

成人小肠扭转 23 例诊治分析

仲兴阳, 匡荣康

南通大学附属南京江北人民医院普外科, 江苏 南京 210048

摘要: **目的** 探讨提高成人小肠扭转早期诊断及治疗效果。**方法** 回顾分析 2004 年 1 月至 2014 年 12 月南京江北人民医院经手术证实的 23 例成人小肠扭转的临床资料。**结果** 入院后行腹部 CT 检查 20 例, 其中 5 例术前提示肠扭转, 12 例提示绞窄性肠梗阻表现。入院后立即手术治疗 9 例 (39.1%), 予以保守治疗病情加重后再手术 14 例, 延误诊断率 60.9%。术中全小肠扭转 5 例, 部分小肠扭转 18 例, 合并小肠坏死 11 例, 行单纯肠扭转复位 12 例, 坏死小肠切除 11 例, 行小肠一期吻合 9 例, 小肠双管造口 2 例。术后治愈 20 例 (87.0%), 短肠综合征 1 例 (4.3%), 死亡 2 例 (8.7%)。**结论** 小肠扭转一开始即为绞窄性肠梗阻, 手术是唯一有效的治疗方法。早期诊断及早期正确的手术治疗方式, 对提高治愈率, 减少手术并发症尤为重要。

关键词: 小肠扭转; 绞窄性肠梗阻; 早期诊断; 手术治疗; 并发症

中图分类号: R 656.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)11-1550-02

成人急性小肠扭转是指一段肠管甚至几乎全部小肠及其系膜沿系膜轴扭转 $360^{\circ} \sim 720^{\circ}$, 既有肠管的闭祥性梗阻, 更有肠系膜血管扭折不通, 血液循环中断, 受其供应的肠管很快出现坏死, 甚至发生穿孔及腹膜炎, 属于绞窄性肠梗阻, 因此是肠梗阻中病情凶险, 发展迅速的一类。如未及时处理, 死亡率较高 (10% ~ 33%)^[1]。预后取决于早期诊断及手术治疗。我院 2004 年 1 月至 2014 年 12 月经手术治疗成人肠梗阻 120 例, 术中证实为小肠扭转 23 例, 占同期肠梗阻病例的 19.2%。现将 23 例小肠扭转的诊治资料回顾性分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 23 例小肠扭转患者, 男 17 例, 女 6 例, 年龄 29 ~ 83 岁, 平均 60.2 岁。既往有腹部手术史 12 例。经手术证实, 原发性小肠梗阻 7 例, 其中全小肠扭转 5 例, 部分小肠扭转 2 例。继发性肠扭转 16 例, 均为部分小肠扭转, 继发因素: 腹腔内粘连内疝引起肠扭转 10 例, 先天性肠旋转不良 2 例, 黑斑息肉病 1 例, 小肠肿瘤 1 例, 腹茧症 1 例, 肠憩室 1 例。

1.2 临床表现 所有病例均以急性腹痛起病, 表现突发剧烈腹痛, 腹痛起病至入院时间 2 ~ 96 h, 平均 19.2 h。腹痛合并恶心呕吐 18 例, 消化道出血 3 例, 肛门停止排便排气 20 例, 腰背部放射痛 8 例。合并休克 5 例, 其中 3 例为全小肠扭转, 2 例为部分小肠

扭转, 术中均发现肠坏死。腹部体征表现为腹膜炎刺激征 8 例, 肠鸣音亢进 15 例, 减弱 3 例。腹腔穿刺抽出血性腹水 4 例。

1.3 实验室及器械检查 入院后所有病例均行血常规分析检查, 12 例白细胞升高 $> 18 \times 10^9/L$, 其中 8 例合并肠坏死。腹部立位片检查 16 例, 有 12 例主要提示腹腔内部肠管扩张积气积液, 但其中 5 例全小肠扭转病例中有 3 例腹部立位片未有明显阳性表现。腹部 CT 检查 20 例, 其中 5 例术前提示肠扭转, 12 例提示绞窄性肠梗阻表现。

1.4 手术方法 术中全小肠扭转 5 例, 部分小肠扭转 18 例, 合并肠坏死 11 例。行单纯肠扭转复位 12 例, 因扭转肠段坏死行小肠切除者 11 例; 切除肠管 60 ~ 280 cm, 平均 150 cm; 行小肠一期吻合 9 例, 行小肠双管造口 2 例。

1.5 统计学方法 采用 Excel 表录入并处理数据, 以频数和构成比进行描述性统计。

2 结果

23 例小肠扭转患者全部经手术治疗证实。术前早期明确诊断为肠扭转 6 例, 术前诊断为绞窄性肠梗阻 10 例, 粘连性肠梗阻 6 例, 腹腔内出血 1 例。其中, 入院后立即手术治疗 9 例 (39.1%), 予以保守治疗腹痛加重后再手术 14 例 (60.9%), 入院至手术时间 1 ~ 96 h, 平均 16.5 h。手术预后: 术后治愈 20 例 (87.0%), 死亡 2 例 (8.7%), 短肠综合征 1 例 (4.3%)。并发急性肾功能衰竭 1 例, 小肠延迟坏死再手术 1 例, 肠祥间脓肿 1 例, 吻合口瘘 1 例, 消化道出血 2 例, 手术切口感染 2 例。

3 讨论

成人急性小肠扭转是肠梗阻中病情较为凶险的一类,肠坏死率与手术前时间呈正比,病死率与肠坏死率有关^[2]。小肠扭转预后主要取决于早诊断和早治疗^[3]。但术前确诊非常困难,作者认为早期诊断应注意:(1)做到“心中有此病”^[2],对突发不明原因的剧烈腹痛,要“刨根问底”,警惕小肠扭转可能。(2)掌握临床表现,急性小肠扭转表现为“症征分离”。多呈突发剧烈腹部绞痛,一般止痛药物治疗效果不佳,常伴有频繁恶心呕吐及腰骶部放射性疼痛,病情进展快,短期内发展为休克。(3)血白细胞升高明显,有报道白细胞计数 $> 18 \times 10^9/L$,提示绞窄性肠梗阻^[4]。(4)腹部立位片表现为空回肠换位或排列成多种形态的卷曲肠祥特有征象时,阳性率低,张中原等^[5]报道阳性率为 16%。有报道螺旋 CT 血管成像在肠扭转诊断中具有明显的优势,其主要征象有扭转肠管及系膜血管的“漩涡征”、近段肠管的“鸟喙征”及坏死肠壁的“靶环征”等^[6]。(5)既往有腹部手术史,术后长期无症状而突然出现剧烈腹痛的患者,需考虑肠扭转的可能。本组 2 例患者既往有胃大部切除手术史,入院后均以粘连性肠梗阻予以保守治疗,病情加重后再手术,术中发现全小肠扭转及大片小肠坏死,但腹腔内未发现明显的粘连因素导致肠扭转。(6)对诊断不明,有绞窄性肠梗阻表现或高度怀疑肠扭转的患者,应尽早剖腹探查或行腹腔镜探查。

成人急性小肠扭转早期诊断是关键,手术是唯一有效的治疗方法。高度疑为急性小肠扭转应积极行手术探查。出现腹膜炎体征或消化道出血时,已发生肠坏死,病死率高达 15% ~ 40%^[4]。术前应纠正水电解质酸碱平衡紊乱,术中遵循损伤控制性手术原则^[7]。对小肠肠管的生机判断很重要^[8]。小肠活力正常行小肠扭转复位,若小肠坏死需行切除术。若能够保留正常小肠在 150 cm 以上,应尽量切除坏死和血供不佳的肠管及系膜,保证吻合口血供,预防术后

吻合口瘘。若正常小肠不足 100 cm,可切除明确坏死的肠祥,尽量保留血供可疑的肠祥,避免短肠综合征。必要时术后 24 ~ 48 h 再行剖腹探查(second-look)了解肠管生机^[9],或行小肠双管造口,通过造口的肠管观察肠管生机,同时避免术后吻合口瘘。本组 1 例全小肠扭转伴休克,术中见正常活力小肠 30 cm,近端 200 cm 小肠壁仍有一定弹性,予以肠扭转复位,切除明确坏死小肠,保留近端小肠 200 cm 及末端 10 cm 回肠,行小肠双管造口,术后予以营养支持及近端肠管造口引流肠液经远端造口回输等治疗,1 年后行肠造口回纳术,患者术后完全康复。

综上所述,成人急性小肠扭转早期症状不典型,病情凶险,易出现肠坏死导致术后短肠综合征及吻合口瘘,病死率高,预后差。早诊断、早治疗及术中正确处理可使患者受益,改善其预后。

参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驹外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:1077
- [2] 宋代华,张兴明. 成人小肠扭转早期诊断的探讨[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(4):229-230.
- [3] 何军明,谭志健. 全小肠扭转 14 例临床诊治探讨[J]. 广东医学,2007,28(5):788.
- [4] 黄志强. 现代腹部外科学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1994:123
- [5] 张中原,郑扶民. 肠扭转 295 例临床分析[J]. 中国实用外科杂志,1990,10(3):129-130.
- [6] 纪建松,王祖飞,周利民,等. 肠扭转的 CT 表现[J]. 中华放射学杂志,2005,39(11):1185-1187.
- [7] 李宁. 损伤控制性外科理念在胃肠外科的应用[J]. 中国实用外科杂志,2014,33(4):259-261.
- [8] 贾树范,王振峰,张波,等. 成人小肠扭转 26 例临床分析[J]. 山东医药,2010,50(27):88-89.
- [9] 余招焱,郝朗松,杨晓飞,等. 小肠扭转手术方式的探讨[J]. 中国普通外科杂志,2010,19(10):1161-1163.

收稿日期:2016-07-16 编辑:王国品