

• 研究报告 •

急性肠扭转早期诊治体会

焦桂良¹ 蒋志龙¹ 陆金亮¹ 常来¹ 邱晶晶¹ 丁银新²

[摘要] 目的:总结急性肠扭转的早期诊断及治疗的经验。方法:对我院近 5 年中的 62 例急性肠扭转患者的临床表现、检查及治疗方法回顾性分析,探讨肠扭转的早期诊断及治疗问题。结果:51 例肠扭转患者经螺旋 CT 检查确诊,8 例经钡灌肠确诊,3 例经腹腔镜探查确诊;52 例行手术治疗(其中 35 例系腹腔镜下手术),2 例经钡灌肠时复位,3 例肠镜下复位成功,5 例保守治疗好转。结论:早期在临床出现“症征分离”性腹痛时,立即行螺旋 CT 检查,但检查阴性征象不能轻易排除本病,必要时行腹腔镜探查。对于有急性期肠扭转超过 180° 以上的患者建议及时早期手术(包括腹腔镜下复位),对于乙状结肠扭转患者,如果症状较轻,可考虑肠镜下或钡灌肠试复位,如保守治疗失败或出现肠坏死症状时应及早进行手术。

[关键词] 急性肠扭转;早期诊断;治疗

[中图分类号] R656 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2013)10-0494-03

Early diagnosis and treatment of acute volvulus experience

JIAO Guilang¹ JIANG Zhilong¹ LU Jinliang¹ CHANG Lai¹ QIU Jingjing¹ DING Yinxin²

(¹Department of General Surgery, People's Hospital of Taixin, Jiangsu, 225400, China; ²Department of Radiological, People's Hospital of Taixin)

Corresponding author: CHANG lai, E-mail: 56951263@qq.com

Abstract Objective: Summarize the acute volvulus of early diagnosis and treatment experience. **Method:** The clinical data of 62 cases with acute volvulus admitted in our hospital during the last five years were retrospectively analyzed, including clinical manifestations, inspection and treatment methods, the early diagnosis and treatment of volvulus were discussed. **Result:** 51 cases of volvulus patients were diagnosed by MSCT examination, 8 cases were diagnosed with dilute barium enema, 3 cases were diagnosed by laparoscopic exploration diagnosis; 52 cases underwent routine surgical treatment (35 cases of laparoscopic surgery department), 2 cases restored flowing dilute barium enema, 3 cases restored by colonoscopy, 5 cases get better by conservative treatment. **Conclusion:** Spiral CT should be carried on immediately when "disease sign separation" abdominal pain appears early, but the disease can not be easily ruled out when we got negative signs, laparoscopic exploration is necessary. For patients with acute volvulus exceed 180°, early surgery is recommended (including laparoscopic reset). For patients with sigmoid torsional, if symptoms are mild, colonoscopy or dilute barium enema reset may be considered, if conservative treatment fails or bowel necrosis symptoms appears, surgery should be taken as soon as possible.

Key words acute volvulus; early diagnosis; treatment

肠扭转发病急,变化快,病情凶险,是一种严重的急腹症,临床较为常见,死亡率高达 15%~20% 以上^[1-2],生存者常因切除肠管过多而出现短肠综合征,早期易误诊,极易导致医疗纠纷。故及时正确的早期诊断和治疗对患者的生存和预后有着重要的临床意义。2007-02—2012-03 我院共收治肠扭转患者 62 例,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2007-02—2012-03 收治的肠扭转患者 62 例,其中男 36 例,女 26 例,年龄最小 15 岁,最大 82 岁,平均 40.5 岁,发病时间 2 h~3 d(<4 h

的患者 43 例),住院时间 6~21 d,平均 10.3 d。发病原因:饱餐后运动 30 例,手术史 20 例,原因不明 12 例。

1.2 症状与体征

突发腹部剧痛多于脐周持续性疼痛阵发性加重 50 例,频繁呕吐、腹胀转为绞痛 12 例,其中伴腰背部放射 34 例,喜取胸膝位或蜷曲侧卧位。全组病例均有恶心、频繁呕吐。肛门停止排气、排便 31 例。查体:早期休克 6 例,腹膜刺激征明显 13 例,肠鸣音亢进 31 例,减弱 10 例,叩诊浊音 8 例。

1.3 术前辅助检查

腹平片有液气平面 13 例;8 例钡灌肠钡剂逆流及肠管逆蠕动,钡影尖端呈“鸟嘴”形;腹部 B 超提示小肠梗阻,肠管壁增厚,小肠逆蠕动的 16 例。所有病人术前均行腹部 CT 检查。16 例患者见梗

¹江苏省泰兴市人民医院普外科(江苏泰兴,225400)

²江苏省泰兴市人民医院放射科

通信作者:常来, E-mail: 56951263@qq.com

阻近端肠管扩张,可见液气平面,扭转肠袢扩张积液;肠扭转度数 $180^{\circ}\sim 420^{\circ}$ 不等,其中顺时针扭转 38 例,逆时针扭转 12 例。根据扭转发生的位置分为乙状结肠扭转 8 例,空肠扭转 9 例,回肠扭转 12 例,全小肠扭转 22 例。 360° 以上肠扭转肠系膜血管漩涡征 46 例,可见肠管“漩涡征”和系膜“漩涡征”征象,肠管 C 形征 48 例,腹水征 8 例,肠系膜血管走行扭曲聚集 18 例,肠壁靶环征 4 例,鸟喙征 3 例。血常规白细胞超过 $12.5\times 10^9/L$,中性粒细胞升高。

1.4 诊断与治疗

术前 59 例确诊肠扭转,诊断绞窄性肠梗 13 例,诊断性腹穿抽出出血性液体 13 例。52 例手术(35 例系腹腔镜下手术),术中见腹腔有淡黄色液 39 例,淡红色液 7 例,暗红色液 6 例。16 例腹腔积液超过 400 ml,与术前腹部 CT 超一致;全小肠扭转 22 例,空肠扭转 9 例,回肠部分扭转 1 例,扭转角度 $120^{\circ}\sim 720^{\circ}$,肠粘连 23 例,肠内粪石 5 例,系膜过长、肠拌两端间距较近 11 例,肠肿瘤 3 例,肠憩室 10 例。

2 结果

本组 6 例有不同程度肠坏死行肠切除端端吻合术,3 例肠肿瘤切除吻合术,5 例行肠切开粪石取出术,10 例行肠憩室切除术。23 例行肠粘连松解肠扭转复位,11 例单纯性肠扭转行扭转复位系膜固定术。全部治愈出院。

3 讨论

肠扭转是外科常见的急腹症之一,是一段肠管沿其系膜长轴旋转而造成的闭袢性肠梗阻。扭转发生后肠袢两端均受压迫,而形成闭袢型肠梗阻,同时肠系膜血管受压形成绞窄性肠梗阻,扭转肠袢很快发生血循环障碍,闭袢的肠腔又高度膨胀,容易造成肠穿孔、急性腹膜炎。其扭转是解剖基础上物理因素与机械因素综合作用所致^[1-2]。当一段游离肠袢两端固定且其间距较短而这一肠袢较长,尤其饱餐后大量食物涌入肠袢,肠腔内大量积存粪便、粪石或肠管内有肿瘤、憩室、先天性巨结肠都可使肠袢重量增加,肠蠕动增快。强烈的肠蠕动或突然体位改变推动肠袢致扭转。肠粘连、习惯性便秘也是导致肠扭转的原因。

小肠扭转多见于成年体力劳动者、青少年,结肠扭转多见于老年人,回盲肠扭转较少见。小肠扭转多有饱餐后运动史,早期腹痛为突发,剧烈持续性绞痛,有阵发性加重,脐周与下腹部明显。呕吐于腹痛一开始时即出现,频繁呕吐后腹痛不缓解,呕吐胃内容物及胆汁样物,可伴腰背部牵涉痛(系膜扭转牵拉后腹膜所致)。患者常为强迫蜷曲位。对于低位肠扭转可早期出现肛门停止排气、排便,而小肠扭转早期没有。肠扭转出现明显腹部体征

者多数病人依据病史,如腹部手术史,青少年饱餐后剧烈运动史,老年人有腹胀和习惯性便秘史,或已诊断有小肠憩室者等。结合典型症状体征及相关辅助检查,作出本病诊断并不困难。但早期肠扭转患者腹部压痛不明显,无明显腹胀,无明显腹肌紧张及反跳痛,可以没有高亢的肠鸣音,可以有排气排便,但疼痛极为严重,我们在临床称之为“症征分离”性疼痛,极易误诊为胃痉挛、肠痉挛痛或急性胃肠炎。故我们的经验是出现腹部“症征分离”性疼痛,而没有腹泻、发热等现象,要考虑存在肠扭转可能。

肠梗阻辅助检查上首选 X 线检查,但肠扭转作为一种特殊类型的肠梗阻,早期 X 线检查阳性率极低。本组 62 例患者中 13 例腹部平片术前有液气平面,证明了这一点。故我们在临床上发现腹部“症征分离”性疼痛患者,常规行腹部多层螺旋 CT (MSCT) 检查。肠扭转 CT 影像学征象系相应的肠系膜血管发生旋转,CT 图像中出现漩涡状改变,常称漩涡征,表现情况包括肠管呈漩涡状、肠系膜漩涡状及以肠系膜血管为主的漩涡状征^[3]。该段肠系膜内的血管在肠扭转时也必然扭转,CT 表现为肠系膜根部呈漩涡状或靶状肿块,增强后可见肠系膜血管呈漩涡状排列及肠管呈螺旋状分布。其次,相当多患者 MSCT 平扫检查均发现有肠袢呈 C 形,扭转肠袢内积液积气,鸟喙征及周围肠管内见液气平面,出现比率较高^[4]。不难看出,结合螺旋 CT 增强扫描及血管重建可以了解血管扭转、血管性梗塞,肠系膜血管血流障碍情况,肠扭转可造成局部肠壁血供障碍,可导致局部肠缺血,乃至肠坏死。据此,可以直观显示病变的部位、范围、形态、肠管扩张、肠壁强化程度(以此判断肠壁血运情况)以及肠道梗阻程度,同时肠系膜血管重建可以知道肠扭转圈数,为临床下一步治疗提供了诊治的重要依据。所以,临床凡是急腹症患者,确诊依据不充分的情况下,行 MSCT 双期扫描将会提供更多有用信息。而 MSCT 双期扫描并结合肠系膜血管重建检查是肠扭转术前确诊不可或缺的重要检查手段之一^[5]。故一旦 MSCT 疑有肠扭转需立即处理。

肠扭转是一种较严重的机械性肠梗阻,常可短期内发生肠绞窄、坏死,死亡率高,死因大多为就诊过晚或延误治疗。高度怀疑肠扭转时应尽早进行干预治疗,治疗包括手术、腹腔镜下复位、肠镜下或稀钡灌肠试复位,甚则保守治疗。极早期的肠扭转可直接复位,若肠管扩张但无明显坏死,为减轻肠内毒素吸收,术中应先减压后复位,复位后再次观察确定是否有肠管坏死,并切除坏死肠管行端端吻合,切除范围应超出坏死处 5 cm,以防肠痿。小肠大部分切除后,可能引起短肠综合征,可将一段长

约 8~10 cm 带系膜及血管的末端回肠切断,倒置后重新吻合,形成逆蠕动肠袢,减慢小肠内容物通过,改善患者营养状况^[6-7]。系膜过长、肠袢两端间距较近的患者复位后需系膜固定或肠管 S 排列术。对于肠扭转角度较小(小于 180°)的患者可考虑改变体位保守治疗。对于粘连引起的小角度扭转,CT 难以诊断,保守亦无效,但经验又不能排除肠扭转可能,临床观察可能会导致大面积肠管切除,故我院使用腹腔镜探查诊断,同时一并处理粘连和扭转。对于乙状结肠扭转,早期可考虑肠镜下复位,有时用钡灌肠在确诊乙状结肠扭转的同时便可使部分患者扭转复位。在肠镜及钡灌肠复位后需密切观察病情,以免遗漏肠坏死的患者引起死亡。乙状结肠扭转多为乙状结肠冗长引起,行单纯复位复发率高达 50%,术中行肠复位,2 期行乙状结肠切除术是最有效方法^[8-9]。所有手术必需去除肠扭转复发的根本因素。目前腹腔镜在急诊手术中的应用,我院根据患者提供的病情信息及术前检查对腹腔进行全面检查,并可进行有针对性的治疗^[10],我们的体会是腹腔镜在早期肠扭转中可避免大切口的困扰而解决复位等问题,并可以使难以诊断的病例得到明确的诊断,对于小肠肿瘤、小肠憩室、肠内粪石、肠粘连等引起的肠扭转在没有肠坏死的情况下予以直接复位并同时解决引起肠扭转的根本原因。本组患者无死亡,肠切除率低,恢复好归功于患者就诊早,医生早期诊断快,治疗及时。

总之,肠扭转早期诊断极为不易,对不明原因的临床出现“症征分离”性腹痛,立即行腹部螺旋

CT 检查。一旦怀疑,尽早治疗(手术、肠镜下,钡灌肠或腹腔镜下)。

参考文献

- [1] 慕容洋洋,江山,苏阳. 急性肠扭转的临床诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(5): 292-293.
- [2] 吴阶平,裘法祖,黄家驷. 外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 1154-1156.
- [3] IANNELLI A, FABIANI P, DAHMAN M, et al. Small bowel volvulus resulting from a congenital band treated iatrosopically[J]. Surg Endosc, 2009, 16: 538-538.
- [4] CHOU C K, WU R H, MA K C W, et al. Clinical significance of poor CT enhancement of thickened small bowel wall in patients with acute abdominal pain[J]. AJR, 2010, 186: 491-498.
- [5] 蒋清,罗江山,刘寒湘,等. 多层螺旋 CT 对肠扭转的优势探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(7): 99-100.
- [6] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2005: 482-483.
- [7] 华子,文武,杨沅. 肠扭转的诊断治疗与临床分析[J]. 普外临床, 2006, 21(4): 247-248.
- [8] 黄志强,黎鳌,张肇祥. 外科手术学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 812-817.
- [9] 龙子,满媛,文杰. 结肠扭转的诊治与临床研究[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 23(1): 62-63.
- [10] 杨雪菲,李明伟,钟克力,等. 腹腔镜探查在胃肠外科急诊中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(6): 634-635.

(收稿日期: 2013-02-01)

量的数值为何要用量/单位的形式表达

目前,诸多科技期刊论文中表格参数栏的量与单位用“量(单位)”,如:血压(mmHg)、年龄(岁)、发病时间(h)表示,这是不对的。国家标准规定,应当以“量/单位”的形式表示量的数值,这是因为:量=量的数值×单位,例如:血压=140 mmHg(即 140×mmHg);那么“量的数值=量/单位”,即“140”系由“血压/mmHg”得出的。所以,应以:年龄/岁、发病时间/h、直径/mm 等表示其数值。国家标准还规定,表示相除的斜线不得多于 1 条,所以,表格中“心率”的数值应这样表示:心率/(次·min⁻¹)。

《临床急诊杂志》编辑部