

老年人急性肠梗阻并发粪性腹膜炎的临床分析

Clinical analysis of acute intestinal obstruction complicating fecal peritonitis in the elderly

楼 征,孟荣贵,傅传刚,张 卫,刘连杰,王汉涛,郝立强

(第二军医大学长海医院普通外科,上海 200433)

[关键词] 肠梗阻;腹膜炎;老年人

[中图分类号] R 574.2 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)05-0574-01

急性肠梗阻并发粪性腹膜炎临床少见,但一旦发生,死亡率极高。我科自2000年1月至2005年10月收治老年急性肠梗阻并发粪性腹膜炎5例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者5例,其中男3例,女2例,年龄66~78岁,平均69岁。出现肠梗阻症状到手术时间24~96h,平均56h。全组所有患者均有腹痛、腹胀、肛门停止排气、排便等肠梗阻表现。术前3例行腹腔穿刺术,阳性2例;5例均行腹部立位片检查,提示低位肠梗阻,2例提示消化道穿孔可能;3例行腹部卧位片检查,1例提示降结肠癌性梗阻征象。

1.2 治疗方法 本组患者术前均给予积极支持及抗感染治疗,尽快完善术前常规检查,除术前死亡1例外,其余患者行急诊手术治疗。术中发现癌性肠梗阻4例,肿瘤位于乙状结肠1例,直乙交界1例,直肠2例,穿孔均位于系膜对侧缘(乙状结肠1例,直乙交界3例)。4例患者均行肿瘤切除+肠减压术+近侧结肠造口术+远侧闭合术(Hartmann手术)+腹腔引流术。

2 结果

1例患者术前死于感染性休克,其余手术患者术后均给予充分引流、营养支持及抗感染治疗。2例术后死亡,其中死于肺部感染1例,多器官功能障碍1例;术后发生切口感染1例,经积极治疗后顺利出院。

3 讨论

粪性腹膜炎临床少见,西方国家以结肠憩室穿孔为主要原因^[1],而国内似乎以大肠癌并发肠梗阻导致穿孔为主。本组病例均为癌性肠梗并发结肠穿孔。穿孔部位最常见于乙状结肠和直肠乙状结肠交界处,这与上述部位血供情况特殊及肠腔较狭窄有关。当肠腔内压力升高导致肠壁血供受阻时,系膜对侧肠壁由于缺血更严重,终于造成坏死及穿孔^[2]。

尽早进行积极的手术治疗在改善患者预后中有十分重要的作用。Guyton等^[3]报道33例粪性腹膜炎患者在接受初步支持治疗后立即进行手术,围手术期死亡率23%,这是目前文献报道的最低死亡率。本组1例术前死亡患者从确诊结肠穿孔、粪性腹膜炎到死亡仅数小时,因此,对于粪性腹膜炎患者的救治应分秒必争,力争早期手术。

对于这类患者我们的诊疗体会是:(1)这类患者往往在

急性肠梗阻的基础上突然出现弥漫性腹膜炎征象,病情进展迅速,短期内即可发生感染性休克;(2)腹腔穿刺可以抽出粪汁或粪臭脓液;(3)对于老年人伴有大便异常的患者应考虑癌性肠梗阻;(4)一旦确诊,应尽早进行手术治疗,同时积极做好手术前准备如补液、备血等,对于休克患者应边抗休克边手术;(5)术中仔细探查,不能仅仅满足于发现一处病变,应进行全腹腔探查,重点检查结肠,排除并存的其他病变;(6)结肠内容物细菌含量极高,腹腔污染情况重,甚至部分病程稍长的患者会发生腹膜着色情况,术中要尽可能充分地清除腹腔内污染物,并用大量温生理盐水和冲洗用水进行腹腔冲洗,并彻底进行肠腔减压,这对减少毒素吸收、缓解术后腹胀、降低全身性感染的机会都是大有裨益的;(7)手术方式宜简单确切,探查清楚后,即切除病变肠段并行近侧造口、远侧肠段闭合术(Hartmann手术),不建议行一期吻合术;(8)给予充分引流,我们采取“三管疗法”即肝肾隐窝、脾肾隐窝和Douglas窝各放置双套管1根,术后根据引流情况分期分别拔除上述三管;(9)这类老年患者基础疾病多,因此术后要给予充分的支持治疗(血浆、人血白蛋白及静脉高营养等)和抗感染治疗(第3代头孢菌素+甲硝唑)。

这类患者预后差,文献报道死亡率可高达79%^[3],本组病例死亡率60%,死亡原因包括:就诊时间晚,已发生严重感染性休克合并急性肾功能衰竭;高龄高危,合并基础疾病多(如高血压、糖尿病、冠心病等)。我们再次强调,改善预后的关键在于及时诊断和尽早手术治疗。

[参考文献]

[1] Haddad R, Bursle G, Piper B. Stercoral perforation of the sigmoid colon[J]. ANZ J Surg, 2005,75:244-246.

[2] Patel VG, Kalakuntla V, Fortson JK, et al. Stercoral perforation of the sigmoid colon: report of a rare case and its possible association with nonsteroidal anti-inflammatory drugs[J]. Am Surg, 2002,68:62-64.

[3] Guyton DP, Evans D, Schreiber H. Stercoral perforation of the colon. Concepts of operative management[J]. Am Surg, 1985, 51:520-522.

[收稿日期] 2006-03-17

[修回日期] 2006-04-19

[本文编辑] 曹 静

[作者简介] 楼 征,博士,主治医师。

E-mail:louzhengpro@yahoo.com.cn