

● 诊疗经验 ●

外伤性肠穿孔诊治临床分析

洪维聪 翁建丰 胡耿东 罗仕达 王冲杰

(浙江省慈溪市第二人民医院 慈溪 315315)

摘要:目的:总结外伤性肠穿孔的诊治方法及经验。方法:对我院 1997 年 1 月~2005 年 12 月外伤性肠穿孔 70 例患者进行回顾性分析。结果:70 例患者均进行剖腹探查,进行一期肠修补 50 例,肠部分切除肠吻合术 16 例,肠吻合外置 4 例。术后一期愈合 64 例,切口感染 5 例,死亡 1 例;未发生腹腔脓肿、肠痿。结论:早期诊断、早期手术、正确的手术方式、有效胃肠减压、腹腔引流、术后早期应用抗生素、静脉营养药物,是影响肠穿孔治疗效果的主要因素。

关键词:外伤性肠穿孔;诊断;治疗

Abstract:Objective: To summarize the experience of diagnosis and treatment of traumatic intestinal perforation. Methods: 70 patients with traumatic intestinal perforation from Jan 1997 to Dec 2005 and clinical data were analyzed retrospectively in our hospital. Results: Of all 70 patients were treated with exploratory laparotomy. Managements included primary repair of intestines in 50 patients, part resection and anastomosis in 16 patients, intestinal anastomosis-exteriorization in 4 patients. Postoperative results revealed primary healing in 64 patients, incision infection in 5 patients, death in 1 patient; there was no postoperative intra-abdominal abscess and intestinal fistula. Conclusion: It is important for the treatment of traumatic intestinal perforation to make earlier diagnosis, prompt and proper surgical operation, effective gastrointestinal decompression and intraperitoneal drainage, earlier anti-inflammation and nutrition.

Key words:Traumatic intestinal perforation;Diagnosis;Treatment

中图分类号:R 656.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0065-02

腹部外伤致肠穿孔是外科常见急腹症,且多是合并伤,伤情复杂,诊断是否及时正确、手术是否及时、手术方法是否正确选择直接影响治疗效果^[1-2]。为此,对我院从 1997 年 1 月~2005 年 12 月收治的 70 例肠穿孔患者进行总结分析,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 70 例,男 48 例,女 22 例;年龄 12~72 岁,平均 37 岁;其中车祸伤 36 例,刀刺伤 20 例,钝器撞击伤 13 例,子弹击伤 1 例。开放性损伤 15 例,闭合性伤 55 例;十二指肠损伤 5 例,小肠损伤 49 例,结肠损伤 11 例,直肠损伤 5 例;并发颅脑损伤 15 例,胸腹联合伤 13 例,四肢、骨盆骨折 12 例,小肠多处破裂 13 例,入院出现休克 20 例。发病时间:1~12h 48 例,12~24h 19 例,24~72h 3 例。本组主要症状为腹痛、腹膜炎症状 66 例,X 线或 CT 检查证实膈下游离气体 55 例,行诊断性腹穿 48 例有阳性发现。

1.2 手术方法 本组全部手术治疗,其中单纯修补 50 例,部分肠切除肠吻合 16 例,结肠外置 4 例。

2 结果

治愈 69 例,死亡 1 例,因合并重度颅脑损伤并多脏器功能衰竭死亡。术后一期愈合 64 例,切口感染 5 例,未发生肠痿及腹腔脓肿。

3 讨论

3.1 诊断 在开放性腹部损伤时,临床医师自然会想到有无肠损伤的可能,有些病例可以直接看到肠管溢出伤口,因此,易于早期作出肠损伤的诊断,而对于闭合性肠损伤的诊断在部分早期患者有时却比较困难。如肠破裂口小,由于肠痉挛、黏膜外翻、肠内容物或大网膜堵塞裂口,则缺乏典型的腹膜炎体征。诊断必须做到:(1)详细询问受伤经过,如受伤部位,外力的大小、方向,伤后病人的反应。(2)全面仔细的检查,如腹部压痛的部位及范围、肝浊音界的变化、移浊情况、肠鸣音的改变等。一时不能明确诊断时应反复检查,了解上述体征的动态变化。(3)反复多次多部位作腹部穿刺,对早期诊断帮

助极大。大多数病人根据以上三方面的临床资料即可诊断,如诊断有困难,可通过 X 线、CT 检查、超声检查及腹腔穿刺等以协助诊断。X 线片示膈下游离气体虽有确诊价值,但如为阴性亦不能完全排除,我们常规行腹部 CT 检查,通过电脑图像密度对比,可以发现腹腔游离气体,使阳性率提高,尤其是早期诊断腹膜后十二指肠的损伤。对临床高度怀疑、腹穿阴性者,可行腹腔灌洗,诊断率更高^[3]。对个别诊断困难,而又具有剖腹探查指征者,为明确诊断,以早期剖腹探查治疗为宜。这既是诊断手段,又是治疗手段。

3.2 治疗 外伤性肠穿孔一经诊断或高度怀疑应立即手术探查,以减少并发症的发生,其预后取决于早期诊断及合理处置。手术探查要仔细,处理要果断,引流要彻底。对实质性器官损伤要彻底清创,确切止血,通畅引流,不留死腔。对空腔脏器损伤要做到去除病灶,修补损伤,恢复胃肠畅通功能,控制感染。术中探查首先是止血,其次是阻止胃肠道内容物外溢,然后再系统检查。因腹部闭合性损伤约 1/3 以上是多脏器损伤,术中不能满足于发现一个脏器或一处损伤,应全面认真细致地探查,切不可忽视隐匿部位的较小损伤,如胃后壁、十二指肠腹膜后部分、小网膜和胰腺、直肠腹膜内部分以及腹膜后和输尿管等的损伤。开腹后若发现上腹部腹膜后血肿、胆汁渗出或气体存在不要忽视对十二指肠的探查。胰腺损伤可能合并邻近大血管损伤,不能因发现血管损伤而忽视对胰腺的检查。对骨盆环粉碎骨折要想到可能合并直肠损伤。切不可顾此失彼,延误治疗。

3.3 手术方式 手术方式的选择应遵循尽量保留健康肠管,能修补尽量修补的原则,用简单、有效、可靠的方法。本组 70 例有 50 例进行修补术,16 例行肠部分切除吻合术,4 例行结肠外置。其中肠部分切除 16 例均有下述肠切除指征之一:(1)肠周径损伤在 2/3 以上;(2)肠管短距离内有多处破裂;(3)肠管破裂又有系膜损伤,影响血运;故进行了肠部分切除,行端端吻合术。对结肠损伤行修补有缝合口裂开危险者,应将损伤结肠修补外置。本组 1 例死亡,是因合并颅脑重度损伤出

癌性发热中西医结合治疗模式探讨

陆宁 郭勇 阮善明

(浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310006)

关键词:癌性发热;中西医结合疗法;模式探讨

中图分类号:R 730.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0066-02

癌性发热一般是指癌症患者出现的直接与恶性肿瘤有关
的非感染性发热,多见于癌症进展期,有报道 2/3 恶性肿瘤
患者病程中伴有发热。目前临床上中医、西医治疗癌性发热
都存在着各自的优势和不足,笔者采取中西医结合的模式治
疗癌性发热,取长避短,取得了一定的体会。现分述如下:

1 西医治疗

由于癌性发热的机制目前还不是完全清楚,可能是肿瘤
细胞自身产生内源性致热源;肿瘤细胞释放的抗原物质引起
免疫反应;部分肿瘤产生异位激素引起机体各种炎症反应;
肿瘤因生长迅速而缺血缺氧引起自身组织坏死以及治疗引
起肿瘤细胞坏死释放肿瘤坏死因子,导致机体发热;另外,肿
瘤组织内某些细胞合成前列腺素 E2 (PGE2)能力增强,PGE2
的升高触发^[1]、环氧酶 -2(COX-2)的调节^[2]和表达^[3]也被认为
密切相关。癌性发热的临床特点为:(1)多见于晚期癌症伴恶
液质或广泛转移和肿瘤生长速度快、恶性程度高的患者;(2)
体温每天至少超过 37.8℃(口腔)1 次,但患者无中毒症状,自
身常没有发热感觉,或仅有温暖感及出汗;(3)持续时间超过
2 周;(4)体检、实验室、放射检查缺乏感染证据;(5)缺乏过敏
机制;(6)应用抗生素超过 7d,但发热无变化;(7)用消炎痛治
疗,发热可消退至正常体温。

现代医学目前还不能完全控制癌性发热,处理相对简
单,以对症处理为主,物理疗法常用冰袋降温,药物治疗常用
非甾体类消炎镇痛药、糖皮质激素等。非甾体类消炎镇痛药
主要是抑制 PGE2 介导的免疫向下调节作用及体温中枢的
刺激作用达到降温的效果;激素类药物主要是通过抑制体温
中枢对致热源的反应,减少内热源的释放降低体温。解热镇
痛药常用吲哚美辛、双氯芬酸钠、布洛芬、阿司匹林等;激素
有强的松及地塞米松等。

2 中医辨证论治

中医学认为癌性发热属于“内伤发热”范畴,癌性发热的
病因病机复杂,可分为虚实两大类:气滞、血瘀、痰湿所致者
为实证,其基本病机乃因气、血、津液郁滞,郁而化热。气血阴
阳不足者属虚,多为脏腑不足所致。有一个病因单独致病,也
有一个以上病因致病,如气滞血瘀、阴虚夹痰湿、气阴两虚
现中枢呼吸衰竭所致。

3.4 并发症 肠穿孔术后并发症主要表现为腹腔脓肿和肠
痿,手术及时、术中正确处理及术后适当治疗是预防并发症
的关键。对腹腔脓肿的预防,笔者采取清除腹腔内污染物,适
当用生理盐水清洗腹腔,后给予甲硝唑保留冲洗腹腔,而对
十二指肠、结肠或合并实质性脏器破裂患者放置有效双套管
引流,术后保持引流管的持续、通畅、有效引流。肠痿发生主
要是因缝合部位血运差、张力高所致,因此术后宜常规给予
胃肠减压,如为十二指肠损伤,胃管应放置在十二指肠损伤

等。不同时期可表现为实证、虚证或虚实夹杂证。总的治则为
辨证辨病结合,调理阴阳,补虚泻实。通过临床体会,笔者总
结癌性发热可分为五型:

2.1 阴虚发热型 症见午后或夜间潮热,手足心热,不欲进
衣被,盗汗,烦躁,失眠多梦,口干咽痛,大便干结,尿少色黄,
舌红而干,或有裂纹,无苔或少苔,脉细数。本证多见于肺癌、
肝癌等或放疗后患者。中医认为,晚期肺癌、肝癌等久病体
虚,耗伤阴液,又认为,放射线是一种热毒之邪,易伤阴耗气,
阴虚则阳胜,虚火内生。治以滋阴泻火、除蒸退热、滋补肝肾。
方用沙参麦冬汤、青蒿鳖甲汤、知柏地黄丸等加减。肺阴虚为
主可加黄芩、三叶青、沙参、麦冬、白英、蚤休等;胃阴虚为主,
则加黄连、石膏、石斛、天花粉、玉竹等;如肾阴虚,则加女贞
子、旱莲草、龟板、枸杞等。此外参麦注射液、西黄丸等中成
药亦有养阴退热的效果。

2.2 气虚血亏型 症见热势或高或低,常于劳累后加剧,头
晕乏力,自汗神疲,气短懒言,食少便溏,舌淡胖,边有齿痕,
苔薄白或薄腻,脉细弱。偏于血虚者常为低热,面白少华、潮
红,心悸不宁,唇甲色淡等,本证多见于胃癌、肠癌等及化疗
后患者。中医认为,胃癌、肠癌等消化道肿瘤可致脾胃虚弱,
生化无源,而化疗后则影响脾胃运化,气血生化不足,以至发
热。治以益气养血、甘温除热。方用补中益气汤、八珍汤等加
减。如食少倦怠便溏则加淮山药、扁豆、米仁等;如偏血虚则
加用熟地、阿胶等。此外参芪扶正针、刺五加注射液或贞芪扶
正胶囊等中成药亦可采用。

2.3 气滞血瘀型 症见午后或夜晚发热,口干咽燥而不多
饮,面色黯黑,局部有固定痛处或肿块,舌紫暗或有瘀点、瘀
斑,脉细涩。此证多见于肝癌、胰腺癌、卵巢癌等腹部肿瘤。中
医认为瘀血积聚于体内,气血郁遏不畅而致发热。治以活血
化瘀,行气凉血。方用血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤
等加减,中成药丹参注射液也有较好的效果。

2.4 湿热瘀毒型 症见发热缠绵,身热不畅,下午较甚,胸脘
痞闷,身困头重,不思饮食,腹胀腹痛,身目发黄,脓血黏液
便,里急后重,或尿赤、尿急、尿频、尿痛,或带下黄赤、腥臭,
舌暗红,苔黄腻,脉濡数或弦滑。此型多见于肠癌、膀胱癌或
周围,以减低肠腔内压力,促进愈合。此外,早期合理应用抗
生素,静脉提供能量及营养,纠正贫血,维持水电解质平衡,
预防并发症,促进伤口愈合非常重要。

参考文献

[1]郭志晨,叶竹梅,程林贵.外伤致闭合性肠破裂 41 例诊治体会[J].浙
江创伤外科杂志,2006,11(2): 122-123
[2]张浩,俞世安,罗建生,等.创伤性闭合性腹膜腔外肠破裂的临床诊
断体会[J].浙江创伤外科杂志,2005,10 (4): 265-266
[3]吴在德.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.455-467

(收稿日期: 2007-07-10)