

# 肠梗阻 33 例 CT 诊断分析

徐斌

(江苏省徐州老年病医院 徐州 221000)

**摘要:**目的:探讨肠梗阻患者的 CT 诊断价值。方法:选取我院 2012 年 1~6 月收治的 33 例肠梗阻患者,进行手术前分别进行 X 线和 CT 检查,比较这两种检查方法的准确性。结果:在肠梗阻诊断方面,X 线检查准确率为 66.7%,CT 检查准确率为 97.0%,两者比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:CT 检查对于诊断肠梗阻具有明显的优势,诊断准确率高,值得进一步推广。

**关键词:**肠梗阻;CT;X 线;诊断

中图分类号:R 656.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.064

肠梗阻是临床上一种较为常见的疾病,可有多种因素导致。对于老年人,肠梗阻的发生多是由于结肠癌肿块所导致。近年来,随着人们生活质量的不断提高,生活方式发生了较大的变化,结肠癌的发病率也在逐年升高,有研究发现结肠癌的发病率仅低于食管癌和胃癌<sup>[1]</sup>。对于结肠癌导致的肠梗阻临床上多采用 X 线进行诊断,但疗效并不理想。本文研究 CT 诊断对肠梗阻的诊断价值,效果满意。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 1~6 月我院收治的肠梗阻患者 33 例,其中男性 20 例,女性 13 例;年龄 30~80 岁,平均(67.5± 5.6)岁;既往有阑尾切除术史 10 例,既往有剖腹手术史 15 例,余患者无腹部手术史。33 例患者肠梗阻均是由结肠癌引起,均伴有不同程度的腹胀、疼痛、呕吐、停止排便排气等肠梗阻症状。此项研究均已取得患者及家属的知情同意和医院医学伦理学委员会的批准许可。

**1.2 检查方法** 所有患者在进行手术治疗前均行 X 线检查,后行 CT 检查,影像诊断均是由经验丰富的影像医生诊断。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS16.0 统计学软件分析处理数据,计数资料进行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两种检查方法的准确性比较** X 线检查准确率为 66.7%,CT 检查准确率为 97.0%,两者比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两种检查方法准确性比较 例(%)

组别	n	准确率	病因诊断
CT 检查	33	32(97.0)	31(93.9)
X 线检查	33	22(66.7)	0(0)
$\chi^2$ 值		0.1850	58.4570
P 值		<0.05	<0.05

**2.2 影像学表现** CT 检查诊断肠梗阻的影像学表现:肠袢扩张,扩张的肠管内积气积液,也可表现为

肠套叠影像学表现<sup>[2]</sup>;肠套叠可以造成腹部软组织出现肿块表现。X 线检查影像表现:肠梗阻引起的肠道扩张积气,立位检查可见扩张的肠管内积液影像;液平面相互之间呈现阶梯状排列。

## 3 讨论

肠梗阻是指肠道内容物通过肠管障碍,简单说就是肠道不顺畅。肠梗阻是外科最为常见的急腹症之一,可以由多种因素导致,病情发展迅速,病情严重,患者常有剧烈的腹部疼痛,停止排便排气,死亡率较高。引起肠梗阻的原因分为肠管自身的疾病、肠管外病变压迫所致及异物阻塞肠管。其中肠管自身的疾病可以分为先天性、炎症性及肿瘤等等原因;肠管外压迫可以是腹腔肠粘连、肿瘤肿块压迫或者肠扭转导致的肠管梗阻;肠内异物可以指食物、结石、寄生虫等。非机械性肠梗阻是指功能性肠梗阻,主要是由肠壁内神经肌肉功能紊乱导致的,包括麻痹性肠梗阻、部分肠断神经缺失。除此之外,血管壁的动静脉血管闭塞也可以导致肠梗阻<sup>[3]</sup>。

临床上对于肠梗阻的诊断十分困难,而且较为复杂,在诊断时需要明确以下几个方面:(1)了解患者是否存在肠梗阻。(2)了解患者的肠梗阻是否完全。临床上对于完全性肠梗阻与不完全肠梗阻的治疗方案是完全不同的。不完全肠梗阻患者病情较轻,患者入院后可以有较充分的时间进行详细的检查,了解患者的水电解质紊乱情况等。(3)梗阻部位。患者入院后进行 X 线检查了解肠道梗阻的部位,肠梗阻是低位还是高位的。如果 X 线检查结果不理想,可以进一步进行胃肠造影或者钡剂灌肠、腹部 CT 检查,对于确定肠梗阻部位具有十分重要的作用。(4)明确梗阻的性质。需要了解肠梗阻是单纯性还是绞窄性,该步诊断具有十分重要的意义,因为绞窄性肠梗阻患者病情凶险,肠管壁的血运发生障碍,可以造成肠管大范围的坏死,发生肠管穿孔,患者表现为持续性腹痛,且持续性加重<sup>[4]</sup>。

CT 图像是数字化图像,是重建图像,由一定数

# 徐珊教授治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临床经验

石灯汉

(浙江省乐清市人民医院 乐清 325600)

关键词: 小儿肠系膜淋巴结炎; 中医疗效; 名医经验; 徐珊

中图分类号: R 272

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.065

徐珊主任中医师, 全国第四批著名老中医药专家, 学术经验继承工作指导老师, 浙江中医药大学中医内科博士研究生导师, 早年师承金华市名老中医张兆智先生, 后又师从全国名老中医蒋文照先生, 深得亲传, 又独立钻研。徐师临证理法方药丝丝入扣, 用药经灵平和, 在脾胃病方面的临床建树, 得到患家与同行的一致好评。同时临证涉及内外妇儿, 亦能取得意想不到的疗效, 笔者有幸跟师侍诊, 对徐师治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临证经验, 有颇多的积累。现总结如下:

## 1 病因病机

小儿肠系膜淋巴结炎是儿童腹痛的常见病因, 多在上呼吸道感染或胃肠道感染后, 病菌及其代谢产物通过胃肠道破损的黏膜进入乳糜管, 使回、结肠区域淋巴结炎性肿大, 从而出现脐周或右下腹间歇性绞痛, 一般不剧烈, 可伴有恶心、呕吐、腹泻等症状。随着高频超声的广泛应用, 肠系膜淋巴结肿大临床确诊率越来越高<sup>[1]</sup>。现代医学一般采用广谱抗生素及对症支持治疗, 其对急性症状控制较快, 但对慢性症状则远期疗效欠理想, 再发性腹痛发生率较高<sup>[2-3]</sup>。中医学将小儿肠系膜淋巴结炎归属于“腹痛”范畴, 小儿脾胃薄弱、经脉未盛、易感寒邪、乳食积滞、情志刺激等, 从而气滞血瘀痰结于脏腑, 六腑不通则痛。

## 2 治疗方法

临床治疗从机体与病邪两方面着手, 调理气机, 疏通经脉, 从而达到较好的疗效<sup>[4]</sup>。徐师通过长期的临床总结认为, 小儿肠系膜淋巴结炎治疗原则应以清利湿热、调和肠胃为主, 兼以活血散结、行气止痛。基础方: 红藤、生薏苡仁、浙贝母、生牡蛎、姜半夏、姜竹茹、木蝴蝶、醋延胡索、木香、乌药、厚朴花、佛手、乌药等。

机、疏通经脉, 从而达到较好的疗效<sup>[4]</sup>。徐师通过长期的临床总结认为, 小儿肠系膜淋巴结炎治疗原则应以清利湿热、调和肠胃为主, 兼以活血散结、行气止痛。基础方: 红藤、生薏苡仁、浙贝母、生牡蛎、姜半夏、姜竹茹、木蝴蝶、醋延胡索、木香、乌药、厚朴花、佛手、乌药等。

## 3 典型病案

蒋某, 男, 12 岁, 江西景德镇人, 2008 年 11 月 8 日初诊。患儿 2 个月前因淋雨受凉后出现发热咽痛, 伴咳嗽咳痰, 在当地医院予抗感染、清热化痰等治疗, 3 d 后上呼吸道症状减轻, 但之后食欲不振, 1 周后出现脐周疼痛, 呈间歇性绞痛, 每天约 3~5 次, 每次持续约 10~30 min, 疼痛不剧能自行缓解, 发作频繁不定时, 在当地多家医院求治, 均未见好转。患者亲戚乃学校车队司机, 深知徐师医术高明, 故坐火车来杭求医。刻诊: 患儿右下腹可扪及数枚肿大的小结节样肿物, 轻压痛, 活动可。予超声探查, 提示: 肠系膜多发散在淋巴结肿大, 大者约 15 mm, 呈椭圆形。血常规示白细胞  $6.2 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 62%。胃纳不香, 大便黏腻秽臭, 小便偏黄, 舌尖红, 苔根黄腻, 脉细濡。症属湿热内滞, 肠胃不和, 治宜清利湿热、调和肠胃。处方: 红藤 30 g、生薏苡仁 30 g、浙贝母 6 g、生牡蛎 20 g (先煎)、姜半夏 6 g、姜竹茹 6 g、木蝴蝶 3 g、醋延胡索 10 g、木香 3 g、黄连 3 g、厚朴花 6 g、乌药 6 g、佛手 6 g、炒谷麦芽各 10 g。水煎服, 1 剂/d, 分 2 次服, 共服 7 剂。1 周后复诊,

综上所述, CT 检查对于诊断肠梗阻具有明显的优势, 诊断准确率高, 与 X 线检查相比, 其对于人体软组织疾病诊断准确率高, 可以诊断出病因, 值得临床进一步推广。

## 参考文献

- [1] 曾艳, 殷亮, 巫巧雄. 结肠癌合并肠梗阻的 CT 诊断[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(7): 1 764
- [2] 张建平. 10 例胆石性肠梗阻的影像学分析[J]. 中国医学创新, 2012, 9(28): 68-69
- [3] 薛建国, 王宇, 谷俊朝, 等. 螺旋 CT 对不明原因肠梗阻的诊断价值[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(4): 381-382
- [4] 张玉荣, 张裕兵, 吴新华. 肠梗阻的 X 线与 CT 诊断价值[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(9): 1 336
- [5] 钱俊昌. X 线与 CT 对肠梗阻进行诊断的临床价值分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(11): 2 028-2 029

(收稿日期: 2013-10-14)