

腹内疝性肠梗阻的临床诊断与治疗

李坤, 赵丽君, 曹廷宝, 苏琳, 刘宏斌

中国人民解放军联勤保障部队第 940 医院普外科, 甘肃 兰州 730050

摘要: **目的** 探讨腹内疝性肠梗阻的临床诊断与治疗策略。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 月至 2018 年 6 月诊治的 75 例腹内疝性肠梗阻患者的临床资料, 系统总结其临床诊治经验。**结果** 75 例患者均行手术治疗, 45 例行肠粘连松解术、复位修补术, 29 例因出现肠坏死同期行肠切除肠吻合术, 1 例梅克尔憩室行肠粘连松解术、憩室切除术, 术后均痊愈出院。**结论** 腹内疝性肠梗阻病因复杂, 临床表现缺乏特异性, 术前诊断困难, 多层螺旋 CT 可作为首选影像检查方法。早期诊断、及时外科手术是治疗成功的关键, 可明显改善患者预后, 提高救治成功率。

关键词: 腹内疝; 肠梗阻; 诊断; 临床表现; 并发症

中图分类号: R 574.2 R 656.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)09-1246-03

Diagnosis and treatment of intra-abdominal hernial intestinal obstruction

LI Kun, ZHAO Li-jun, CAO Ting-bao, SU Lin, LIU Hong-bin

Department of General Surgery, No. 940 Hospital of PLA Joint Logistics Support Force, Lanzhou, Gansu 730050, China

Corresponding author: LIU Hong-bin, E-mail: liuhongbin999@163.com

Abstract: Objective To explore the clinical diagnosis and treatment strategy of intra-abdominal hernial intestinal obstruction. **Methods** The clinical data of 75 patients with intra-abdominal hernial intestinal obstruction treated from January 2010 to June 2018 were retrospectively analyzed to summarize systematically the clinical experience in diagnosis and treatment of it. **Results** Out of 75 patients undergoing surgical treatment, 45 patients received intestine adhesion relaxation, reduction and repair, 29 patients received intestinal resection and anastomosis operation due to bowel necrosis, and 1 patient underwent intestinal adhesiolysis and diverticulectomy for Meckel's diverticulum. All patients recovered and discharged after operation. **Conclusion** Because of complex etiology and lack of specificity of clinical manifestations, preoperative diagnosis is difficult for intra-abdominal hernial intestinal obstruction. Multi-slice spiral CT can be used as the preferred imaging examination method. Early diagnosis and timely surgery are the key to successful treatment and can significantly improve the prognosis of patients and the success rate of treatment.

Key words: Intra-abdominal hernia; Intestinal obstruction; Diagnosis; Clinical features; Complication

Fund program: Gansu Natural Science Foundation (1606RJZA177)

肠梗阻是临床常见的外科急腹症, 其病因复杂, 其中腹内疝性肠梗阻临床较少见, 其发生率不超过 6%^[1]。但其起病急骤、病情进展较快, 若得不到及时有效的诊治, 容易发生肠管绞窄坏死、肠穿孔、腹膜炎, 甚至感染性休克而导致患者死亡, 文献报道其死亡率高达 50%^[2]。然而由于该病缺乏特异性的临床症状、体征及辅助检查手段, 早期诊断困难, 易延误诊治。如何早期作出诊断, 并及时进行手术治疗, 避免肠管的绞窄坏死已成腹内疝性肠梗阻诊治的关键, 与改善患者的预后、提高救治成功率密切相关。我科 2010 年 1 月至 2018 年 6 月共收治并最终确诊为腹内

疝性肠梗阻的患者 75 例。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2018 年 6 月本科共收治腹内疝性肠梗阻患者 75 例, 其中男 56 例, 女 19 例, 年龄 23 ~ 79 (53.6 ± 7.4) 岁。发病至就诊时间 4 ~ 48 (25.8 ± 5.6) h。既往有腹部手术史者 64 例, 其中胃肠手术 35 例, 肝胆胰脾手术 17 例, 盆腔子宫附件手术 12 例, 本次住院时距腹部手术时间 1 个月 ~ 15 年, 平均 (80.3 ± 9.5) 个月, 其中术后腹腔内粘连带引起的腹内疝 37 例, 肠系膜裂孔疝 18 例, 肠

造口旁疝 5 例,胆总管 T 管旁内疝 4 例。无腹部手术史者 11 例,其中先天性小肠肠系膜裂孔疝 4 例,食道裂孔疝 2 例,先天性乙状结肠系膜裂孔疝、网膜孔疝、十二指肠旁疝、腹膜隐窝疝及梅克尔憩室致腹内疝各 1 例。

1.2 临床表现 6 例患者发病前有饱餐史,其中 2 例有饱餐后运动史,余病人无明显明确诱因。患者主要表现为腹痛腹胀,进行性加重,70 例病程中伴呕吐,65 例肛门停止排气、排便。体格检查:全组患者腹部均有不同程度的压痛,25 例合并腹膜刺激征,术前 38 例有肠鸣音亢进,25 例肠鸣音减弱,2 例消失,13 例可触及腹部包块,5 例腹腔穿刺穿出淡红色血性渗液。辅助检查:75 例患者白细胞计数、C 反应蛋白及降钙素原均不同程度增高。术前腹部 X 线平片、腹部彩超及腹部 CT 平扫影像学诊断均考虑为肠梗阻,其中有 21 例考虑为腹内疝所致。

1.3 治疗方法 75 例患者均行手术治疗。25 例在入院后直接行急诊手术治疗,50 例诊断不明确者先行常规保守治疗,包括禁食水、胃肠减压、抗感染、维持水、电解质平衡及生长抑素类药物的应用等,经保守治疗无效后行手术治疗,从入院到手术的间隔时间为 6~72(38.4±4.6)h。手术证实所有患者肠梗阻均由腹内疝所致。45 例行肠粘连松解术、复位修补术,29 例因出现肠坏死(其中急诊手术患者中有 3 例,保守治疗患者中有 26 例)同期行肠切除肠吻合术,1 例梅克尔憩室行肠粘连松解术、憩室切除术。

2 结果

75 例患者均治愈出院,住院时间 7~25(12.8±4.6)d。术后并发症发生情况:术后肺部感染 1 例、切口感染 1 例、术后肠粘连再次手术 1 例。随访情况:75 例患者均获得随访,无失访。随访 6~24 个月,无复发。

3 讨论

腹内疝性肠梗阻临床发病率低,临床医生缺乏对本病的认识,加之该病术前诊断困难,易延误治疗,从而引起严重后果。正确全面认识腹内疝性肠梗阻的临床诊断与治疗策略对提高该病的术前诊断成功率、进行及时有效的治疗以及改善患者预后有着非常重要的临床意义。

3.1 腹内疝性肠梗阻的病因及临床表现 腹内疝性肠梗阻是指肠管自原来位置通过腹膜、肠系膜或腹腔内先天性的或手术后的孔道、裂隙进入腹腔内的某一解剖间隙所引起的肠梗阻^[3]。根据病因临床上将腹

内疝分为原发性和继发性两大类。原发性腹内疝多是由于先天发育畸形所致,好发部位依次为小肠、横结肠、乙状结肠及阑尾系膜,而小肠系膜裂孔又以末端回肠系膜区域最为常见^[4-5]。继发性腹内疝主要由手术、炎症、外伤所致,可见于腹部胃肠道手术后、肝胆胰脾手术后,甚至子宫附件手术后。本研究 75 例患者中 64 例有手术史,可见手术是引起腹内疝的最常见病因。6 例患者发病前有饱餐史,其中 2 例有饱餐后运动史,提示腹内疝的发生是有一定的诱因的,其诱因可能与腹内压升高或体位改变有关。腹内疝临床表现缺乏特征性,多表现为肠梗阻的症状和体征。同时,不同患者临床症状轻重、疾病进展快慢存在很大差异。大部分患者一般起病急骤,腹痛较剧烈,持续性,可伴有恶心呕吐,部分患者甚至出现休克;少部分患者起病初期腹痛症状较轻,但持续性、进行性加重,体格检查有腹部压痛、腹肌紧张及肠鸣音消失等绞窄性肠梗阻的征象。

3.2 腹内疝性肠梗阻的诊断 腹内疝源性肠梗阻由于缺乏特异性临床症状和体征,术前诊断困难。常规影像学检查如腹部 X 线平片、胃肠道造影、腹部彩超、腹部 CT 等均可用于术前辅助诊断。腹部 X 线平片和胃肠道造影检查可见肠管扩张积气,阶梯状气液平面甚至“鸟嘴征”以及造影剂排空延迟或潴留的征象。腹内疝彩超检查主要表现为小肠局限性或较大范围的肠管扩张、梗阻部位肠壁水肿增厚,通过观察病变区域肠管的血流量、肠管蠕动情况及有无腹腔积液可对肠管的生机做出判断。研究表明腹部彩超检查是腹内疝性肠梗阻尤其是绞窄性肠梗阻的有效方法,可为临床提供部分准确的有价值的参考信息,同时超声具有简便、无创、无射线、可重复以及可床旁检查等优势^[6-7]。腹内疝的多层螺旋 CT(multi-slice spiral CT, MSCT)征象主要有疝入段肠袢聚集成团,呈肿块状、囊袋状、簇状。疝入段肠系膜静脉受压充血扩张、聚集,向疝口部位集中,呈“缆绳征”,为腹内疝的常见 CT 征象。MSCT 在明确肠梗阻诊断、判断内疝的部位及分型、评价有无肠管绞窄坏死等严重并发症方面有着明显优势,已成为腹内疝诊断及分型的首选影像检查方法^[8-9]。上述辅助检查手段对腹内疝的诊断有一定的帮助,但多数仅能做出肠梗阻的诊断,临床尚需结合病史以及腹部症状、体征的检查才能对本病做出早期诊断。早期明确诊断对于腹内疝性肠梗阻是否需要手术治疗以及何时采取手术治疗至关重要。笔者认为有如下表现时应考虑到本病的可能^[10-12]:(1)既往有反复发作的腹痛、肠梗阻病史及腹部手术史。(2)腹痛起病急,病情进展迅速,持

续性腹痛并进行性加重,有绞窄性肠梗阻的表现,难以用其他原因解释。(3)早期出现呕吐,呕吐频繁,呕吐后腹痛、腹胀缓解不明显。(4)腹部 CT 显示小肠有团簇状聚集,可见“缆绳征”。

3.3 腹内疝性肠梗阻的治疗 腹内疝性肠梗阻一旦发生,疝入肠段难以通过保守治疗手段复位,惟一有效的治疗方法是尽早手术,及时的手术处理可降低肠管坏死发生率,提高救治成功率。本研究 75 例患者中,25 例急诊手术治疗,3 例患者出现肠坏死;而保守治疗的 50 例患者中,26 例出现了肠坏死,可见及时手术是治疗本病关键。笔者认为,出现以下情况时存在急诊手术指征^[13]:(1)突然起病,腹痛剧烈,但体征较轻,症状体征不相符;经积极保守治疗腹痛症状缓解不明显;(2)腹部触及肠型、存在持续加重的腹膜炎体征;(3)腹腔穿刺抽出血性腹水,血常规、C 反应蛋白以及降钙素原等感染指标持续升高;(4)腹部 CT 提示肠管有团簇状聚集等改变。腹内疝性肠梗阻术中处理要点主要包括以下 3 个方面^[14]:(1)疝内容的复位减压。手术治疗原则是先处理疝环,尽快使疝内容物复位。根据术中情况切开疝囊无血管区或沿肠管方向切开头膜裂孔边缘以松解过紧的疝囊颈或裂孔,部分高度水肿扩张明显肠管复位前可先行减压,使肠内容物排空,从而易于复位。(2)复位后肠管活力的判断。复位后仔细观察肠管活力,若肠管活力良好,或经等渗盐水纱垫热敷或用 0.5% 普鲁卡因系膜根部封闭后有生机,则仅复位即可。如果发生了肠坏死,则切除坏死肠段,切除肠管断端应距离坏死肠管两端约 5 cm,以确保待吻合肠管的血供及质量。同时,应先结扎肠系膜血管,然后再切除坏死肠管,以免术中细菌、毒素进入门静脉而引起严重后果。对肠管活力判断有困难者,应将可疑的肠管一并切除,以预防术后吻合口瘘、肠坏死、腹腔感染等严重并发症的发生。(3)异常裂孔或间隙的修补。常规用不可吸收缝线缝合修补疝囊颈或裂孔、间隙,预防术后内疝的再度形成或复发。近年来随着腹腔镜技术的发展与进步,越来越多的腹内疝性肠梗阻患者采用腹腔镜进行手术治疗。研究表明,对于腹内疝性肠梗阻腹腔镜兼有诊断和治疗的值,同时腹腔镜具有手术创伤小、对机体干扰少、术后恢复快,显著降低手术并发症发生率尤其是术后肠粘连发生率的优势^[10,15]。

3.4 腹内疝性肠梗阻的预防 由于腹内疝的死亡率高,且诊治相对困难,故重点在于预防。尤其是后天性腹内疝,可以通过一系列措施有效预防。结合文献报道及我们的经验,主要的预防措施包括^[16]:(1)术中操作应轻柔,尽量减少手术的机械刺激和损伤,避

免手术创面、腹腔脏器尤其是肠管长时间暴露于腹腔外,应以湿纱垫予以保护。(2)术中对坏死组织应予以清除,对腹腔内的各种炎性、脓性渗液必须充分吸净,用大量温热盐水反复冲洗腹腔,同时放置有效的腹腔引流。(3)对手术造成肠管、肠系膜、周围脏器、组织之间的各种裂隙应切实缝合修补。(4)避免术后长时间卧床,尽早下地活动。

总之,腹内疝性肠梗阻临床少见,病因复杂,临床表现缺乏特异性,术前诊断困难,多层螺旋 CT 可作为首选影像检查方法,有利于提高该病的术前诊断率。早期诊断、及时外科手术是治疗成功的关键,可在一定程度上避免肠管的绞窄、坏死,改善患者预后,提高救治成功率。

参考文献

- [1] Salar O, El-Sharkawy AM, Singh R, et al. Internal hernias: a brief review [J]. *Hernia*, 2013, 17(3): 373 - 377.
- [2] 刘登强, 孟慧, 毕恩旭. 剖宫产后腹内疝性肠梗阻 11 例分析 [J]. *国际外科学杂志*, 2013, 40(10): 710 - 711.
- [3] 王小永, 姚杰, 张逸, 等. 腹内疝与腹部手术史的相关性分析 [J]. *中华疝和腹壁外科杂志(电子版)*, 2018, 12(3): 165 - 169.
- [4] 童仕伦, 王琦. 腹内疝的诊断与治疗 [J]. *腹部外科*, 2009, 22(3): 141 - 142.
- [5] 孙学军, 韩刚, 刘海涛, 等. 腹内疝 18 例诊疗分析 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2017, 24(5): 654.
- [6] 杜妍妍, 张向向, 王红英. 高频彩超在诊断儿童腹内疝的价值 [J]. *实用医学杂志*, 2017, 33(13): 2133 - 2136.
- [7] 王增萌, 陈亚军, 张丹, 等. 72 例儿童腹内疝的临床研究 [J]. *中华小儿外科杂志*, 2017, 38(10): 763 - 768.
- [8] 陈立忠, 陈晓黎, 朱飞, 等. 腹内疝的多层螺旋 CT 表现及其诊断价值 [J]. *医学影像学杂志*, 2016, 26(3): 540 - 542.
- [9] 王礼同, 蔡玉建, 李澄. MSCT 多平面重建技术在腹内疝诊断及分型中的临床价值 [J]. *中华疝和腹壁外科杂志(电子版)*, 2015, 9(3): 239 - 242.
- [10] 乔纯忠, 程国昌, 曹颖, 等. 腹腔镜在腹内疝诊治中的应用 [J]. *外科理论与实践*, 2016, 21(6): 525 - 528.
- [11] 杨红兵, 刘小琨, 王涛, 等. MSCT 对后天性腹内疝的诊断价值 [J]. *中国中西医结合影像学杂志*, 2018, 16(2): 133 - 135.
- [12] 曾辉, 谢勇. 腹内疝的诊断和治疗 [J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(3): 212 - 214.
- [13] 钟岳, 杨福泉, 冯伟. 术后粘连性肠梗阻手术指征的多因素分析 [J]. *中国临床研究*, 2016, 29(7): 932 - 934.
- [14] 张炜, 陈利民. 术后腹内疝致急性肠梗阻的临床诊治分析 [J]. *临床合理用药杂志*, 2015, 8(8): 165 - 166.
- [15] Ha GW, Lee MR, Kim JH. Adhesive small bowel obstruction after laparoscopic and open colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis [J]. *Am J Surg*, 2016, 212(3): 527 - 536.
- [16] 石国豪, 陈平. 腹内疝的诊疗及预防 [J]. *中国现代普通外科进展*, 2010, 13(6): 479 - 480, 489.