

结肠扭转 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/301/2021\\_2022\\_\\_E7\\_BB\\_93\\_E8\\_82\\_A0\\_E6\\_89\\_AD\\_E8\\_c22\\_301988.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E6_89_AD_E8_c22_301988.htm) 名称结肠扭转所属科室消化内科病理 移动盲肠扭转多为逆时针扭转，横结肠多因肠管过长及粘连引起扭转，而乙状结肠冗长可顺时针或逆时针扭转，扭转轻度时可以不到1转（360度“鸟嘴”形。低压盐水灌肠也有助于诊断，若灌入液体尚不足500ml不能再灌入（正常可灌入3000~4000ml），即可证实梗阻在乙状结肠。2.纤维结肠镜检查在扭转的相关梗阻部位可见有狭窄，如扭转无绞窄可借结肠镜将扭转复位（注重不能注气过多，以防增加闭袢肠管内的压力），但如有腹膜刺激征，疑肠绞窄时，切不可行内镜检查。诊断根据典型病史、体征及X线检查，基本可以确诊，但应根据症征判定有否肠绞窄，为治疗方案提供依据。鉴别诊断1.结肠癌盲肠、横结肠及乙状结肠或直肠癌都有可能表现低位肠梗阻，但病史都较长，往往无忽然腹痛史。结肠癌的肿块坚硬，边界清楚。而结肠扭转则是膨胀的肠管，触诊时质地较软，边界不清，较易区别。当然钡剂灌肠可以确诊。2.结肠套迭回肠套入盲肠多见，且可延至乙状结肠，发病急，呈低位肠梗阻的表现，多发生在5~6月的幼儿，症状为阵发性哭闹、恶心、呕吐，有果酱样大便，触诊右下腹部空虚，右上腹部腊肠样肿块。钡剂灌肠可见钡剂呈杯口状阴影即可诊断。成人慢性肠套迭，多为肿瘤引起，较少见，显然都易与结肠扭转相鉴别。治疗一.一般治疗1.禁食水，并行胃肠减压。2.输液纠正水电解质平衡紊乱。3.给抗生素预防感染。二.非手术治疗1.对结肠扭转早期，可试行纤维结肠镜复位，尤其乙状结肠扭转成功率较高

。2.乙状结肠扭转早期，可在明视下把结肠镜插入到梗阻处，一般距\*\*15~25cm，该处的粘膜如无坏死和溃疡，可通过乙状结肠镜，插入约60cm的肛管，注重插入时不应用暴力，以免穿破。肛管穿过梗阻部位后，常有稀便和气体猛力冲出，患者立即感到异常轻松，为复位的标志。为防止复发可保留肛管2~3日。三.手术治疗盲肠扭转如非手术治疗无效，或有可疑绞窄，应尽早剖腹探查。探查扭转的盲肠（连同升结肠及末端回肠），如无坏死，按扭转的相反方向复位。然后，切开盲肠外侧后腹膜，将其前缘与盲肠外侧结肠带间断缝合3~5针。如盲肠扩张明显，先从两条结肠带起始端，间断浆肌层缝合3~4针，使盲肠腔缩窄，再与外侧后腹膜缝合固定盲肠。如让肠有绞窄坏死，应行右半结肠切除，回横结肠吻合术。若腹腔渗液较多，必须行腹腔冲洗并行橡皮管引流，以减轻全身中毒症状；手术后还需大量抗生素治疗。横结肠扭转的处理原则是若单纯机械扭转，可分离粘连后复位。如有坏死，则行坏死肠管切除，横结肠对端吻合术及必要的腹腔引流术。乙状结肠扭转，若可疑肠绞窄或乙状结肠镜发现扭转梗阻的肠粘膜坏死和溃疡，则应及时手术治疗。剖腹探查时，如肠管无坏死则行扭转复位，\*\*\*排气。肠管扭转坏死，则视病情及腹膜炎的程度，切除坏死肠段行近端结肠造瘘，远端封闭或近远端肠吻合。如多次复发的乙状结肠扭转，应择期手术切除过长的肠管一期吻合。预防及预后 结肠扭转及时治疗，多数预后良好，如有肠绞窄，甚至破裂穿孔则预后较差。处理不及时或不当，其死亡率较高。如结肠扭转非手术治疗好转后，应进一步检查发病原因，必要时，可行择期手术消除病因，以防复发。 100Test 下载频道开通，各类

考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)