

## 小肠内固定空肠造口术治疗和预防粘连性肠梗阻

胡俊波, 杨传永, 严群, 杨福文, 龚建平

胡俊波, 杨传永, 严群, 杨福文, 龚建平, 华中科技大学同济医学院附属同济医院外科 湖北省武汉市 430030  
项目负责人: 杨传永, 430030, 湖北省武汉市汉口区解放大道1095号, 同济医院胃肠外科. yanghui@tjh.tmu.edu  
电话: 027-83662189 传真: 027-83646605  
收稿日期: 2004-08-16 接受日期: 2004-11-04

### 摘要

**目的:** 探讨粘连性肠梗阻的治疗和预防方法。

**方法:** 回顾性分析本院自2001-01/2004-01 31例术中诊断为粘连性肠梗阻或术后极有可能再次发生粘连性肠梗阻而行小肠内固定空肠造口术患者的临床资料。

**结果:** 31例患者均无手术死亡和肠瘘发生, 术后有6例发生切口感染, 其中28例患者随访了6 mo到3 a, 均无肠梗阻复发。

**结论:** 小肠内固定空肠造口术是治疗和预防粘连性肠梗阻复发的简便、安全、有效的手段, 具有一定临床实用价值, 值得推广。

胡俊波, 杨传永, 严群, 杨福文, 龚建平. 小肠内固定空肠造口术治疗和预防粘连性肠梗阻. 世界华人消化杂志 2005;13(2):426-427  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/426.asp>

### 0 引言

粘连性肠梗阻是外科常见急腹症, 容易复发, 处理棘手, 特别是反复粘连者, 故预防和治疗肠粘连导致的肠梗阻一直是外科医师关注的问题。单纯手术只能松解粘连, 且术后常进一步加重粘连, 多次手术不但加重病情, 预后亦差。为此, 学者们提出了多种治疗和预防措施。我们回顾性地分析2001-01/2004-01 我科对在手术中诊断为粘连性肠梗阻或术后可能再次发生粘连性肠梗阻的31例患者采用小肠内固定空肠造口术治疗, 取得了满意疗效。报道如下。

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 本组患者31例, 男18例, 女13例。年龄最大78岁, 最小21岁, 平均39岁。有腹部手术史者26例, 其中上腹部手术史者10例(胃、胰腺、脾脏手术), 下腹部手术史16例(结直肠、妇科手术);曾一次肠粘连行松解手术者8例, 两次和两次以上手术者13例, 肠梗阻反复发作, 但未做过肠梗阻松解手术者3例, 无手术史者5例, 虫腹症2例, 克罗恩氏病3例。小肠内固定空肠造口术的手术适应证:(1)粘连性肠梗阻反复多次手术者;(2)腹部严重的创伤并发腹腔严重感染或空腔脏器穿孔致

弥漫性腹膜炎者;(3)小肠粘连松解术后具有广泛的浆膜粗糙面者;(4)虫腹症并发肠梗阻非手术治疗无效者;(5)克罗恩氏病穿孔并发腹腔慢性炎性包块可切除者;(6)肿瘤化疗后并发完全性肠梗阻者等。小肠内固定空肠造口术的手术禁忌证:(1)单纯性粘连性肠梗阻;(2)克罗恩氏病并发广泛性肠粘连者;(3)肿瘤放疗后并发放射性肠炎肠梗阻者。此术式的并发症较少见, 有可能并发远端出口处肠瘘, 其原因可能系:出口处荷包缝合不牢靠或患者合并重度营养不良。另外拔管时速度过快力量过大易导致肠套叠或将管拉断, 本组未发生上述并发症。

**1.2 方法** 手术一般取原切口, 超出其上或下端3 cm, 在无粘连处切开腹膜, 无手术史者则取左、右旁正中探查切口。进腹后应首先分离与前腹壁、侧腹壁、大网膜的粘连, 检查全部肠管, 了解梗阻的部位、形式和程度, 以确定手术方式。需作小肠内固定者, 按以下步骤处理。

**1.2.1 分离、松解粘连, 解除梗阻, 肠腔减压** 对无肠管绞窄坏死者, 先切除粘连带, 肠管成角或压迫形成梗阻的粘连部分分离松解, 视具体情况选择在梗阻之上行肠腔减压后并缝合减压孔。对于已有绞窄坏死的肠管, 肠壁损伤严重者;一组较短肠袢紧密粘连成团难以分离者, 予以切除, 一期吻合。然后行肠内置管固定。术中注意肠切除的范围不要过大, 尽量保留有生机的肠管。

**1.2.2 肠内置管固定空肠造口术** 取一根乳胶管, 直径大于0.5 cm, 长度视术中肠管的长度而定, 一般3-4 m, 其位于肠腔内的两端各剪5-6个侧孔, 侧孔间距5-10 cm, 横经不超过管径的1/3, 插管则从上向下顺行插入, 首先同空肠造瘘一样, 在距屈氏韧带远端约20 cm处的肠壁上切开一小孔, 将备好的乳胶管套上5-6 cm的玻璃棒(玻璃棒的另端套上一段5 cm长的乳胶管, 便于肠内置管以及避免置管时损伤肠管)便于插入, 沿空肠一直插到回盲部, 切除阑尾, 从阑尾基部穿出, 并于阑尾基部做一双层荷包缝合包埋, 然后将此管与其相对应的腹壁穿出固定。管近端同空肠造瘘一样处理, 从左上腹壁另戳孔穿出, 妥善固定。腹腔清理干净, 将小肠从上至下依次呈大弧度顺其自然置于腹腔, 关腹。

**1.2.3 术后处理** 防止内固定管滑脱, 近、远端穿出腹壁处要固定好。术后早期行肠管减压(两端接引流袋), 并可从此管注入少量中药或蓖麻油, 促进肠蠕动尽早恢复。对如克罗恩氏病则可通过此管直接局部给药, 较其他给药途径效果更佳。可经此管行肠内营养。术后2 d开始给予平衡液500 mL加10%氯化钾溶液20-40 mL缓慢滴注24 h, 待肠功能恢复(引流管远端有气体或液体排出)后, 可给予肠内营养制剂(如能全力、瑞素等)。一般在

术后2 wk左右可拔出内固定管. 剪去消毒后的肠排列管近端体外部分, 从远端拔出, 拔管时动作应轻柔、缓慢, 以免造成肠套叠. 患者如有不适, 不必一次性拔出, 可于1-2 d内分次拔出. 造瘘口一般4-5 d左右愈合. 如需继续肠内营养, 可适当延长拔管时间.

## 2 结果

26例复杂性粘连性肠梗阻全部治愈, 无手术死亡和肠瘘发生, 术后随访6 mo至3 a, 无肠梗阻复发; 2例革腹症, 3例克罗恩氏病及2例严重腹部外伤者也全都获治愈.

## 3 讨论

腹部手术后, 肠粘连致肠梗阻仍然是腹部外科医生的重大难题, 有人报道腹部外科手术术后约90%的患者存在粘连, 40%以上会起粘连性肠梗阻<sup>[1]</sup>. 肠管粘连扭曲、成角致肠梗阻特别是复发的或再次手术后的粘连性肠梗阻一直困扰着外科界. 为使肠管产生有序粘连而不致于肠梗阻, 维持小肠正常生理功能, 肠排列固定术在临床上的应用不断改进和发展<sup>[2-3]</sup>.

小肠内固定术<sup>[4-6]</sup>的原理是: 利用导管的弹性作用将形成大弧度的肠粘连固定, 避免形成锐角、扭曲, 从而达到预防术后肠梗阻复发. 相比较, 我们认为肠内固定术还具有如下优点: (1) 小肠内固定术较小肠外固定操作简单, 对小肠浆肌层没有因固定缝合而增加人为损伤, 术后减少肠漏以及肠间感染等并发症的发生; (2) 采用直径大于0.5 cm乳胶管作小肠内固定空肠造口术, 此管比传统的M-A管、胃管、改良的Baker管等相比, 其弹性好, 口径大, 支撑引流效果好, 且其长度留有充分余地, 可根据患者的肠管实际长度截取; (3) 小肠置管内固

定空肠造口, 术后其两端开放引流减压无需置胃管行胃肠减压, 不影响患者术后咳嗽、呼吸, 且其术后胃肠减压效果好, 可明显减少术后呼吸系统并发症; (4) 术后早期经空肠造口给予肠内营养, 既有利于患者术后较快地恢复健康, 又明显减轻经济负担. 本组先前9例术后早期即开始给予肠内营养, 我们发现8例有不同程度的腹胀, 甚至呕吐, 立即停止肠内营养并行减压处理, 待肠道功能恢复后再行肠内营养后好转, 后19例早期则只给予500 mL生理盐水缓慢滴入, 待肠功能恢复后再给予肠内营养, 则无不良反应发生. 一般3 d后肠功能恢复, 给予肠内营养, 预后均好. 3例克罗恩氏病, 我们保留置管3-6 mo亦获痊愈.

总之, 我们认为小肠内固定空肠造口术是治疗和预防粘连性肠梗阻复发的较为简便、有效、安全的方法, 值得在临床推广应用.

## 4 参考文献

- 1 Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg* 1997;557:5-9
- 2 李文东, 刘彦复. 粘连性肠梗阻的预防和治疗. *中国胃肠外科杂志* 1999;2:77-78
- 3 任建安, 黎介寿. 肠排列术在预防粘连性肠梗阻中的应用. *中国实用外科杂志* 2000;20:502-504
- 4 Grosfeld JL, Cooney DR, Csicsko JF. Gastrointestinal tube stent-plication in infants and Children. *Arch Surg* 1975;110:594-599
- 5 黎介寿. 认识术后早期肠梗阻的特性. *中国实用外科杂志* 1998;18:387-388
- 6 胡智明, 周寿椿, 赵大建, 陶厚权. 腹部手术后早期炎症性肠梗阻的治疗. *中国胃肠外科杂志* 2000;4:236-237
- 7 Timerbulatov VM, Khunafin SN, Gattarov Ikh, Kunafin MS. The clinical picture and surgical treatment of adhesive intestinal obstruction. *Vestn Khir Im I I Grek* 1999;158:36-39

编辑 张海宁