

大肠梗阻 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A4\\_A7\\_E8\\_82\\_A0\\_E6\\_A2\\_97\\_E9\\_c22\\_305279.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E5_A4_A7_E8_82_A0_E6_A2_97_E9_c22_305279.htm) 名称大肠梗阻所属科室普通外科病因大肠梗阻病因主要有以下几种：（一）癌性梗阻为结肠梗阻的首要原因。Buechter报告结肠癌梗阻占结肠梗阻的78%，文献报告脾曲以下癌性梗阻为72%~88%。肿瘤位置：以左半结肠较多见占39%，此外依次为横结肠27%，右半结肠19%，直肠15%。结肠梗阻的常见部位依次为：乙状结肠38%，脾曲14%，降结肠10%，横结肠9%，直肠9%，盲肠6%，升结肠5%，肛曲3%。（二）结肠扭转为第二位常见的病因，可发生在盲肠，横结肠和乙状结肠，但以乙状结肠最常见。据美国和西欧统计：1%~7%结肠梗阻由结肠扭转引起，其中乙状结肠占65%~80%，右半结肠占15%~30%，横结肠和脾曲少见。乙状结肠发生扭转常具备以下3个条件。乙状结肠冗长；乙状结肠系膜基底部收缩；肠段内的重量增加（如大便秘结，暴食）和外力的推动（强烈的肠蠕动）。（三）结肠血吸虫病在我国血吸虫病流行区，血吸虫肉芽肿或伴发结肠癌仍时有所见；由于大量血吸虫卵沉积在\*\*，反复炎症，破坏和修复，使\*\*组织增生变厚，形成息肉，致肠腔狭窄而梗阻。（四）急性假性结肠梗阻（Ogilvie综合征）此病由Ogilvie于1948年在英国提出，以后有许多报道，近年来报告本病有增多趋势。本病的确切病因不明，据1948~1980年文献统计，88%为结肠以外原因引起，如手术、创伤、心衰、尿毒症、糖尿病、缺血性肠炎、转移性肿瘤、缺氧和低血压等，12%原因不明。无穿孔者病死率为25%~31%，有穿孔者为43%~46%。Fariano认为本病与骶部副交感神经功

能紊乱有关。Matsui报道部分神经传导功能障碍导致此病，且在显微镜下见\*\*\*内神经节细胞数减少，神经细胞有退行性变。Bode报告22例发病原因以手术为主。（五）盆腔术后粘连致结肠梗阻本病特点是：多发生在中年妇女盆腔手术后；有间歇性腹胀，慢性腹痛及便秘；钡灌肠无非凡病变；纤维结肠镜检查可见乙状结肠呈角，亦有狭窄，阻止结肠镜进入。（六）结肠外肿瘤压迫或侵犯所致梗阻如胰腺癌或胃癌侵及横结肠而引起梗阻；女性盆腔肿瘤，非凡是卵巢肿瘤压迫乙状结肠引起梗阻并不少见。（七）胆石梗阻占所有肠梗阻1%~3%，术前确诊率仅15%（13%~48%），胆石进入消化道途径：胆囊-十二指肠（多见）；胆囊-结肠瘘；胆囊-胃瘘；胆总管、十二指肠瘘。个别情况下，胆石可通过扩张的壶腹直接进入十二指肠。病理结肠梗阻时，由于回盲瓣关闭，肠内容物只能进不能出，形成闭袢型肠梗阻，由于结肠血供不如小肠丰富，加之壁薄，即使是单纯性梗阻也轻易发生局部坏死和穿孔。结肠内细菌含量高，梗阻后细菌繁殖加快，易招致全身感染。Deitch研究表明：肠梗阻后6h，细菌进入肠系膜淋巴结24h后进入肝、脾及血流中，梗阻后期\*\*\*血流有增加趋势，这使大量细菌及毒素被吸进血循环而加重全身中毒症状，甚至产生中毒性休克。癌性梗阻的严重性取决于肿瘤侵犯的程度，肠腔不完全梗阻时，其临床表现及病理生理改变并不严重，完全梗阻时，则有严重的肠胀气，过度的肠膨胀使\*\*\*变薄，血供减少，因此极易坏死穿孔。肠扭转形成的肠梗阻，也有完全与不完全之分。不完全时，肠袢内积气和积液同时存在；完全梗阻时多为急性扭转，梗阻属闭袢性。由于吞气的来路已被截断，肠袢内积液积

气为多，该段肠管高度扩张，远较梗阻以上的肠管为粗大，此段肠腔的过度膨胀，可以造成\*\*的张力性损害，再加上肠系膜血管本已发生血运障碍，结果肠襻出血、坏死、渗液，甚至穿孔。急性假性结肠梗阻，结肠胀气明显，发生坏死穿孔的并不少见，但多数可经非手术治愈。临床表现结肠梗阻的临床表现与一般小肠梗阻基本相似，临床表现具有下列特点：所有患者都有腹痛，右半结肠梗阻多位于右上腹，左半多位于左下腹，慢性梗阻腹痛稍微，急性梗阻腹痛严重，但不如肠扭转、肠套叠那样剧烈；恶心、呕吐出现较晚，甚至缺如。后期呕吐物呈黄色粪样内容物，有恶臭味；腹胀较小肠梗阻明显，两侧腹部突出，有时呈马蹄形；\*\*停止排便及排气，但大部分患者梗阻早期仍可有少量气体排出；体检见腹胀明显，可显马蹄形，叩诊呈鼓音，听诊可闻气过水声。X线平片检查可见结肠明显积液、积气、并有液平面。总之，结肠梗阻除结肠扭转外，其临床表现没有小肠梗阻典型、严重。诊断结肠梗阻可发生在结肠的任何部位，但以左半结肠为多。癌性梗阻常有典型的慢性结肠梗阻表现，如便秘、腹泻、脓血便、大便习惯和外形改变等病史；右半结肠梗阻的腹痛在右侧和中上腹部，左侧梗阻腹痛多在左下腹。慢性梗阻可逐渐或忽然发展为急性梗阻。Beal提出：老年人有进行性腹胀和便秘是典型的结肠癌梗阻。正常人有10%~20%回盲瓣功能不全，部分结肠内容物可返流入回肠致小肠扩张、积气、积液，易误诊为低位小肠梗阻。若回盲瓣功能良好，回盲部与梗阻部位之间形成闭襻肠段；此时，回肠内气、液不断进入结肠，使结肠膨胀，腹胀明显，完全停止排气及排便，但仍可无呕吐。检查时除腹胀外，可见肠

型或扪及肿块，应行直肠指诊及X线检查。在腹部透视或腹部平片可见梗阻近端肠襻有明显扩张，远端肠襻则无气体，立位可见结肠内有液平。钡灌肠有助于鉴别，同时能确立梗阻部位及病因有重要作用。Buechter报告腹部X线平片和钡灌肠的诊断率分别为97%和94%。乙状结肠扭转常有便秘史或以往有多次腹痛发作，经排便、排气后症状缓解。临床表现除腹部绞痛外，有明显腹胀，而呕吐一般不明显。腹部X线平片可见“o”形。有疑问时，可作钡灌肠，在梗阻部位呈“o”形。胆石梗阻的诊断：多见于老年肥胖女性；在胆囊炎、胆石症基础上发病；有肠梗阻症状；X线平片表现：a.机械性肠梗阻；b.异位结石（肠内有迷走钙化结石）；c.胆道内有气体。对结肠梗阻诊断及治疗有困难时，Stewart主张用水溶性对照剂Diodone灌肠，他分析117例大肠梗阻，第一组腹部X线平片诊断为机械性大肠梗阻99例，但经Diodone灌肠明确为大肠梗阻者只有52例；第二组诊断为假性结肠梗阻18例，经Diodone灌肠证实15例，另2例为结肠癌，1例检查失败。因此，他认为Diodone灌肠对急性大肠梗阻的诊断和治疗有帮助，因可证实有无机械性肠梗阻，并可避免急性假性结肠梗阻手术。治疗结肠癌发生梗阻，手术治疗目的是解除梗阻和根治癌肿。对于右半结肠癌梗阻，多数外科医生同意行一期次全切除吻合术。对左半结肠癌梗阻，越来越多的作者主张行一期急诊次全切除吻合术。Matsui总结153例左半结肠癌梗阻行一期次全切除吻合术，认为本手术可一期处理梗阻与肿瘤，术后恢复快，死亡率低（10.45%），并发症少（25.6%）和无后遗症等优点。为了提高手术成功率，许多作者加强了术前术中的肠道清洁工作。Terasaka报

告5例用长的气囊管（240cm）治疗结肠癌引起的梗阻，将气囊管送至梗阻部位，5例术前减压效果均好，减压后腹胀明显好转，通过术前、术中减压和冲洗，可大大提高手术成功率和减少术后并发症。他认为长管的作用有以下几点：术前、术中均可行肠道冲洗和减压；变急诊手术为择期手术；可行术前抗生素肠道预备；通过治疗使部分切除替代全切除；不行近端造口而能安全切除吻合。但管子进入肝曲时间长是其缺点。有报道，左半结肠癌梗阻在术中应用顺行的结肠灌洗解除梗阻，变急诊为择期手术，效果良好。即从阑尾根部插入-Foley气囊导管至盲肠内，气囊充气，阑尾则与导管扎紧，然后经导管注入生理盐水3000ml，最后1000ml中还可加入卡那霉素1g和0.5%甲硝唑200ml，使近端结肠腔清洗干净，肠腔内灌洗液全部排空，去除Foley导管，切除阑尾。通过以上处理，不但保证了一期切除的顺利进行，并可避免术中污染和术后感染的发生。国内一组报告45例直肠癌并发急性梗阻中，仅14例可行切除手术，无手术死亡。14例切除中4例为急诊一期切除，2例为分期切除，8例为非急症手术。一期切除4例中3例生存5年以上，分期切除2例均在5年内死亡，非急症手术8例中，4例生存5年。总之，不论急症或非急症，应尽量争取一期切除肿瘤，但对危重患者来说，癌性梗阻的有效治疗仍是近端结肠造口术。对那些不能手术切除或复发的结直肠癌引起的梗阻，为了减轻患者痛苦，有人报道用Nd-YAG激光行肿瘤局部切除，有短期疗效。对由胆石引起的结肠梗阻可经结肠镜取石，一般不需手术。早期乙状结肠扭转的非手术治疗；自1947年Bruusgaard首先介绍经乙状结肠镜插肛管进行乙状结肠扭转复位，成功率86%，死亡

率14.2%，从而为本病开辟了一条治疗途径。非手术复位不但可以减少手术死亡率，并为择期手术预备了时间，对年老体弱者尤其适宜。但由于顾虑引起肠穿孔或担心延误手术时期致肠坏死，直到60年代本法才广为采用，收到引人注目的效果。目前仍认为，在无肠狭窄者均应经乙状结肠镜插入肛管，肛管通过扭曲部即可迅速排出大量积气和粪水，扭转即可自行复位，病人症状可迅速解除，收到立竿见影的效果。肛管宜留置2~3d，以防早期复发。扭转解除10d后应行一期乙状结肠切除吻合术。近年来用纤维结肠镜行乙状结肠扭转复位较其他非手术复位成功率高，盲目性小，安全度大。它与经乙状结肠镜插管相比具有以下优点：镜管细，病人易耐受；镜身软，不易损伤<sup>\*\*\*</sup>；光源强，视野清楚，可观察粘膜水肿程度；复位成功率高，乙状结肠镜复位失败者用纤维结肠镜复位可获成功；可将近侧结肠内气体完全吸净，减压彻底，一般不需留置肛管。手术治疗：剖腹探查指征：经非手术复位失败；有肠坏死或腹膜炎征象者；插镜时见肠腔内有血性粪水，或肠粘膜有坏死或溃疡形成。若扭转合并坏死时，必须行肠切除术，以作Hartmann手术为安全，因并发症少，死亡率低，且能充分切除已坏死的肠段。一期切除端端吻合，只适用于扭转结肠水肿与肠扩张不显著的病例。如病人全身情况尚好，无严重的腹膜炎，在血供良好的肠管上行切除吻合是安全的。Ballantyne总结2228例乙状结肠扭转的病死率，肠管有生气者12.4%，绞窄者52.8%。因此，乙状结肠扭转要尽早处理，以免发生肠坏死。胆石梗阻：<2.5cm结石常可由肠道自行排出，3cm直径结石可产生肠梗阻，有人报告24例胆石梗阻（结石直径2~4cm），23例行

手术治疗，其中19例肠切开取结石13例剖腹探查，结石在结肠内，1例行小肠切除。只1例自行排出。对急性假性结肠梗阻，过去多用保守治疗，如胃肠减压，纠正水电解质失衡，抗感染及肛管排气等，必要时行盲肠造术。近年来国内外许多作者报道用纤维结肠镜治疗此病获得成功。还有人认为，结肠未行肠道预备也可行纤维结肠镜检查，只需在检查前1h用1L水灌肠，冲出粪渣即可，检查时尽量少充气，不要盲目插管。如检查中发现肠粘膜缺血或出血应停止检查改作手术，以免发生穿孔。Gosche总结了9组共169例，行结肠镜减压共209次，其首次减压成功率平均为85%，复发率25%，病死率2%，需要进行手术减压者占13%。急性假性结肠梗阻手术适应证：**\*\*\*坏死及腹膜炎体征；盲肠直径 > 9cm或12cm者，因易穿孔；保守治疗失败；严重呼吸困难；诊断有疑问者。**盲肠直径和结肠减压的时机与死亡有直接关系。有一组资料表明，当盲肠直径 > 14cm时，其死亡、穿孔发生率达23%，死亡率为14%；而直径 < 14cm时，其坏死、穿孔和死亡率均为7%。发病后7d以上方进行结肠减者，其死亡率比发病后4d内手术者高出5倍。当结肠坏死或穿孔而行急症手术时，死亡率高达10%~50%。因此，早期诊断，及时减压，可降低死亡率。总之，结肠梗阻的治疗方法多种多样，选用何种方式应根据患者全身及局部情况而定，没有固定不变的术式，每个人处理患者的经验和方法也不相同。因此，要结合自身条件，综合考虑，以求最佳疗效。创造条件争取一期切除吻合是当今治疗结肠癌性梗阻的趋势。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)