

浅谈肠梗阻的常见病因分类及治疗策略

邹功林 贺建东 陈伟达

兰州军区总医院 甘肃兰州 730050

【摘要】目的 探讨肠梗阻的常见病因治疗策略与分类。方法 选取我院 2012 年 1 月到 2014 年 10 月期间，收治的 148 例肠梗阻患者，对其临床资料进行回顾性分析，分析其发病的原因及对应的治疗策略。**结果** 病因主要分为结直肠癌患者 87 例（58.7%），肠粘连患者 46 例（31.1%），小肠肿瘤患者 6 例（4.1%）；肠扭转患者 1 例（0.7%），腹外疝嵌顿患者 2 例（1.2%），肠套叠患者 1 例（0.7%），肠系膜血管栓塞患者 1 例（0.7%），腹腔肿瘤广泛转移 1 例（0.7%），胆结石肠梗阻患者 1 例（0.7%），动力性肠梗阻患者 1 例（0.7%），病因不明 1 例（0.7%）；结直肠癌肿瘤切除的患者 54 例（62.1%）。**结论** 在肠梗阻患者中，大多数病情主要以结直肠癌出现，且治疗方法以手术切除肿瘤为主。

【关键词】 肠梗阻；病因分类；治疗

【中图分类号】 R656.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2016) 01-011-02

Common cause of intestinal obstruction treatment strategy and classification

【Abstract】 **Objective** To investigate the common causes of intestinal obstruction in the treatment strategy and classification. **Methods** 148 cases of intestinal obstruction were selected from October 2014 to January 2012 in our hospital. The clinical data were retrospectively analyzed. The causes and corresponding treatment strategies were analyzed. **Results** the main causes of points for 87 cases of colorectal cancer patients (58.7%), 46 cases of patients with intestinal adhesion (31.1%), 6 cases of patients with tumors of the small intestine (4.1%); patients with volvulus in 1 case (0.7%), abdominal external hernia embedded meal in patients with 2 cases (1.2%), patients with intussusception in 1 case (0.7%), 1 cases of acute superior mesenteric artery embolism patients (0.7%) and abdominal tumor extensive metastasis in 1 case (0.7%), patients with gallstone ileus in 1 case (0.7%), dynamic ileus patients (0.7%), unknown etiology 1 (0.7%); resection of colorectal cancer patients in 54 cases (62.1%). **Conclusion** in patients with intestinal obstruction, most of the patients with colorectal cancer, and the treatment method to surgical resection of tumor.

【Key words】 intestinal obstruction; etiological classification; treatment

肠梗阻是临床上比较常见的外科急腹症，是指肠内容物在肠道中受阻^[1]。引起肠梗阻的因素有很多，起病初，梗阻肠段先有解剖和功能性改变，继则发生体液和电解质的失衡，肠壁循环障碍、坏死和继发感染，若及时诊断，积极治疗大多能逆转病情的发展，以致治愈，严重者可致毒血症，休克，甚至死亡，严重的威胁患者的生命健康^[2]。本文将以 148 例肠梗阻患者作为研究对象，回顾性分析肠梗阻的病因分类和治疗策略。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 1 月到 2014 年 10 月期间，收治的 148 例肠梗阻患者作为研究对象，其中男性患者有 86 例，女性患者有 62 例，年龄 31 ~ 84 岁，平均年龄为 (52.6±8.3) 岁。所有患者中死亡 2 例，死亡率为 1.4%。

1.2 病因分类

所有患者在入院治疗是接经过相关检查，并确诊为肠梗阻。主要分为两大类：机械性肠梗阻患者有 139 例，占 93.9%；非机械性肠梗阻患者 9 例，占 6.1%。（见表 1）93 例患者为肿瘤导致的肠梗阻，肿瘤分布为升结肠 12 例，横结肠 7 例，降结肠 9 例，乙状结肠 28 例，直肠 1 例，小肠 6 例。

表 1 病因分类

分类	例数 (例)	比例 (%)
机械性肠梗阻	结直肠肿瘤	87
	肠粘连	46
	小肠肿瘤	6
	肠扭转	1
非机械性肠梗阻	腹外疝嵌顿	2
	肠套叠	1
	肠系膜血管栓塞	1
	腹腔肿瘤广泛转移	1
	胆结石肠梗阻	1
	动力性肠梗阻	1
	病因不明	1

1.3 治疗方法

所有患者入院后均接受相关检查，确诊后，给予胃肠减压，并给予静脉输液的方法调整患者体内的水电解质和酸碱的平衡，且给予抗生素辅助治疗，预防出现感染的情况，再此过程中要密切观察患者的体征变化。若患者未绞窄性肠梗阻，需及早的进行手术治疗；对于肿瘤引起的肠梗阻和粘连性肠梗阻患者，先给予非手术治疗，观察患者两天内症状是否缓解，若未缓解，则需采用手术治疗。

2 结果

87 例结直肠肿瘤患者，有 67 例患者接受手术治疗，其中 55 例患者采取肿瘤切除术，4 例患者行肠造瘘，1 例患者行捷径手术，7 例患者行单纯剖腹探查，结直肠切除率为 62.1%。本组有 2 例患者因恶夜质和脏器功能衰竭，而导致死亡。

46 粘连性肠梗阻患者中，有 25 例患者在非手术治疗中得到缓解，21 例患者因没有缓解而采取手术治疗的方式，其中单纯粘连松解术 13 例，因粘连和并长会死行肠切除的患者有 7 例，因小肠粘连成团而行捷径手术的患者有 1 例。

6 例小肠肿瘤患者中，行肿瘤切除术患者 4 例，有 1 例患者因术中广泛转移无法根治，1 例患者因肝脏转移无法行手术探查。

2 例腹外疝嵌顿患者行疝囊高位结扎和修补术，有 1 例患者行部分肠切除和肠端吻合术，1 例患者在术后因并发器官功能衰竭而死亡。

3 讨论

肠梗阻按照病因可分为两大类，第一类是机械性肠梗阻，第二类是非机械性肠梗阻^[3]。机械性的肠梗阻造成的主要原因有肠道本身的病变，肠管外粘连压迫和肠道内异物阻塞等；非机械性肠梗阻是因各种原因导致的肠壁神经和平滑肌功能紊乱或者无法正常收缩的现象^[4]。通过本文对 148 例肠梗阻患者的研究中发现，肠梗阻患者中机械性肠梗阻患者达到百分之九十以上，其中结直肠肿瘤患者 87 例（58.7%），肠粘连患者 46 例（31.1%），小肠肿瘤患者 6 例（4.1%），因此，也说明了机械性肠梗阻是肠梗阻的主要表现形式，其原因是造成肠梗阻的重要原因；非机械性肠梗阻患者 9 例，占 6.1%，分别为肠扭转患者 1 例（0.7%），腹外疝嵌顿患者 2 例（1.2%），肠套叠患者

(下转第 14 页)



近年来,临床研究发现,因心肌梗死合并心律失常而引发的并发症及死亡人数不断上升,多数医学研究认为,对此类患者需予以抑制心肌梗死及心律失常药物,但此类药物副作用大,不能长期服用,在临床上的应用被广泛限制^[3]。既往一般应用多次利多卡因静脉注射,该药属于一种膜稳定剂药物,可诱导阻滞心室应激性逐渐消失,从而改善室颤阈值,临床效果较好。但该药作用时间相对较短,存在较明显的负性肌力作用,容易发生心律失常,诱导心力衰竭,无法有效保证患者预后。随着医药技术的发展,胺碘酮作为一种临床新药被广泛应用于心肌梗死合并心律失常的治疗。其临床疗效显著,是治疗心肌梗死合并室性心律失常的最佳药物。胺碘酮属于三类广谱抗心律失常药物^[4],药物顺利进入体内后,可完全发挥 β -肾上腺素受体阻滞剂及 α -肾上腺素受体阻滞剂作用,具有非竞争性^[5]。同时,该药物可有效刺激于心脏,经生理作用诱导心肌组织(含心房、房室结以及窦房结等)动作电位有效不应期及时程延长^[6],进而实现对窦房结自律性方面形成阻滞,并可有效引起心肌动作电位复极时间相对延缓,进而有效延长其持续时间以及不应期,最终实现抗心肌缺血以及抗心律失常作用。研究表明,该药基本不会导致心力衰竭或者心肌缺血加重,具有较高的安全性。

本研究中,选取我院收治的老年急性心肌梗死后室性心律失常患者148例实施分组治疗,研究组应用胺碘酮治疗,对照组应用利

多卡因治疗。研究组治疗总有效率为97.30%。明显超过对照组的87.08%($P<0.05$),研究组不良反应率为8.11%,明显低于对照组的29.73%($P<0.05$)。证明了应用胺碘酮治疗老年急性心肌梗死合并严重室性心律失常的科学性和有效性。

综上所述,胺碘酮对于治疗老年急性心肌梗死合并严重心律失常具有积极效果,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 李炜.心理干预对心律失常病人焦虑的影响[J].全科护理,2012,10(10):904.
- [2] 朱静.健康教育在老年慢性心力衰竭病人护理中的应用[J].全科护理,2010,8(18):1688-1689.
- [3] 张玉燕.综合性的护理干预对慢性心力衰竭患者治疗的依从性和心功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2011,10(5):379-380.
- [5] 张伟勇,杨春智,胡桂芳,等.老年急性心肌梗死后室性心律失常应用胺碘酮的疗效观察[J].中国医学工程,2015,23(03):38-39.
- [6] 周艳芳.急性心肌梗死早期合并恶性室性心律失常的临床治疗体会[J].中国医药指南,2015,13(13):126-127.
- [7] 黄宇理,李妙男,陈耀,等.胺碘酮治疗老年急性心肌梗死并室性心律失常的临床分析[J].蚌埠医学院学报,2014,39(06):721-723.

(上接第11页)

1例(0.7%),肠系膜血管栓塞患者1例(0.7%),腹腔肿瘤广泛转移1例(0.7%),胆结石肠梗阻患者1例(0.7%),动力性肠梗阻患者1例(0.7%),病因不明1例(0.7%)。

在对肠梗阻患者的治疗中,术前治疗有,

①胃肠减压:

患者一旦确诊就需立即采取胃肠减压,来减轻患者的腹胀压力,可以防止老年患者发生误吸的现象。胃管可以将肠道逆流到胃内的液体的气体吸出,减少胃肠的膨胀,有利于进行手术探查。

②水与电解质的补充:

肠梗阻患者都会有水喝电解质失衡的现象出现,对患者进行治疗时,先判断患者的梗阻部位、梗阻时间,在根据患者的化验和检查结果,对患者的水和电解质进行纠正。

③抗生素的运用:

主要是针对绞窄性肠梗阻患者,使用抗生素,可以减少患者患部细菌的繁殖,减缓病情的发展。手术治疗主要有:粘连松解术、复位术,肠襻间短路吻合术,肠造瘘术,肠切除、肠吻合术。非手术治疗方法

主要有:药物治疗(奥曲肽),灌肠,纤维结肠镜减压,中药治疗等。

综上所述,肠梗阻临床上以机械性肠梗阻最为常见,而结直肠肿瘤是机械性肠梗阻的主要病因,肠粘连为次要原因。且在肠梗阻患者的治疗中,主要以手术治疗为主。对肠梗阻患者的治疗,充分认识肠梗阻产生的原因,并采取相应的治疗策略,对治疗效果有非常重要的影响。

参考文献:

- [1] 吕云福.肠梗阻的常见病因治疗策略与分类[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2011,11(03):251-255.
- [2] 谭琼,谢伶俐,李晖.甘露醇联合鼻肠管减压治疗肠梗阻的效果观察[J].当代护士(中旬刊),2013,12(07):56-57.
- [3] 杨维建,张超,钟海文.肠梗阻的中西医结合诊治策略[A].中华中医药学会继续教育分会.中医药继续教育新论2013[C].中华中医药学会继续教育分会:,2013:6.
- [4] 邹琪.肠梗阻的术前和术后护理[J].世界最新医学信息文摘,2015,11(27):213-214.

(上接第12页)

发挥较强的抗心肌缺氧作用,对于血流动力学影响性较小^[3]。

阿托伐他汀及曲美他嗪两种药物联合应用可帮助达到较为显著的心绞痛缓解效果,可在拮抗血小板聚集,科学控制血液粘稠度,调节血脂的同时,有效改善病患的心肌缺血症状,降低心力衰竭发生率,避免血流动力学变化^[4-5]。

在本次研究中发现,联合组病患的治疗有效率94.64%要高于常规组的80.36%,而其不良反应发生率1.79%要低于常规组的3.57%,且两组存在差异极为明显化, $P<0.05$ 。由此表明,在冠心病的治疗中,阿托伐他汀及曲美他嗪的联合应用可帮助获取较好效果,改善临床症状,控制病情发展,降低不良反应发生率,增强安全性,保障病患生命安全。

参考文献:

- [1] 谢芳.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的疗效研究[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(11):28-30.
- [2] 杨伟光,王貽民,张丽.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病临床疗效观察[J].海南医学,2011,22(04):4-6.
- [3] 侯文振,马伟东,马松权.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的临床疗效观察[J].中国现代医生,2013,51(03):84-87.
- [4] 刘兵,杨春梅,张立,李向辉,王财东.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(23):5791-5792.
- [5] 魏笑天.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病临床疗效观察[J].中外医疗,2012,13(26):93-94.