠、胰周脂肪组织各 1 例。异位胰腺大多不引起任何症状,也无特殊体征,X 线钡餐检查往往无阳性表现,仅在尸体解剖或手术时被发现,临床上如不出现并发症则不易被发现。本例患儿肠套叠经空气灌肠未复位,术中发现异位胰腺。作者认为:儿童期多次发作的肠套叠,应考虑继发性肠套叠的可能性,必要时应进一步作腹部超声、核素、X 线及内镜检查等,积极查找病因,术中肠套叠复位后应仔细检查肠管本身,尤其是回结型肠套叠,往往在距回盲部数厘米的回肠壁上,有被回盲瓣压迫所致的凹陷,局部组织水肿明显,应仔细检查。

参考文献

- 1 李正,王慧贞,吉士俊. 实用小儿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001,1103.