

## ·临床经验·

## 20例上腹部手术后并发急性肠坏死诊治经验

陈志良 任培土 鲁葆春 方剑锋

上腹部手术后发生肠坏死临幊上并不少见，特别是术后早期，由于其临床症状常表现为上腹部阵发性疼痛、腹胀、呕吐，与术后肠功能恢复期症状相似，常因只采取对症处理而延误正确的诊治，甚至导致不可挽回的严重后果。上腹部手术后发生肠梗阻致肠坏死的死亡率可达40%<sup>[1]</sup>。我院自1995年7月至2009年5月所有上腹部手术后患者中，并发肠坏死共20例，因此而死亡4例。现报告如下。

临床资料 20例患者中，男11例，女9例，年龄47~73岁。首次手术方式：因贲门癌行全胃切除术并作Roux-en-Y或Longmire-Lahey消化道重建6例；因远端胃癌行根治术或姑息切除或改道作结肠前胃肠吻合术5例；高位胆管癌根治行肝总管空肠Roux-en-Y术2例；食管胃底静脉曲张破裂出血行贲门周围血管离断术3例；肝内外胆管结石行左肝外叶切除、胆总管探查1例，外伤性脾破裂行脾切除术2例，横结肠扭转行复位术1例。术后异常临床表现见表1；所有患者B超检查均见肠壁增厚、腹腔积液；腹部CT、X线检查可见不同程度肠梗阻征象，其中2例患者CT检查肠系膜上静脉内血栓形成。腹腔诊断性穿刺阳性16例，穿刺抽出液从淡黄色到暗红色不等，4例穿刺阴性。实验室检查：肾功能异常2例，白细胞超过20.0×10<sup>9</sup>/L 12例。

表1 20例上腹部手术后并发肠坏死患者的症状和体征

症状	例数	体征	例数
呕吐	20	腹部不对称隆起	20
无排气排粪	17	腹膜刺激征	16
剧烈腹痛	13	肠鸣音减弱或消失	13
腹胀伴阵发性腹痛	5	移动性浊音	11
排暗红色糊状粪	3	肠鸣音亢进或气过水声	4

治疗及结果 本组患者有2例采取保守治疗，均出现多脏器功能不全死亡，1例尸体解剖证实全小肠坏死；其余18例患者均经早期保守治疗无效后行手术治疗，其中13例(72.2%)为小肠祥扭转坏死；2例为内疝致小肠祥坏死；2例肠系膜静脉血栓形成均引起全小肠坏死，并且均死亡；1例为横结肠祥扭转坏死。18例二次手术患者中，1例为肠系膜血管栓塞行全小肠切除，1例未作肠切除直接关腹，其他患

者均行坏死肠祥切除。术后并发腹膜腔感染3例，切口感染3例，肠瘘1例，术后死亡2例，其他16例均治愈出院。随访15例，8例健康状况良好，6例在6~18个月后表现有轻度营养不良，1例仅剩1/5小肠的患者需间歇性依赖肠外营养进行营养支持，3年后因免疫力低下，肺部感染死亡。

讨论 上腹部手术后继发急性肠坏死原因多样，如手术所致肠粘连索带形成；消化道重建时游离断肠祥系膜过长，肠管解剖部位发生改变，出现类似先天性中肠旋转不良的情况；肠管进入吻合口下方形成内疝；术后胃肠蠕动异常、屈体体位、跑跳等诱发肠扭转<sup>[2]</sup>。术后腹腔感染引起肠系膜上静脉血栓形成等也都可以导致急性肠坏死。肠坏死治疗效果的关键是早期诊断，但由于急性肠坏死无特殊的临床症状和体征，因此，早期诊断十分困难。作者根据本组病例的诊治体会，认为有下列临床表现时应考虑肠坏死倾向：(1)上腹部较大手术后，特别是全胃切除术后，有明显肠梗阻症状和体征者；(2)腹部X线检查发现闭袢型肠梗阻征象或肠管呈同心圆状、“葡萄串”状特殊排列，或假肿瘤和“咖啡豆”征，同时有多个大小不等的气液平面者<sup>[3]</sup>。(3)CT发现肠系膜上静脉血栓形成，小肠扭转者，或发现肠绞窄“靶征”表现<sup>[4]</sup>。(4)腹腔诊断性穿刺有助于本病的确诊，本组20例腹腔穿刺阳性率为80%(16/20)。

治疗方面，经保守治疗2~6 h后，如症状和体征无明显缓解，积极手术探查是急性肠坏死最关键的抢救措施。手术方式以分离、松解、复位、肠管减压、切除坏死肠祥为主，关闭腹腔内有可能产生内疝的所有潜在腔隙。扭转复位患者最好作适当固定。本组1例横结肠扭转复位后再扭转并肠坏死，正是由于未将复位的肠管固定而导致严重后果。术后加强抗感染、补充血容量并予以TPN和早期EN等综合治疗措施。本组患者死亡4例，2例发生短肠综合征，如予以早手术剖腹探查，或可以避免肠管广泛坏死而导致上述严重并发症的发生。

## 参考文献

- [1] 黄洁夫，主编. 腹部外科学. 北京：人民卫生出版社，2001：895.
- [2] 林宏兵，潭江平，卢少毅，等. 成人急性小肠扭转64例分析. 中华胃肠外科杂志，2001，4(2)：124-125.
- [3] 任培土，鲁葆春，徐关根. 成人先天性中肠旋转不良症7例诊治分析. 中华胃肠外科杂志，2006，9(3)：269.
- [4] 兰庆茂. 腹内疝的CT诊断探讨. 临床放射学杂志，2006，25(12)：1130-1132.

(收稿日期：2010-05-05)