

关于术后早期炎症性肠梗阻

引言

- 1998 年，黎介寿院士在《中国实用外科杂志》发表了《认识术后早期炎症性肠梗阻的特性》一文
- 正如黎介寿院士所言，炎性肠梗阻是肠梗阻的一个独特类型，它有着独特的病史、症状、体征、病理生理机制、诊断和治疗方法。

定义

- **EPII** 发生于腹部手术后早期，是指由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出，形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻。
- 其是常见的腹部手术后早期并发症,约占肠梗阻的**20%**。

病因

- 腹部手术创伤——广泛分离肠管粘连、长时间的肠管暴露以及其他由于手术操作所造成的肠管损伤。
- 腹腔内炎症——无菌性炎症，如腹腔内积血、积液或其他能够导致腹腔内无菌性炎症物质的残留。

发病机制

- 其发病机制较为复杂,可由多种因素同时存在或在病情发展过程中有不同的变化,如:交感神经输入的抑制效应,激素、神经递质和其他介质的释放,炎症反应,麻醉和止痛药物作用等。
- 其原因是因巨噬细胞和中性粒细胞浸润、胞质分裂,其他炎症介质反应,引起肠壁充血水肿、纤维蛋白渗出,导致肠动力障碍、肠粘连,形成肠梗阻。

临床症状

- 与其他肠梗阻有共同之处，即腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便。
- 也有其明显特殊性。须注意动态观察。

特殊性

- 1. 必须有近期腹部手术的病史。
 - 手术过程对胃肠道功能恢复影响较大，尤其是胃肠道手术、短期内反复手术、广泛分离粘连、肠排列、腹膜炎、异物或坏死组织残留以及其他造成肠管浆膜广泛受损的因素。

特殊性

- 2. 多于术后1~2w内起病，尤其术后5~7d。

典型**EPII**——术后可能有少量排气甚至排少许干便，但进食后即很快梗阻。

特殊性

- 3. 多无高热。

特殊性

- 4. 腹痛、腹胀不如机械或麻痹性肠梗阻显著。
 - 腹痛可为弥漫或局限性，取决于腹部手术和肠管受累的部位和范围，局限性多见于切口下方。
 - 腹胀多对称性，腹部膨隆但不如机械或麻痹性严重，无肠型或胃肠蠕动波。

特殊性

- 5. 触诊柔韧感，各部不一，最显著部位即是肠管粘连最严重的部位，多于脐周或切口下方；
- 无明显肠袢或包块。

特殊性

- 6. 叩实音；听肠鸣音减弱、稀少或消失，无金属音或气过水声，梗阻缓解则肠鸣音恢复。

特殊性

- 7.腹部X线检查:一般可见多个大小不等液气平面,但很少见到肠管扩张的影像。



特殊性

- 8. 全腹CT示：肠壁水肿、增厚、粘连以及肠腔积液积气，肠管均匀扩张和腹腔内渗出。同时有助于排除腹部其他病变如腹腔感染、机械性梗阻等。——有重要参考价值

○



诊断要点

- 根据其病史，独特的临床症状、体征和影像学检查，可对**EPII**可作出诊断
- 在诊断**EPII**之前，必须排除**机械性梗阻**和继发于腹腔内或腹膜后感染、电解质紊乱等原因造成的**麻痹性梗阻**。

概念区分

- 术后早期肠梗阻
- 炎症性肠梗阻

术后早期肠梗阻

- “术后早期肠梗阻”这一概念为国内外学者所接受。国际权威外科专著《Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice》(17版) 及《Surgery: Basic science and clinical evidence》在论述肠梗阻时均已将“术后早期肠梗阻”作为机械性肠梗阻的特殊类型进行论述,强调术后早期肠梗阻在肠梗阻治疗中的重要地位及治疗的特殊性。

术后早期肠梗阻

- 1、Ellozy等认为：术后早期肠梗阻是指术后30d内肠蠕动恢复后再次出现腹痛、呕吐及影像学存在肠梗阻的证据,这一概念得到多数学者的认可。其诊断应具备2个条件：
 - (1)术后肠功能恢复后再次出现肠梗阻的症状、体征及X线影像学肠梗阻的证据；
 - (2)经手术或X线证实为机械性肠梗阻。

术后早期肠梗阻

- 2、Pickleman等认为：
 - ①术后早期肠梗阻既可以由腹内疝、肠扭转、吻合口狭窄、肠壁血肿等机械因素造成(不足10%);
 - ②也可以是手术操作范围广,创伤重或已有炎症,特别是曾进行手术的病例,腹腔内有广泛粘连,剥离后肠浆膜层有炎性渗出,肠袢相互粘着,即术后早期炎症性或粘连性肠梗阻（约占**90%**）。

EPII

- 由此可见，**EP II**是术后早期肠梗阻的一种特殊表现形式。因此,并非发生在术后早期的肠梗阻均是**EP II**。**EP II**多发生在术后**2**周内,发生的时间较为固定,这是由创伤后炎症反应的病理变化决定的,而其他类型的术后早期肠梗阻时间差异较大。
- **EP II**病变范围较广,炎症造成的肠蠕动减弱是梗阻的主要原因,其次为肠壁水肿引起肠腔阻塞。

治疗

- 禁忌：手术应该是其禁忌证。这类病人如手术，不仅手术难度大，而且可能带来肠痿、严重腹腔感染等严重并发症。
- **EPII**不是肠管某一处的机械性梗阻，为寻找梗阻部位而进行广泛的剥离，除造成更严重的肠管损伤和渗血，由于存在肠壁水肿，愈合能力差，肠蠕动功能断时间不能恢复等因素，极易造成肠痿，且多为多处。而肠痿是短肠综合征常见原因。

治疗

- 应采用非手术治疗手段，严密观察、耐心等待。
- 基本原则：禁食、胃肠减压和纠正内稳态。
- 也有其特殊性

特殊性

- 1. 应用生长抑素——EPII初期，消化液分泌量可很大，其积聚肠腔，加剧肠壁水肿、肠腔扩张及水电解质紊乱，也影响肠功能恢复。
 - 应用生长抑素奥曲肽:抑制胰液及肠液分泌,改善腹腔血运分布,减少肠坏死几率。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/456202202222010121>