

急性胃肠穿孔 76 例诊治体会

呷瓦扎巴

作者单位: 626500 四川, 甘孜藏族自治州炉霍县人民医院外科

作者简介: 呷瓦扎巴(1976-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 临床普通外科疾病的诊治。E-mail: yangxj613@sina.com

[摘要] 目的 探讨急性胃肠穿孔的临床特点和诊疗措施。方法 对该院 2009-03 ~ 2013-03 收治的 76 例急性胃肠穿孔患者的临床资料进行回顾性分析。结果 手术治愈 57 例, 保守治愈 3 例, 转院 6 例, 自动出院 6 例, 死亡 4 例。结论 急性胃肠穿孔发病急、病情凶险, 尽早诊断和采取合理有效治疗措施, 可减少并发症, 提高治愈率。

[关键词] 急性胃肠穿孔; 诊断; 手术治疗

[中图分类号] R 656.6+1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)11-1089-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.21

Experience of diagnosis and treatment of acute gastrointestinal perforation: report of 76 cases *Ca wa zha ba.*
Department of Surgery, Luhuo County People's Hospital, Ganzi Tibetan Autonomous Prefecture, Sichuan 626500, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical features and treatment measures of acute gastrointestinal perforation (AGP). **Methods** The clinical data of 76 patients with AGP treated in Luhuo County People's Hospital was analyzed retrospectively from March 2009 to March 2013. **Results** Fifty-seven patients were cured by surgical treatment; 3 patients were cured conservatively; 6 patients were transferred to another hospital; 6 patients discharged voluntarily; 4 patients died. **Conclusion** Acute gastrointestinal perforation is a severe disease with acute onset and early diagnosis and reasonable and effective treatment can reduce the incidence of complications and improve the cure rate.

[Key words] Acute gastrointestinal perforation (AGP); Diagnosis; Surgical treatment

胃肠穿孔是外科常见的急腹症, 往往起病急, 病情加重快。但部分患者早期临床表现缺乏特异性, 易被误诊、漏诊及延迟诊断, 甚至贻误治疗, 造成严重后果。而尽早诊断, 及时合理有效治疗, 是减少并发症, 提高治愈率的关键所在。本文就我院 2009-03 ~ 2013-03 收治的 76 例急性胃肠穿孔患者的临床资料进行回顾性分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 76 例患者中, 男 51 例, 女 25 例, 年龄 7 ~ 74 岁, 平均 49.6 岁; 发病到就诊时间 0.5 ~ 79 h; 住院 9 ~ 37 d, 平均 13 d。病因分类: 外伤 24 例(31.6%, 其中交通事故伤 16 例, 跌落伤 4 例, 刀刺伤 4 例), 消化性溃疡穿孔 16 例(21.1%), 粪性结肠穿孔 18 例(23.7%), 肿瘤穿孔 12 例(15.8%), 肠结核穿孔 4 例(5.3%), 其他原因 2 例(2.6%)。穿孔部位: 胃部 22 例(28.9%), 十二指肠 7 例(9.2%), 空、回肠 12 例(15.8%), 结肠 26 例(34.2%)。合并

症: 结肠穿孔 6 例(7.9%), 空肠穿孔 3 例(3.9%), 颅脑损伤、胸腔损伤、腹腔实质器官破裂 8 例(10.5%), 高血压、糖尿病、心脏病 29 例(38.2%)。

1.2 临床表现 本组病例中, 除 9 例(11.8%) 出现昏迷、休克外, 其余 67 例(88.2%) 均有不同程度的腹部疼痛, 其中伴有呕吐 29 例(38.2%), 呕血 12 例(15.8%), 便血 4 例(5.3%)。查体: 全腹压痛 58 例(76.3%), 具有腹肌紧张、呈典型“板状腹”38 例(50.0%), 肠鸣音减弱或消失 31 例(40.8%)。

1.3 诊断 入院后给予 B 超、X 线检查以及腹腔穿刺等理化检查, 治疗前(手术、保守治疗)明确诊断 59 例, 剖腹探查术中/术后明确诊断 17 例。

1.4 治疗方法 治疗方法分为保守治疗和手术治疗。针对年龄小、穿孔时间短、腹部体征较轻、穿孔部位特殊的患者采取保守治疗, 让患者保持半坐卧位, 禁饮食, 持续胃肠减压, 抗感染, 营养支持, 补充水、电解质并监测生化指标及观察腹部体征等措施,

76例患者中保守治疗5例(6.6%)。所有患者均给予持续胃肠减压,补充血容量,积极控制感染,营养支持,生命体征监测,以及并发症治疗。对穿孔时间短、组织水肿轻、精神状态好的患者采取胃大部切除术。对于身体状况一般、恶性肿瘤已并发转移、合并有心肺疾病等患者采取单纯穿孔修补术。对于多发穿孔、腹腔污染严重患者多采取Hartmann手术(结肠造瘘术)。76例患者手术治疗67例(88.2%),其中胃大部切除术35.8%(24/67),单纯穿孔修补术46.2%(31/67),Hartmann手术17.9%(12/67)。术后给予胃肠减压、抗感染、支持等综合治疗。对29例合并症患者术前或术后在内科协助指导下进行综合治疗。其余4例患者,其中1例合并颅脑损伤在术前准备过程中(入院确诊后4h)死亡,1例合并脾破裂在入院确诊后1.5h因失血过多死亡,另外2例入院确诊后经一般处理(给予胃肠减压等)后直接转上级医院。

2 结果

本组76例中,手术治愈57例(75.0%),保守治愈3例(3.9%),术后因经济困难等原因自动出院6例(7.9%),转上级医院6例(7.9%),死亡4例(5.3%)。

3 讨论

3.1 急性胃肠穿孔除不确定性外伤因素外,较为常见的因素主要有消化性溃疡、肿瘤、结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎和长期严重便秘等。特别值得提出的是长期严重便秘诱发结肠穿孔,即粪性结肠穿孔。该病可发生于各个年龄段,尤其好发于50岁以上,合并高血压、糖尿病、冠心病等心脑血管疾病的老年人,随着年龄的增长,肠道功能障碍,肠道供血不足,严重的慢性便秘,可促使坚硬粪块的形成,对肠壁形成持续的压力,使黏膜下毛细血管受压,肠壁灌注减少,致使肠黏膜糜烂、溃疡形成。在大便用力过猛、剧烈咳嗽、负重等诱因下,近端肠腔压力急剧增高而诱发穿孔^[1]。

3.2 急性胃肠穿孔随穿孔部位、孔径大小、年龄段分布等不同而表现各异,通常穿孔部位越高,自觉症状及腹膜炎表现越早、越明显。由于含有食物、胃液、胆汁、胰液及血液的混合物溢入到腹腔,引起化学性和细菌性腹膜炎,产生剧烈的持续性腹痛。穿孔部位越低,自觉症状及腹膜炎出现得越晚,因而诊断也越困难。低位穿孔多发生于降结肠以下部位。该段肠腔内储存大量粪便,液体成分相对较少,细菌含量较高,干燥的粪便不易从穿孔部位进入腹腔,因而出现腹部体征的时间较晚。由于老年人腹壁肌肉

松弛、萎缩,缺乏张力,疼痛域值较高,对炎症应激反应性差,因而缺乏突发性上腹痛或“板状腹”体征,表现出的临床症状、体征与病情不一致,不能真实反映疾病的严重程度,极易被误诊或延迟诊断。随着穿孔时间的延长,腹膜炎、腹腔脓肿、中毒性休克、器官功能紊乱等并发症增多,其病死率也相应增高^[2]。

3.3 急性胃肠穿孔患者中,绝大多数表现为突发的剧烈腹痛,典型的“板状腹”体征,B超可发现腹腔内液体积聚、X线检查发现有膈下游离气体,腹腔穿刺抽出食物、胆汁及血性混合液体,因而入院后在较短时间内即可明确诊断。由于儿童患者可能因为疼痛、恐惧等原因,病史、症状诉说不清,查体不能配合;合并颅脑损伤、胸部损伤、腹腔实质器官破裂患者,因昏迷、休克、腹腔内大量积血极易掩盖胃肠穿孔症状,给诊断带来一定的难度,往往容易发生漏诊或误诊。若通过B超、X线、腹腔穿刺、阴道后穹穿刺等检查仍不能作出明确判断的,可尽早进行剖腹探查。在关于X线检查与腹腔穿刺检查的先后顺序问题上,笔者认为X线检查前进行反复多次的腹腔穿刺,可能会造成空气自穿刺部位进入到腹腔形成“人工”膈下游离气体而导致误诊。因而主张先进行X线检查,再进行腹腔穿刺。

3.4 急性胃肠穿孔一旦确诊,应立即进行合理有效的治疗。在治疗方案的选择上,应根据患者的实际情况,把抢救患者的生命放在第一位^[3]。对于年龄不大、穿孔较小、漏入腹腔的污染物较少、腹部体征较轻、穿孔部位邻近组织可形成屏障,有利于阻止胃肠腔内容物进入到腹腔的患者,多主张采取保守治疗。给予胃肠减压,禁食,半卧位,积极抗感染,营养支持等综合治疗。保守治疗的缺点在于不能及时去除已漏入腹腔内的污染物,存在腹腔脓肿形成的风险。因而在保守治疗过程中,必须密切观察腹部体征及理化指标。一旦出现腹部体征加重,理化指标异常,应立即进行手术治疗。对绝大多数患者而言,病情决定优先选择手术治疗,其优点在于见效快,可对漏入腹腔内的污染物进行全面彻底清除,并可对穿孔病变进行直视观察判断,取材送检。手术方式的选择,应根据患者腹腔内实际情况而定。对于胃肠穿孔时间短,穿孔口径大,组织水肿轻,精神状态好,肿块较局限的患者,多采用“胃大部切除术+胃肠吻合术”;对于老年合并有心脑血管疾病,一般情况较差,恶性肿瘤已并发转移,不能耐受较长时间手术、麻醉的患者可行姑息性单纯穿孔修补术。单纯

穿孔修补术的优点是手术操作简单,时间短,可靠性高,可延长患者的生存期。对于术中确定已经坏死,肿瘤浸润无转移肠管,可行病变肠段切除及肠端端吻合术。手术过程中遵循“上要空、口要正、下要通、血运好、无张力”和术后“引流要超过危险期”的原则。同时术中可进行肠道减压,清洁灌肠以除去结肠内的粪便,减少细菌及毒素含量,术后早扩肛,早排气,早进食,有利于吻合口愈合,防止吻合口漏的发生^[4]。对于多处穿孔、肠壁薄弱、腹腔污染严重的患者,常采用 Hartmann 手术。该术式能使病灶得到最好处理,术后无吻合口漏、排便问题等并发症^[5]。待患者腹膜炎症状消失或全身情况好转后再进行二期吻合术。术后综合、系统的治疗,是确保手术成功的重要环节,特别是抗感染治疗和营养支持治疗尤为重要。营养支持不仅是一种支持手段,更是一种必不可少的治疗措施,能增强患者的愈合能力与免疫能力,可减轻低蛋白血症,促进肠壁水肿消退,使肠管功能早日恢复,让患者尽快度过全身性炎症反应综合期^[6]。癌性穿孔患者术后还需进行放、化疗,结核穿孔患者必须接受严格的抗结核治疗,有并存病应在内科协助下进行合理治疗。

3.5 值得注意的方面:(1)术中探查肠、系膜挫伤严重者,严格把握病变肠段切除指征,防止因迟发性穿孔而再次开腹。(2)术中病变部位存在癌性迹象时,应术中行快速冰冻切片检查,便于术中手术方式的选择。所切除病变部分均应送检,利于术后指导用药及预后的判断。(3)X 线检查,尽量采取立位检查,有利于提高少量游离气体的检出率,避免漏诊。(4)老年患者不能因为年龄大,血压、血糖高,心肺功能差而作为手术禁忌证。

参考文献

- 1 卢福明,赵忠新,李凯旋.乙状结肠自发性穿孔临床分析[J].结直肠肛门外科,2010,16(2):95-97.
 - 2 刘运平.24 例老年人胃十二指肠穿孔临床分析[J].河南医学研究,2013,22(1):91-92.
 - 3 江波.急性老年胃十二指肠穿孔的临床诊治分析[J].医学信息(下旬刊),2010,23(11):129-130.
 - 4 张杰.结肠癌并发急性穿孔诊治及 58 例治疗体会[J].中国实用医药,2012,7(12):65-66.
 - 5 李杨.特发性结肠坏死穿孔 32 例[J].世界华人消化杂志,2010,18(11):1178-1181.
 - 6 张三荣,马国栋.近段空肠穿孔并发急性弥漫性腹膜炎 3 例临床分析[J].基层医学论坛,2013,17(8):1087-1088.
- [收稿日期 2013-06-13][本文编辑 黄晓红 韦颖]

学术交流

超声内镜联合 EMR 或 ESD 在食管表浅隆起性病变诊断和治疗中的作用

吴付力, 农兵

作者单位: 547000 广西,河池市第三人民医院内二科(吴付力); 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院消化内科(农兵)

作者简介: 吴付力(1974-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:胃肠疾病的诊治。E-mail:wufu0057@sina.com

[摘要] 目的 探讨超声内镜(EUS)联合内镜下黏膜切除术(EMR)或内镜下黏膜剥离术(ESD)在食管表浅隆起性病变诊断和治疗中的价值。方法 对 35 例经 EUS 检查拟诊为食管表浅隆起性病变患者进行 EMR 或 ESD 治疗的病例资料进行回顾性研究,分析病变部位的 EUS 图像、病理诊断结果及随访治疗效果。结果 35 例中 21 例经 EMR 治疗,14 例经 ESD 治疗。经病理组织学检查确诊为早期食管癌 9 例,重度不典型增生 5 例,良性间质瘤 3 例,腺瘤性息肉 4 例,非腺瘤性息肉 6 例,平滑肌瘤 8 例。经 EUS 及病理证实病变均起源于黏膜层、黏膜肌层和黏膜下层。34 例分别于术后 1、3、6 月复查 EUS 随访,术后 1 个月后伤口均完全愈合,无出血、食管狭窄及局部复发现象发生。结论 联合应用 EUS 和 EMR 或 ESD 技术,不仅可以提高食管表浅隆起性病变早期的确诊率,而且是一种微创、有效、安全、快速的治疗措施。

[关键词] 超声内镜; 内镜下黏膜切除术; 内镜下黏膜剥离术; 食管黏膜下病变