

小儿腹部术后早期炎性肠梗阻的诊治分析

冯 奇¹,张丽辉²,陈子民¹,叶晓烁¹,吴宙光¹
(深圳市儿童医院外五科¹、中医科²,广东 深圳 518026)

【摘要】 目的 探讨小儿腹部术后早期炎性肠梗阻的诊断及治疗方法。方法 回顾性分析2007年9月至2012年9月我院收治的31例术后早期炎性肠梗阻患儿的临床资料。结果 31例患者均采用非手术治疗而痊愈,其中2例因梗阻持续不缓解而急诊剖腹探查,均因“冰冻腹腔”而中止手术,术后肠梗阻均逐渐解除。结论 明确术后早期炎性肠梗阻诊断前需排除机械性肠梗阻和继发于腹腔内感染等原因造成的麻痹性肠梗阻等疾病;中西医结合的非手术综合治疗方式是小儿腹部术后早期炎性肠梗阻的主要治疗手段。

【关键词】 儿童;术后早期炎性肠梗阻;诊断;治疗

【中图分类号】 R725.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2013)13-1987-03

Diagnosis and treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction in children. FENG Qi¹, ZHANG Li-hui², CHEN Zi-min¹, YE Xiao-shuo¹, WU Zhou-guang¹. The Fifth Department of Surgery¹, Department of Traditional Chinese Medicine², Shenzhen Children's Hospital, Shenzhen 518026, Guangdong, CHINA

【Abstract】 Objective To investigate the diagnosis and treatment for early postoperative inflammatory small bowel obstruction in children. **Methods** A retrospective analysis was undertaken in 31 children with early postoperative inflammatory small bowel obstruction from June 2007 to June 2012. **Results** All patients were cured by conservative treatment. Two cases underwent emergency surgery for uncontrolled small bowel obstruction, but both of them terminated operation for frozen abdomen. The postoperative small bowel obstruction all relieved gradually. **Conclusion** We need to eliminate possibilities of mechanical ileus and paralytic ileus caused by intra-abdominal infection before making a definitive diagnosis of the early postoperative inflammatory small bowel obstruction. The main therapy for early postoperative inflammatory small bowel obstruction is non-operative treatment of traditional Chinese and Western medicine.

【Key words】 Children; Early postoperative inflammatory small bowel obstruction; Diagnosis; Treatment

通讯作者:冯 奇。E-mail:benjaminfeng@qq.com

导致局部或全身严重感染^[4]。本研究显示化疗时间长短、化疗期间抗生素的使用、住院时间长短及患儿年龄等多种因素均能影响口腔溃疡的形成。皮肤黏膜反应为化疗药物的常见副作用,而化疗后免疫损伤可进一步降低患儿抵抗力^[5]。抗生素的长期使用可引起口腔内菌失调,并易继发二重感染。婴幼儿免疫系统尚未发育完善,婴儿更易发生口腔溃疡及其他毒副反应。

目前临床上对小儿急性白血病合并口腔溃疡的防治干预措施已有不少研究进展,结合本组资料,笔者认为对极易引起口腔炎的化疗药物应用前应预先告知,以引起患儿及家属重视,对小婴儿、化疗药物及抗生素使用时间较长、住院时间较长的儿童,应保持口腔清洁,测量唾液pH值,用亚叶酸钙漱口、维生素B₂加思密达涂抹等具体干预措施,以帮助患儿减少口腔溃疡的发生^[6]。

综上所述,小儿急性白血病患儿的化疗合并口腔溃疡

有时难以避免,但对此类患儿应以预防为主,做到防治结合,化疗期间密切观察口腔黏膜有无潮红、溃疡、糜烂等症状,严格执行无菌操作,合理安全使用抗生素,从而提高患儿的生命质量,缩短住院天数,减轻家庭经济负担。

参考文献

- [1] 周 晋. 儿科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 97.
- [2] 曹如梅, 胡 萍. 护理干预对小儿急性白血病30例化疗后口腔溃疡的影响[J]. 陕西医学杂志, 2012, 5(41): 638-639.
- [3] 罗细菊. 白血病化疗并发口腔溃疡及口角炎的护理体会[J]. 实用临床医学, 2011, 4(12): 119-121.
- [4] 李 青, 王海燕, 樊雪茹, 等. 大剂量甲氨蝶呤两种方案治疗成人急性白血病的护理[J]. 海南医学, 2012, 23(14): 148-149.
- [5] 万 军, 吕 斌. 大剂量甲氨蝶呤两种方案治疗小儿急性白血病的毒副作用观察[J]. 海南医学, 2007, 18(11): 54-55.
- [6] 唐铁军, 田亚男. 11例大剂量甲氨蝶呤治疗儿童急性淋巴细胞白血病所致口腔黏膜损害继发口腔感染患儿的护理[J]. 天津护理, 2010, 4(18): 204-205.

(收稿日期:2012-12-17)

术后早期炎性肠梗阻(Early postoperative inflammatory small bowel obstruction, EPISBO)是指在腹部手术后早期(术后两周内),由于腹部手术创伤或腹腔内无菌性炎症等原因导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻^[1],由我国黎介寿院士于 1995 年首次提出,并于 1998 年在《中国实用外科杂志》上发文确立^[2]。在国外并无此概念,而是将其归入术后早期肠梗阻中的冰冻腹腔(Frozen abdomen)。EPISBO 概念在我国得到广泛认可,伴随着这一概念的深入人心,使得该病的治疗取得显著的进步,避免了很多不必要的再次手术探查,但是仍有很多文献报道显示部分医务工作者对该病认识存在偏颇,如将术后腹腔感染划入 EPISBO 范畴^[3]。本文对我院近 5 年收治的 31 例 EPISBO 患儿的情况报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 9 月至 2012 年 9 月收治的 EPISBO 患儿 31 例,其中男性 19 例,女性 12 例,年龄 2 个月至 10 岁,均为腹部手术术后。包括:急性肠套叠手术复位术后 8 例,肠粘连松解术后 7 例,肠造瘘术后 2 例,肠造瘘还纳术后 3 例,急性坏死性小肠结肠炎术后 2 例,肠扭转复位术后 3 例,胆总管囊肿并穿孔 3 例,结肠肿瘤术后 2 例,脾脏破裂伤、脾切除术后 1 例。

1.2 诊断标准 (1)起病于腹部术后 3 周以内;(2)有呕吐、腹胀、停止排气排便等肠梗阻典型表现,但腹痛不明显甚至无明显腹痛;(3)查体腹部质韧,肠鸣音减弱或消失,无肠鸣音亢进、气过水音表现;(4)腹部超声、CT 可见肠壁水肿、增厚,但不存在高度扩张的肠管,腹部 X 线不存在明显的阶梯状宽大液平;(5)排出腹腔感染、机械性肠梗阻、麻痹性肠梗阻等疾病。其中(1)、(2)、(5)是必备条件^[4]。

1.3 治疗

1.3.1 非手术治疗 (1)禁食水、胃肠减压;(2)调节水、电解质与酸碱平衡;(3)完全胃肠外营养支持、纠正低蛋白血症;(4)应用生长抑素;(5)应用肾上腺皮质激素;(6)可酌情短期应用抗生素;(7)在发病初期应用中药行保留灌肠;在腹胀、呕吐明显减轻,排气恢复初始时根据患儿体重鼻饲少量中药。中药制剂的成分为:大黄 10 g、枳实 10 g、黄芩 10 g、厚朴 10 g、木香 10 g、莱菔子 10 g、槟榔 10 g、白头翁 10 g,加水 500 ml,煎成 200 ml 药液,分次灌肠或鼻饲。

1.3.2 手术治疗 对初步诊断为 EPISBO 的病例,在非手术治疗期间应密切观察病情变化,如果出

现腹腔积液、腹膜炎,膈下游离气体、怀疑绞窄性肠梗阻等手术适应证时应及时手术治疗,且根据手术情况更改临床诊断。

2 结果

31 例经保守治疗 7~22 d [平均(15±6) d]后肠梗阻症状逐渐消失,临床治愈。但 2 例治疗过程中曾行再次手术探查:一例是肠造瘘术后 7 d 患儿,因肠梗阻持续加重而急诊剖腹探查,术中见肠管粘连严重,无肠管坏死,无法分离粘连而中止手术;另一例是肠粘连松解术后 7 d 患儿,腹部动态 X 线示阶梯状液平逐渐加重而急诊剖腹探查,术中见腹腔粘连严重、无法进入而中止手术。两例患儿术后均继续给予非手术方案积极治疗,肠梗阻均逐渐解除而治愈。

3 讨论

EPISBO 是一种特殊类型的术后早期粘连性肠梗阻,它既存在机械性因素,又存在肠动力障碍性因素,但无绞窄的情况。EPISBO 的概念决定了它与“术后早期肠梗阻”有着显著区别,前者仅是后者中有着特殊病理基础的一部分。国内很多学者把腹腔感染(如化脓性穿孔性阑尾炎、梅克尔憩室合并感染穿孔等)导致的术后早期肠梗阻纳入 EPISBO,其实这类病例是因为感染导致的麻痹性、粘连性肠梗阻;另外,有些学者将再次手术证实为肠粘连(术中可见肠管粘连成角、索带压迫等)的机械性肠梗阻也纳入 EPISBO,其实如果再手术证实为机械性肠梗阻的均非 EPISBO。以上两类认识均是对此概念理解偏差。

术后早期炎性肠梗阻是因腹部手术操作范围广、创面大,或者腹腔内既往即有广泛粘连,剥离后肠壁水肿、肠浆膜层有炎性渗出、肠祥间相互粘着致蠕动功能障碍,肠腔有机械性的不畅,也有学者认为与手术麻醉效果欠佳有一定关系^[5],待炎症、水肿消退后,肠祥间的相互粘着可分解,肠管的通畅能够恢复^[2]。患儿起病多发生在术后 4~7 d,往往已有排气、排便,进食后方出现腹胀、腹痛、呕吐,停止排气排便等,且症状逐渐加重,可有发热,但极少见高热。体征上存在腹胀,肠鸣音减弱甚至消失,肠鸣音亢进、气过水音不是该病的表现。腹部 X 线可见肠管扩张、积液积气,极少见宽大、阶梯状的机械性肠梗阻的典型表现;腹部超声可见肠腔积液,可有少量腹腔积液。腹部 CT 检查可见肠壁增厚、肠祥成团、相对固定。

符合 EPISBO 的临床表现及体征的患儿均需考虑该诊断的可能,但是由于 EPISBO 兼具机械性因素和肠动力障碍性因素,症状和体征缺乏特异性,故对术后早期肠梗阻不能轻易下此诊断,需在密切的临床

观察和治疗过程中除外其他术后早期肠梗阻。比如：术后早期腹内疝、肠套叠、肠扭转等原因引起的机械性肠梗阻和继发于腹腔内或腹膜后感染等原因造成的麻痹性肠梗阻。鉴别诊断有时是比较困难的，但是如前所述：任何原发病即为感染性疾病；经再手术证实为机械性肠梗阻病例，均不应该再诊断为EPISBO。我们曾经有1例先天性高位肛门闭锁行腹骶会阴肛门成形术后患儿，术后第7天初诊为EPISBO，术后第9天急诊手术探查发现为肠套叠，而否定了EPISBO诊断，术后恢复顺利。

术后早期炎性肠梗阻的特点决定其治疗方法应是非手术治疗：禁食水、胃肠减压、应用生长抑素的目的减轻肠道负担，减少肠液分泌，促进肠管水肿、粘连消退；完全胃肠外营养支持、纠正低蛋白血症调节水、电解质与酸碱；应用肾上腺皮质激素可减轻肠管水肿及无菌炎症^[6]；因为EPISBO本身为无菌性炎症，原则上无需常规应用抗菌药，但是如果怀疑存在因肠梗阻导致肠道菌群繁殖、移位，可酌情短期应用抗生素^[1]。本研究应用的中药方具有增强胃肠道蠕动、增加肠祥血流量、降低血管通透性以及抑菌、抗炎的作用，经中药灌肠和鼻饲之后，多数患儿可自行排便，效果满意。

腹部手术后都会发生不同程度的腹腔内粘连，而腹腔内粘连有其发生、发展、吸收、部分以至完全消退的过程。EPISBO的出现表明肠粘连及炎症正处于较严重的阶段，中西医结合的保守治疗方法能取得满意的治疗效果^[7]，如果此时急于再次手术探查，不仅难以确定梗阻部位，手术时易导致肠管损伤、手术范围扩大，造成术后出血、肠瘘、感染等并发症，甚至短肠综合征。本组病例中2例患儿因术后肠梗阻无明显缓解而急诊手术探查，均因腹腔粘连成“冰冻腹”而中止手术，术后1周梗阻逐渐解除，从一定程度上验证了该病的治疗手段应是非手术的综合治疗。

对于EPISBO患儿，及时、高效地降低肠腔内压，能使膨胀的肠管尽快得以回缩，减轻肠壁血液循环障碍，阻断肠梗阻的病理过程，是治疗本病的重要环节。使用鼻空肠管行胃肠减压，其较传统胃肠减压效果会

得到明显改善，我院后期对12例该患儿实施该减压方式后，经统计每日减压量、肠蠕动恢复时间、胃肠减压时间、住院时间均明显优于传统胃肠减压^[8]。

EPISBO是可以预防的，预防的重点是减轻腹腔内的无菌性炎症和肠管粘连^[9]。手术中注意操作轻柔，用温盐水纱垫保护暴露腹腔外的肠管、尽可能减轻手术创伤，手术结束时应用大量生理盐水彻底清洗腹腔，清除炎性介质、异物和坏死组织等。关腹前应用透明质酸钠润滑存在创面的肠管表面，有助于降低术后肠粘连肠梗阻的发生率，而且不会增加手术部位的感染概率^[10]。

综上所述，EPISBO是术后早期肠梗阻中的一种特殊类型的粘连性肠梗阻，明确该诊断时需除外机械性肠梗阻和继发于腹腔内感染等原因造成的麻痹性肠梗阻。治疗的手段为非手术的综合治疗，应用活血、润肠中药药液保留灌肠、鼻饲及鼻空肠管行胃肠减压，有助于疾病尽快恢复。

参考文献

- [1] 李幼生, 黎介寿. 再论术后早期炎性肠梗阻的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 26(1): 38-39.
- [2] 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388.
- [3] 黎介寿. 《认识术后早期炎性肠梗阻的特性》一文发表10年感悟[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(4): 283-284.
- [4] 龚剑锋, 朱维铭, 李 宁, 等. 营养支持在术后早期炎性肠梗阻治疗中的应用[J]. 腹部外科, 2004, 17(4): 209-211.
- [5] 赖志鸿, 陈家伦. 小儿术后早期炎性肠梗阻(附21例报告)[J]. 海南医学, 2002, 13(5): 12-14.
- [6] 张 群, 于健春, 康维明. 术后早期炎性肠梗阻[J]. 中华普通外科杂志, 2011, 26(2): 174-175.
- [7] 雷志鹏. 术后早期炎性肠梗阻的中西医结合治疗疗效观察[J]. 海南医学, 2005, 16(6): 98.
- [8] 肖 东, 李苏伊, 刘 欣, 等. 小肠ED导管在小儿术后早期炎性肠梗阻的应用价值[J]. 山西医科大学学报, 2011, 42(6): 504-506.
- [9] 李苏伊, 麻晓鹏, 肖 东. 小儿腹部手术后早期炎性肠梗阻15例[J]. 临床小儿外科杂志, 2006, 5(4): 301-302.
- [10] Mohri Y, Uchida K, Araki T, et al. Hyaluronic acid-carboxycellulose membrane (Seprafilm) reduces early postoperative small bowel obstruction in gastrosml bowel surgery [J]. Am Surg, 2005, 71(10): 861-863.

(收稿日期: 2013-01-21)