

# 腹腔镜下粘连性肠梗阻松解术 28 例报告

赵 兵 孟 塬 龚国杰

(新疆维吾尔自治区人民医院北院普外科, 乌鲁木齐 830054)

中图分类号: R656

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2011)07-0663-02

粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带所致肠梗阻, 占各类肠梗阻的 20% ~ 40%<sup>[1]</sup>, 是腹部手术后常见的并发症, 术后粘连性肠梗阻占粘连性肠梗阻的 20% ~ 63%<sup>[2]</sup>, 且随手术的增加而增加, 病死率为 8% ~ 13%<sup>[3]</sup>。术后粘连性肠梗阻的治疗一直是临床难题, 治疗方法的选择和手术时机, 手术方式的选择对降低死亡率, 减少并发症具有重要意义。2007 年 4 月 ~ 2010 年 4 月, 我们施行腹腔镜下肠粘连松解术治疗肠梗阻 28 例, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 28 例, 男 17 例, 女 11 例。年龄 19 ~ 61 岁, 平均 37.6 岁。均为术后粘连性肠梗阻。6 例有 2 次手术史, 其余 22 例做过 1 次手术。既往手术史: 胆囊切除术 4 例, 阑尾切除术 11 例, 肝包虫手术 3 例, 妇科手术 4 例, 胃癌手术 1 例, 其他手术 5 例, 包括外伤性肝破裂 2 例、脾破裂 2 例、肠破裂 1 例。术前经腹部平片, 腹部 CT 证实肠粘连、梗阻, 经胃肠减压, 抗炎对症治疗缓解后。1 例胃癌术后发作 10 余次, 此次术前保守治疗无效行手术。

病例选择标准: 梗阻症状发作保守治疗 5 次以上, 或发作愈加频繁, 患者要求手术。

### 1.2 方法

全麻。一般采取仰卧位。距原切口 4 ~ 6 cm 置入 10 mm trocar 作为观察孔, 充 CO<sub>2</sub> 人工气腹, 气腹压力 12 ~ 20 mm Hg。操作孔及辅助操作孔视腹内情况而定, 一般 2 ~ 3 个。进腹后, 沿正常肠管寻至肠腔扩张部位, 明确梗阻原因, 选择手术方式。原则上将引起梗阻的粘连分开即可, 而不做广泛分离。先将发生扭曲或扭转及套入粘连带环孔内的肠襻复位。如果为粘连束带造成, 较小的纤维束带可直接用电刀切断; 若粘连带较宽大肥厚, 置可吸收钛夹夹闭后切断; 如果肠管的一段与原手术腹壁切口或原腹腔引流管口处、肝脏、肝圆韧带及大网膜等呈片状粘连, 应远离肠管紧靠腹壁、大网膜、肝脏及肝圆韧带分离粘连; 如果肠管间粘连或与膀胱、子宫等脏器粘连, 应用分离剪逐步分离、剪断。如有出血采用缝

扎止血, 尽可能避免使用电刀, 以防损伤肠管。如果损伤肠管的浆肌层, 可吸收线修补, 小的裂口也可缝合。术毕大量生理盐水冲洗腹腔, 吸净冲洗液, 分离粘连处及套管口等有创伤处用注射器喷涂抗粘连剂透明质酸钠(瑞术康), 结束手术。剥离创面大, 渗出多者, 放置腹腔引流管。术后常规禁食水, 胃肠减压, 抗炎对症支持治疗。

## 2 结果

中转开腹手术 2 例: 1 例因肠管间广泛致密粘连呈团块状, 腹腔镜下难以有效松解粘连解除梗阻; 1 例为胃癌术后, 患者发作 10 余次, 此次术前保守治疗无效, 术中因肠管间广泛致密粘连, 分离导致小肠破裂, 中转开腹手术, 术后 7 d 发生肠漏, 经胃肠减压, 抗炎对症支持治疗, 使用抑制消化道分泌药物, 漏口保护等措施, 病情平稳后出院, 6 个月后行肠痿修补术。手术时间 60 ~ 180 min, 平均 94 min。术后 24 ~ 48 h, 平均 32 h 恢复正常胃肠道功能, 恢复饮食时间 3 ~ 5 d。术后切口疼痛轻微, 均未使用镇痛药物。住院时间 5 ~ 12 d, 平均 8 d。15 例随访 2 ~ 3 年, 平均 18 个月, 均无复发, 4 例偶有进食后腹胀, 经调整饮食后可缓解。

## 3 讨论

术后肠粘连产生原因由于细菌感染、局部缺血、异物刺激、机械化学刺激等造成腹膜损伤, 导致炎性渗出, 大量纤维蛋白原和纤维蛋白渗出产生纤维蛋白性粘连。传统的开腹手术创伤大, 再粘连发生率较高。腹腔镜手术在一定程度上能减少或避免上述引起肠粘连的因素。腹腔镜手术视野清晰, 可对腹腔进行全面探查, 清楚地观察到开腹手术不易观察到的部位, 做出较为准确的术中诊断, 可辅助手术方案的选择。腹腔镜手术创伤小, 不需要开腹, 避免了肠管等腹内脏器暴露于干燥的空气中, 浆膜干燥, 并减少对肠管的机械、物理刺激, 术中对内脏器官的干扰少, 术后患者切口疼痛轻, 下床活动早, 胃肠功能恢复快, 可降低粘连性肠梗阻的复发率。开腹肠粘连松解术复发率高, 10 年复发率为 6% ~ 19%<sup>[4]</sup>。

本组 15 例随访 2~3 年均无复发。

腹腔镜肠粘连松解手术成功的关键是认真选择病例,粘连性肠梗阻手术适应证:有 1~2 次腹部手术史,粘连性肠梗阻诊断明确,且保守治疗症状易缓解;在无腹痛、腹胀时行腹腔镜肠粘连松解术,患者的病情最好为非急性发作期,在原手术后半年以上、粘连稳定期,这时择期手术为较佳时机。因为此时无肠管扩张,利于气腹形成、术中操作,术后可减轻肠管与腹腔的相互接触摩擦,可使肠管蠕动功能较快恢复。若需要行急诊手术,选取发病时间短(48 h 内),腹胀不明显,腹部平片示肠管扩张较轻者为宜。或以局部性包块为主,固定于腹部某一部位,本组病例选择即按上述原则。同时注意手术的禁忌证,如术前考虑腹胀明显、腹腔内粘连较广泛或疑有肠管绞窄,或腹腔镜探查肠管与腹壁网膜广泛致密粘连者,不宜行腹腔镜肠粘连松解术<sup>[5]</sup>。

腹腔镜肠粘连松解手术操作应注意以下问题。

①第 1 个穿刺孔原则上距原切口 4~6 cm 以上,一般选择脐下或上缘,但若该处有手术瘢痕,也可选择左或右缘,但应尽可能避开腹明显隆起处。腹部任何区域均可作为观察孔位置,但距病灶不宜太远或太近,太远则细微结构显示不清,太近又不能显露其病灶全貌。②操作孔位置选择:观察孔与操作孔及各操作孔间的位置不宜过近,以免各手术器械互相碰撞干扰,影响手术操作,一般相距 8 cm 以上为宜。3 个孔的位置大概呈三角形,便于探查。③分离肠管腹壁粘连时,应遵循“宁伤腹壁,勿伤肠管”的原则,尽可能保留肠管壁的完整性。如发现肠管间广泛致密粘连呈团块状,腹腔镜下难以有效松解粘连解除梗阻,中转开腹手术,以免损伤肠管导致肠穿

孔。④大量生理盐水冲洗腹腔,仔细止血,腹壁以电凝、压迫止血,肠管创面止血以压迫、缝合为主,忌用电凝。⑤腹腔镜探查须细致全面,应根据病变部位,利用不同的体位,显露病变术野,以免遗漏病变。手术结束后应缝合所有穿刺套管部位的筋膜及腱膜,以免发生可以导致急性肠梗阻的切口疝。

再粘连的措施:①分离时操作轻柔,尽量勿伤肠管,减少创面粗糙、炎症渗出等引起再发肠粘连梗阻的病因;②术后彻底止血,取净血凝块;③彻底冲洗腹腔,以稀释腹腔创面上炎症介质和纤维蛋白原;④术后喷涂防粘连药物于创面上,具有止血、促进组织愈合、防止组织粘连的作用。

腹腔镜肠粘连松解手术具有微创外科的优点,可以部分代替开腹手术治疗粘连性肠梗阻<sup>[6]</sup>,疗效满意,术后复发率低,是目前治疗粘连性肠梗阻安全有效的方法,值得推广应用。

## 参考文献

- 1 杨建芬,李 宁,黎介寿,等. 术后是肠梗阻的诊断及治疗. 中国实用外科杂志,2005,25(12):730-731.
- 2 吴在德,主编. 外科学. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001. 520-522.
- 3 吴阶平,裘法祖,吴蔚然,等主编. 黄家驷外科学. 第 6 版. 北京:人民卫生出版,2000. 1074.
- 4 陈 鋈,王存川,徐以浩. 腹腔镜粘连松解术治疗粘连性肠梗阻 12 例报告. 中国胃肠外科杂志,2003,3:108-109.
- 5 张学辉,毕研青,吕守田,等. 腹腔镜在腹部外伤中的应用. 中国微创外科杂志,2008,8(10):956-957.
- 6 马云涛,苏 河,王 斌,等. 腹腔镜技术在外科急腹症中的应用. 中国微创外科杂志,2009,9(7):599-602.

(收稿日期:2010-07-30)

(修回日期:2011-01-04)

(责任编辑:李贺琼)