

第三篇 外 科 学

第一章 外科学概要

外科学是一门专业技术性较强的学科,是步入临床的重要桥梁课程。学生首先要有正确的学习目的,树立为人民的健康服务、全心全意为患者服务的理念,只有良好的医德医风,才能发挥医术的作用。其次要主动学习,要经常提出问题、解决问题。此外,学习外科还要强调动手能力,学会外科操作方法,体验成功的乐趣,理解外科手术的含义。作为一名医学生,首先要有学好外科的理论基础,如人体解剖、病理生理知识;其次要重点掌握外科疾病的临床表现和诊治要点;还要理论联系临床,要在临床中观察病情的演变,这样才能让外科理论知识掌握得更牢固,在以后的医疗工作中得心应手。本章重点掌握外科的定义及外科学的范畴,熟悉无菌术的概念及常用方法,了解我国外科学及现代外科学的发展史。

第一节 外科学定义

外科学(surgery)是现代医学科学的一个重要组成部分,是对医学科学发展产生重要影响的临床医学学科。外科学主要研究和治疗人体各系统及各器官疾病的学科,重点讲述每种疾病的病因、病理要点。外科学和所有的临床医学一样,需要了解疾病的定义、病因、表现、诊断、分期、治疗、预后,而且外科学更重视手术的适应证、术前的评估、手术的技巧与方法、术后的恢复、手术的并发症与预后等与外科手术相关的问题。外科学包括外科学基础、外科手术学和外科常见病。外科学基础论述外科的基本知识、基本理论和基本技能。外科手术学是外科疾病治疗的重要方法,主要包括手术的原理和操作方法,手术学主要是培养学生严格的无菌观念和进行手术操作的训练。外科学各论则是在掌握外科学基础理论和手术学基本概念及外科基本操作技术的基础上,学习和掌握外科常见病的发病原因、发生发展规律、病理与病理生理、临床表现、系统检查、诊断要点、鉴别诊断、预防和治疗原则、手术适应证等外科学知识。通过理论教学,给学生以良好的理论知识基础,指导将来实习和临床工作。

第二节 外科学的范畴

外科学的范畴是在整个医学的历史发展中形成,并且不断发展变化的。在古代,外科学的范畴仅仅限于一些体表的疾病和外伤,但随着医学科学的发展,对人体各系统、各器

官的疾病在病因和病理方面获得了比较明确的认识,加之诊断方法和手术技术不断地改进,现代外科学的范畴已经包括许多机体内部的疾病。按病因分类,外科疾病大致可分为五类:

一、损伤

由暴力或其他致伤因子引起的人体组织破坏,例如内脏破裂、骨折、烧伤等,多需要手术或其他外科处理,以修复组织和恢复功能。

二、感染

致病的微生物或寄生虫侵袭人体,导致组织、器官的损害、破坏、发生坏死和脓肿,这类局限的感染病灶适宜于手术治疗,例如坏疽阑尾的切除、肝脓肿的切开引流等。

三、肿瘤

绝大多数的肿瘤需要手术处理。良性肿瘤切除有良好的疗效。而对恶性肿瘤,手术能达到根治、延长生存时间或者缓解症状的效果。

四、畸形

先天性畸形,例如唇裂、腭裂、先天性心脏病、肛管直肠闭锁等,均需施行手术治疗。后天性畸形,例如烧伤后瘢痕挛缩,也多需手术整复,以恢复功能和改善外观。

五、其他性质的疾病

常见的有器官梗阻,如肠梗阻、尿路梗阻等;血液循环障碍,如下肢静脉曲张、门静脉高压症等;结石形成,如胆石症、尿路结石等;内分泌功能失常,如甲状腺功能亢进症等,也常需手术治疗予以纠正。

现代外科学不但包括上述疾病的诊断、预防以及治疗的知识和技能,而且还要研究疾病的发生和发展规律。为此,现代外科学必然要涉及实验以及自然科学基础。外科学与内科学疾病的范畴是可以相互转化的。例如化脓性感染,在早期一般先用药物治疗,形成脓肿时才需要切开引流。而一部分内科疾病在它发展到某一阶段也需要手术治疗,例如胃、十二指肠溃疡引起穿孔或大出血时,常需要手术治疗。随着医学的飞速发展,外科学和其他的交叉学科也越来越相互渗透、相互影响。如外科的很多种疾病可以通过介入方法达到很好的治疗效果,而无需一般的手术治疗。所以,随着医学科学的发展和诊疗方法的改进,随着药理学与生物技术的发展,许多疾病的治疗都转变为非手术治疗为主,然而外科手术仍然是这些治疗无效或产生并发症疾病不可或缺的后线支持。外科微创手术领域的蓬勃发展和交叉学科的发展将使外科学的范畴不断地更新变化。

外科学在临床上有着比较明确的分工,可分为普通外科、骨科、泌尿科、神经外科、心脏外科、胸外科、小儿外科、肛肠外科、乳房外科、整形外科等。广义的外科学还包含耳鼻喉科、眼外科、妇产科、口腔外科等手术科室。

第三节 外科学发展简况

一、现代外科学发展简史

公元前 5 世纪恩培多克勒提出一切物体都由“四元素”组成,即火、空气(风)、水和土(地),这四种元素以不同的比例混合起来,成为各种性质的物体,这与中国的五行说相类似。希腊医学的代表人物为希波克拉底(约公元前 460—公元前 377),将四元素论发展成为“四体液病理学说”,他认为机体的生命决定于四种体液:血、黏液、胆汁和黑胆汁,四种元素的各种不同组合是这四种体液的基础,每一种体液又与一定的“气质”相适应,每一个人的气质决定于他体内哪种体液占优势。以他的名字命名的著作《希波克拉底文集》对医学有巨大贡献。16 世纪欧洲医学开始独立发展,其主要成就是人体解剖学的建立,标志着医学新征途的开始。18 世纪建立了病理解剖学,E·詹纳(1749—1823)发明牛痘接种法,公共卫生和社会医学方面的问题逐渐被提出来。

现代外科学奠基于 19 世纪 40 年代,先后解决了手术疼痛、伤口感染和止血、输血等问题。1846 年美国 Morton 首先采用乙醚作为全身麻醉剂;1846 年匈牙利人 Semmelweis 在产科检查前首先用漂白粉洗手,产妇死亡率大幅度下降;1867 年英国人 Lister 采用石炭酸溶液冲洗手术器械、湿纱敷盖伤口,截肢死亡率从 46% 下降至 15%;1877 年德国人 Bergmann 采用蒸汽灭菌;1872 年英国人 Wells 介绍止血钳;1873 年德国人 Esmarch 在截肢时倡用止血带;1901 年美国 Landsteiner 发现血型;1929 年英国人 Fleming 发现了青霉素;1935 年德国人 Domagk 倡用磺胺类药;其后抗菌药应用于外科;20 世纪 40 年代肌肉松弛药在临床应用。上述这些发明解决了外科治疗的基本问题,使得外科学得到突飞猛进的发展。此后,外科领域内各专业相继独立,如神经外科、心血管外科、矫形外科、消化外科及整形外科等等。

19 世纪中叶,是西医外科学在我国的萌芽起步阶段,各医院主持外科工作者,均为外籍医生,我国医护人员处于在实践中学习的“医徒”位置。其后,教会或外国的医学基金会、慈善团体先后在我国各地创办了医学院校。辛亥革命后,我国也相继自行筹建医学院校。至 20 世纪中叶,上述高等医学院校所培养的毕业生中,已有不少学识渊博、基础雄厚、出类拔萃的外科学家,如沈克非、黄家驷、吴英恺、兰锡纯、孟继懋、牛惠生、方先之、关颂韬、谢元甫、熊汝成、施锡恩等。我国外科学界为了促进学科发展、推动学术交流,于 1937 年 4 月在上海召开的中华医学会第四届大会上,成立了中华医学会外科学会,选出牛惠生为首届会长,曾起草会章,当时有外科会员 19 名,后因抗日战争爆发,学会活动未能开展。在抗日战争和解放战争期间,外科医生是冲在前线的战士,为救死扶伤作出了巨大的贡献。抗战胜利后,中华医学会第七届大会于 1947 年 4 月在南京召开,到会的外科会员由沈克非召集,重新组织外科学会,选举黄家驷为会长,会员 43 名。新中国成立后,外科学在我国得到了飞速的发展。外科学界老前辈们在外科学分会 70 年历程中,付出了很多的努力,而今天的中青年医生也正在他们的指导下一步步成长。老中青外科学的精英们齐心协力创办了许多外科学分支学科,建立了很多体系。外科学分会如今已经成为普通外科独立的专科分会,成为拥有 16

个专业学组、职业医师会员最多的学术团体之一。

我国外科分支学科以骨科和泌尿外科率先建立,北京协和医院于1921年成立了骨科和泌尿科专科,由专科医师主持,标志着骨科、泌尿科在中国开始成为外科中的独立分科。1937年在中华医学会领导下成立了骨科小组,由牛惠生、胡兰生等6人组成,这标志着骨科已在我国成为独立的专科,为我国骨科专业的发展奠定了基础。我国外科学走过70年,如今的外科学各分会枝繁叶茂,生机勃勃,中华医学会外科学分会取得了辉煌的成就,腔内血管外科技术、肝脏微创外科技术、胆道外科学、断肢再植技术、手外科、颈椎外科技术都居世界领先水平。

二、我国中医外科学发展简史

夏商时期的《山海经》记载了我国外科最早的手术器械——砭针,用于排脓。殷墟出土的甲骨文已记载有外科病症名及单列专科,有疾目、疾耳、疾齿、疾身、疾足的区分,是外科疾病的最早记载。周朝,外科已成为独立的专科,《周礼·天官》有“疾医、疡医、食医、兽医”的划分,指出疡医主治肿疡、溃疡、金创和折疡。我国的传统中医外科在春秋战国时期逐渐形成。目前发现最早的医学文献《五十二病方》记载了感染、创伤、冻疮、诸虫咬伤、痔瘻、肿瘤等多种外科病,并介绍了割治、外敷治疗痔疮,用探针检查痔疮的方法。中医外科是中医学的一部分,其内容包括了外科、骨伤科、耳鼻喉眼、口腔、痔、皮肤等学科的内容,有丰富的经验。汉唐时期,中医外科走在世界前列;汉朝华佗,创制“麻沸散”用于麻醉,施行死骨剔除术和剖腹术;隋朝,巢元方的《诸病源候论》“金疮肠断候”中介绍腹部外科手术的经验,并首次记载了人工流产和肠吻合以及血管结扎、拔牙等手术疗法;唐朝,孙思邈的《千金方》用葱管导尿,则比1860年法国发明橡皮管导尿早1200多年;清末,尤其是鸦片战争以后,由于闭关自守,中医外科整体水平明显落后。

新中国成立后,中医外科进入了发展新阶段。1954年首先在北京成立了中医研究院,以后各省、市先后成立了中医药研究院(所)。1956年起各省、市相继成立了中医学院,改变了传统的师承家授的培养方法。1960年中医研究院编著《中医外科简编》,还编著出版和重印了大量的中医外科学专著。积极开展科研活动,取得了巨大的科研成果。骨髓炎的中西医结合治疗、血栓闭塞性脉管炎的治疗、治疗内痔的“消痔灵”注射液、治疗皮肤病的“五妙水仙膏”等,都先后获得国家科技进步奖或卫生部科技成果奖。中西医结合治疗系统性红斑狼疮、硬皮病、毒蛇咬伤等,也都取得了很大的成绩。近年来,电子计算机在中医临床运用中的研究,为整理外科医著、总结外科经验,提供了有利的条件,中医外科的发展进入到一个崭新的阶段。

第四节 无 菌 术

无菌术(asepsis)是针对微生物及感染途径所采取的一系列预防措施,包括灭菌法、消毒法、操作规则及管理制度。灭菌系指杀灭一切活的微生物,包括细菌的芽胞;而消毒系指杀灭病原微生物和其他有害微生物,并不要求清除或杀灭所有微生物(如芽孢等)。灭菌法一般是指预先用物理方法,彻底消灭掉与手术区或伤口接触的物品上所附带的微生物。有的化学品如甲醛、戊二醛、环氧乙烷等,可以杀灭一切微生物,故也可在灭菌法中应用。消毒法又称抗菌法,常指应用化学方法来消灭微生物,例如器械的消毒、手术室空气的消毒、手术人

员的手和臂的消毒以及患者的皮肤消毒。有关的操作规则和管理制度则是防止已经灭菌和消毒的物品、已行无菌准备的手术人员或手术区不再被污染,以免引起伤口感染的办法。

灭菌法所用的物理方法有高温、紫外线、电离辐射等,而以高温的应用最为普遍。手术器械和应用物品如手术衣、手术单、敷料和大部分手术器械都可用高温来灭菌。电离辐射主要用于药物如抗生素、激素、类固醇、维生素等,以及塑料注射器和缝线等的灭菌。紫外线可以杀灭悬浮在空气中、水中和附于物体表面的细菌、真菌、支原体和病毒等。抗菌法所用化学制剂的种类很多。理想的消毒药物应能杀灭细菌、芽孢、真菌等一切能引起感染的微生物而不损害正常组织,但目前尚无能够达到上述要求的药物。一般可根据要消毒的器械、物品等的性质,来选用不同的药物,以发挥药物的作用和减少其不良反应。

一、灭菌法

1. 高压蒸汽灭菌法 应用最普遍,效果可靠。高压蒸汽灭菌器可分为下排气式和预真空式两类。高压蒸汽灭菌法多用于一般能耐受高温的物品,如金属器械、玻璃、搪瓷、敷料、橡胶类、药物等的灭菌。

2. 煮沸灭菌法 常用的有煮沸灭菌器。但一般铝锅洗去油脂后,也可作煮沸灭菌用。本法适用于金属器械、玻璃及橡胶类等物品,在水中煮沸至 100°C 后,持续 $15\sim 20$ 分钟,一般细菌可被杀灭,但带芽胞的细菌至少需要煮沸1小时才能杀灭。

3. 火烧法 主要用于紧急状况下金属器械的消毒。

二、消毒法

1. 药液浸泡消毒法 锐利器械、内窥镜等不适于热力灭菌的器械,可用化学药液浸泡消毒。

(1) $1:1000$ 的新洁尔灭溶液,可用于皮肤、黏膜的消毒,也用于浸泡器械消毒,浸泡时间为30分钟。

(2) 70% 的酒精,多用于皮肤的消毒。如需浸泡器械消毒,要浸泡30分钟,常用于刀片、剪刀、缝针的消毒。

(3) 10% 的甲醛溶液,浸泡时间为30分钟,适用于导尿管、塑料类、有机玻璃的消毒。

(4) 2% 的戊二醛水溶液,浸泡30分钟,用途与70%的酒精相同,但灭菌效果更好。常用于刀片、剪刀、镊等的消毒,使用前务必冲洗。

(5) $1:1000$ 的洗必泰溶液,抗菌作用较新洁尔灭溶液强。

(6) 碘伏,为紫黑色液体,是碘与表面活性剂的不定型结合物。 $0.3\%\sim 0.5\%$ 的碘伏用于外科皮肤消毒。杀菌作用广,可杀灭细菌繁殖体、芽孢、真菌和部分病毒。

2. 甲醛蒸汽熏蒸法 用于橡胶手套、乳胶管、硅胶管、电刀柄等的消毒。

三、手术进行中的无菌原则

1. 手术人员一经“洗手”,手臂即不准再接触未经消毒的物品。穿无菌手术衣和戴无菌手套后,背部、腰部以下和肩部以上都应认为是有菌地带,不能接触;同样,手术台边缘以下的布单,也不要接触。

2. 不可在手术人员的背后传递器械及手术用品。坠落到无菌巾或手术台边以外的器

械物品,不准拾回再用。

3. 手术中如手套破损或接触到有菌地方,应另换无菌手套。前臂或肘部碰触有菌地方,应更换无菌手术衣或加套无菌袖套。无菌巾、布单等物,如已被湿透,其无菌隔离作用不再完整,应加盖干的无菌单。

4. 在手术过程中,同侧手术人员如需调换位置时,应先退后一步,转过身,背对背地转到另一位置,以防止污染。

5. 手术开始前要清点器械、敷料;手术结束前,要先检查胸、腹等体腔,核对器械、敷料数无误后才能关闭切口,以免异物遗留腔内,产生严重后果。

6. 切口边缘应以大纱布垫或手术巾遮盖,并用巾钳或缝线固定,仅显露手术切口。

7. 作皮肤切口以及缝合皮肤之前,需用70%的酒精或5%的聚维酮碘(PV 碘)溶液,再涂擦消毒皮肤一次。

8. 切开空腔脏器前,要先用纱布垫保护周围组织,以防止或减少污染。

9. 参观手术人员不可太靠近手术人员或站得太高,也不可经常在室内走动,以减少污染的机会。

参 考 文 献

[1] 吴阶平,裘法祖,吴蔚然,等. 黄家驷外科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1999:1—133

[2] 吴在德,吴肇汉,郑树,等. 外科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2005:17—21

(陈奎华)

第二章 普通外科常见疾病

普通外科是外科学中最大的三级学科,包括腹部外科的肝、胆、胰、脾、胃十二指肠、小肠、结直肠等疾病,还有颈部、动静脉淋巴管疾病及乳腺疾病。普通外科疾病是外科临床上最常见的疾病,也是外科学中最主要学习和掌握的内容。本章内容均是普通外科最常见、最基本的疾病,主要包括急性阑尾炎、腹股沟区疝、肠梗阻、胆囊炎与胆石症、急性胰腺炎、乳腺癌和痔。学习以上这些疾病,首先要熟悉相应的解剖和病理生理知识,在此基础上,重点掌握这些疾病的典型临床表现和主要诊断要点,同时要熟悉这些疾病的外科治疗原则。

第一节 急性阑尾炎

一、概述

急性阑尾炎(acute appendicitis)是阑尾的最常见疾病,也是急腹症中最常见的病因(约占25%),是普通外科的常见病。急性阑尾炎的发病率约为1%,从出生的新生儿到八九十岁的高龄老人均可发病,但以青少年为多见,尤其是20~30岁年龄组人群为发病高峰,约占总数的40%。性别方面,一般男性发病较女性为高,男:女=2~3:1。由于医疗技术发展水平的局限,急性阑尾炎仍有0.1%~0.5%的死亡率。因此,如何提高疗效,减少误诊,仍然值得重视和进一步研究。

(一) 病因

急性阑尾炎虽然常表现为阑尾壁受到不同程度的细菌侵袭所致的化脓性感染,但其发病机制却是一个较为复杂的过程,病因也不是很清楚,归纳起来与下列因素有关:

1. 梗阻 阑尾为一端与盲肠相通的细长的管道,一旦梗阻,可使管腔内分泌物积存,内压增高,压迫阑尾壁使远侧血运阻碍,此时管腔内细菌侵入受损黏膜,易致感染。常见的梗阻原因为:①粪石、吸收失去水分的粪块、蛔虫、食物碎屑等堵塞阑尾腔;②盲肠部位阑尾开口处附近有炎症、结核、肿瘤等病变,使阑尾开口受限,排空受阻;③曾因反复阑尾炎症使管腔狭窄;④阑尾系膜过短发生阑尾扭曲而阻碍管腔通畅;⑤阑尾壁内淋巴组织增生或水肿引起管腔狭窄。

2. 感染 未梗阻发病者,多为阑尾腔内细菌所致的直接感染。盲肠与阑尾腔相通,因此两者具有相同的以大肠杆菌和厌氧菌为主的菌种及数量。阑尾黏膜即使有轻微损伤,细

菌也可侵入管壁,引起不同程度的感染。少数患者上呼吸道感染后细菌可由血运传至阑尾引发阑尾炎。另有部分感染发生于邻近器官的化脓性感染。

3. 其他 其他因素中有因胃肠道功能障碍(腹泻、便秘等)引起内脏神经反射,导致阑尾肌肉和血管痉挛,超过一定强度,可以产生阑尾管腔狭窄、血供障碍、黏膜受损,细菌入侵而致急性炎症。此外,发病亦可能与饮食习惯和遗传有关。多纤维素饮食发病率低,可能与结肠排空加快、便秘减少有关。习惯性应用缓泻药可能导致肠道黏膜充血,可使阑尾受到影响。遗传因素引起阑尾先天畸形,过度扭曲、管腔细小、长度过长、血运不佳等都成为易于发生急性炎症的条件。

(二) 病理类型

急性阑尾炎的基本病理改变为管壁充血水肿,大量炎症细胞浸润,组织不同程度地破坏,因此分为单纯性、化脓性和坏疽性三种类型。三者通常是炎症发展的三个不同阶段,但也可能是由于发病因素的不同而得到的三种不同的直接后果。

1. 单纯性阑尾炎 阑尾有轻度炎症改变,水肿充血不严重;或呈浆膜充血发红,显微镜下阑尾壁各层中均有炎性细胞浸润,以黏膜层较重,有浅表小出血点或溃疡。此类阑尾炎属早期轻度感染,临床症状和机体反应也较轻,如能及时处理,可达到炎症吸收、感染消退、阑尾恢复正常。

2. 化脓性阑尾炎 由早期炎症加重而致,或由于阑尾管腔梗阻,内压增高,远端血运严重受阻,感染形成且蔓延迅速,以致数小时内即成化脓性甚至蜂窝织炎性感染。阑尾肿胀显著,浆膜面高度充血并有较多脓性渗出物,阑尾部分或全部为大网膜所包。显微镜下阑尾壁内有大量炎性细胞浸润,有的已形成大小不一的大量微小脓肿。阑尾腔内有脓性分泌物,有明显大肠杆菌和厌氧菌感染的现象。化脓性阑尾炎可引起阑尾周围的局限性腹膜炎,也可因为穿孔而致弥漫性腹膜炎。此类阑尾炎的阑尾已有不同程度的组织破坏,即使保守恢复,阑尾壁的瘢痕挛缩,可使管腔狭窄引起炎症反复发作。

3. 坏疽性阑尾炎 由于阑尾化脓性感染加重所致,或因阑尾管腔严重梗阻,阑尾血运在短时间内完全阻断而致阑尾坏疽,为阑尾急性炎症中最严重的程度。根据阑尾血运阻断的部位,阑尾呈现部分或全部坏死。坏死部分呈紫黑色,黏膜几乎全部糜烂脱落,阑尾腔内有血性脓液。多数合并有穿孔,并为大网膜所包盖,周围有局限脓液积存或已成弥漫性腹膜炎。一旦此类阑尾炎出现,除有严重的局部体征,还同时有剧烈的全身反应,如中毒性休克,会出现致死性的后果,是急件阑尾炎发展过程中必须防止的。

上述三类急性阑尾炎如仍局限于阑尾而不涉及四周,则其对机体的影响较轻,处理容易,效果良好。但当阑尾炎症严重,涉及四周,尤其是并发穿孔,感染侵至腹腔,炎症由阑尾局部扩散至部分或全部腹部,则病理复杂,处理上比较棘手。

阑尾穿孔并发弥漫性腹膜炎是急性阑尾炎中最为严重的情况,进展迅速,大网膜或肠襻粘连来不及局部保护,穿孔后感染立刻蔓延全腹,常见于坏疽性阑尾炎,死亡率很高。急性阑尾炎并发脓毒血症见于严重感染,经阑尾静脉侵入门静脉而成化脓性门静脉炎或多发性肝脓肿时,虽属少见,但死亡率极高。

二、诊断依据

(一) 临床表现

多数急性阑尾炎患者的临床表现比较典型,病理过程都大致相同。临床表现大致可以分为三期:初期梗阻表现、后期炎症表现、后期并发症表现。三者间隔时间或长或过短,亦可表现为同时发生。

1. 症状 主要表现为转移性右下腹腹部疼痛、胃肠道反应和全身反应。

(1) 腹痛:迫使急性阑尾炎患者就诊的主要症状是腹痛,除极少数合并有横贯性脊髓炎的患者外,都有腹痛存在,约有98%的急性阑尾炎患者以此为首发症状。由于年龄、阑尾部位、病程快慢等差异,腹痛各有不同。早期阑尾腔内梗阻引起的腹痛较轻,为隐痛,多位于上腹或脐周。梗阻严重时也可有较明显的阵发性绞痛,逐渐加重,有时伴有恶心。典型的急性阑尾炎患者,腹痛开始的部位多在上腹部、剑突下或脐周围,约经6~8小时或10多小时后,腹痛部位逐渐下移,最后固定于右下腹部。腹痛多数以突发性和持续性开始的,少数可能以阵发性腹痛开始,而后逐渐加重。偶有疼痛突然减轻可能为阑尾穿孔使管腔内压力降低,坏死使神经失去感受传导能力所致,可误以为病情改善,但体检时腹部体征明显,全身症状加重,很快出现腹膜炎的表现,均能说明病情恶化。异位阑尾炎在临床上虽同样也可有初期梗阻性后期炎症性腹痛,但其最后腹痛所在部位根据其阑尾所在而异。位于盲肠后位、妊娠子宫后位或腹膜后位的阑尾,其局部疼痛不重,甚至腰痛重于腹痛,使诊断困难。年迈体弱的患者反应较差,腹痛程度往往不能表达其腹内感染的严重性,必须提高警惕,婴幼儿不会用言语表达时,吵闹啼哭实质上是腹痛的表现。

(2) 胃肠道反应:恶心、呕吐最为常见,早期的呕吐多为反射性,常发生在腹痛的高峰期,呕吐物为食物残渣和胃液,晚期的呕吐则与腹膜炎有关。呕吐与发病前有无进食有关,阑尾炎发生于空腹时,往往仅有恶心;饱食后发生则有呕吐;当阑尾感染扩散至全腹时,恶心、呕吐更为加重。其他胃肠道症状如食欲减退、不思饮食、便秘、腹泻等也偶有出现。

(3) 全身反应:单纯性阑尾炎的体温多在 $37.5\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ 之间,化脓性和穿孔性阑尾炎时,体温较高,可达 39°C 左右,极少数患者出现寒战高烧,体温可升到 40°C 以上。当弥漫性腹膜炎严重时,同时出现血容量不足与脓毒血症的症状,涉及心、肺、肾、肝等生命器官的功能衰竭。

2. 体征

(1) 压痛:急性阑尾炎的最主要体征是右下腹压痛,压痛多在阑尾的体表投影点——麦氏(McBurney)点。压痛由于阑尾部位、深浅、炎症轻重的不同而不同,是诊断阑尾炎的重要依据。阑尾炎早期炎症不明显时,并无体征;待炎症明确,转移性腹痛出现,即可触到局部压痛。典型的压痛较局限,位于麦氏点或其附近;根据阑尾炎症严重程度和部位的不同,压痛可以轻微或强烈、轻压痛或深压痛。压痛表明阑尾炎症的存在和其所在的部位,较之转移性腹痛有重要的意义。一旦压痛范围变大,或已成全腹压痛,表示腹膜炎已存在,但最压痛点仍在阑尾部位。

(2) 反跳痛:局部反跳痛与压痛具有同样重要意义,这是腹膜受到刺激的反应,更确定了局部炎症的存在。阑尾部位压痛与反跳痛的同时存在对诊断阑尾炎更有价值。压痛和反跳痛都可以见于弥漫性腹膜炎,因此在诊断急性阑尾炎时,反跳痛的部位与局限性很重要。

反跳痛多见于阑尾炎症较重、部位较浅时;较深在的、炎症较轻的阑尾炎常不出现反跳痛。阑尾部位腹肌紧张和强直也是急性阑尾炎的重要体征。

(3) 间接体征:临床上还可以通过如结肠充气试验等方法检查,对阑尾炎的诊断有一定参考价值。① 结肠充气试验(Rovsing征):患者仰卧位,检查者用手掌按压左下腹部,或沿降结肠向上腹用力推挤,如右下腹疼痛加重即为阳性。其机理是结肠内压力由肠内的气体传导至盲肠,并进入发炎的阑尾腔,引起疼痛加重。如阳性,说明右下腹部有感染存在,不能判断阑尾炎的病理类型和程度。② 腰大肌试验:让患者左侧卧位,检查者左手向前推患者腰部,右手将患者右下肢向后拉,如右下腹疼痛加重即为阳性。如阳性,提示阑尾可能位于盲肠后或腹膜后。③ 闭孔肌试验:患者仰卧位,当右侧髋关节屈曲时被动内旋,右下腹疼痛加重即为阳性,表示阑尾位置较低,是炎症波及到闭孔内肌的结果。④ 皮肤感觉过敏区:少数患者在急性阑尾炎的早期,尤其是阑尾腔内有梗阻时,右下腹壁皮肤可出现敏感性增高现象,表现为咳嗽、轻叩腹壁均可引起疼痛,甚至轻轻触摸右下腹皮肤,也会感到疼痛。过敏区皮肤的范围呈三角形分布,不因阑尾位置而改变,故对不典型患者的早期诊断可能有帮助。

(4) 直肠指检:盆位急性阑尾炎,直肠右侧壁有明显触痛,甚至可触到炎性包块。阑尾穿孔伴盆腔脓肿时,直肠内温度较高,直肠前壁可膨隆并有触痛。未婚女性患者,直肠指检还能排除子宫和附件的急性病变。

(二) 辅助检查

对于临床表现不典型的患者则需借助其他诊断手段或辅助检查,如血常规、尿常规、腹部X线平片、腹部B超检查等,往往可确诊阑尾炎。

血常规多有白细胞总数增高,中性粒细胞比例增高等。尿常规偶有少量红细胞或白细胞。腹部X线多见右下腹少量肠管积气,弥漫性腹膜炎时可见肠管扩张、积气,甚至可见液气平面。腹部B超检查,70%~90%的患者可见阑尾肿大、呈腊肠样改变、阑尾区呈不均匀的低回声或无回声区,甚至会出现回声不均匀团块状区,边界不清。

三、转归及预后

绝大多数急性阑尾炎患者可以治愈,如不及时治疗,仍有0.1%左右的死亡率。

(一) 炎症消退

急性单纯性阑尾炎及时药物治疗可能使炎症消退而不遗留病理改变。急性化脓性阑尾炎如经治疗即使炎症消退,但会导致阑尾腔变狭、壁增厚,易复发。

(二) 炎症局限

化脓或坏疽、穿孔后,阑尾为大网膜包裹形成阑尾周围脓肿或炎性包块,炎症被局限化。部分患者需2~3个月后手术治疗才能痊愈。

(三) 炎症扩散

如机体防御机能差,或未予及时治疗,炎症扩散而致阑尾化脓、坏疽穿孔乃至弥漫性腹膜炎、化脓性门静脉炎等。极少患者的细菌栓子可随血流进入门静脉在肝内形成脓肿,甚至可危及生命。

四、治疗原则与主要措施

(一) 治疗原则

1. 急性单纯性阑尾炎 条件允许时可先行非手术治疗,但必须仔细观察,如病情有发展应及时进行手术。

2. 化脓性、穿孔性阑尾炎 原则上应立即实施急诊手术,切除病变阑尾,术后应积极抗感染,预防并发症。

3. 阑尾炎性包块 暂行保守治疗,促进炎症的尽快吸收,待3~6个月后再考虑切除阑尾。如脓肿有扩大并可能破溃时,应急诊引流。

4. 高龄患者、小儿及妊娠期急性阑尾炎,一旦确诊,原则上应急诊手术。

(二) 主要措施

1. 手术治疗 手术切除阑尾是目前公认的急性阑尾炎的治疗方法,主要适应于各类急性阑尾炎,反复发作的慢性阑尾炎,阑尾脓肿保守治疗3~6个月后有症状者及非手术治疗无效者。但是阑尾炎症的病理变化比较复杂,有时也会遇到非常困难的情况。

手术方式为阑尾切除术、阑尾周围脓肿引流术。

2. 非手术治疗 主要适应于急性单纯性阑尾炎、阑尾周围脓肿、妊娠早期和后期急性阑尾炎、高龄合并有主要脏器病变的阑尾炎。主要措施包括卧床休息、禁饮食、适当补液、对症处理等。其次是选用广谱抗菌素和(或)抗厌氧菌的药物抗感染。必要时口服中药治疗。治疗将持续到患者症状消失,血常规恢复正常。

第二节 腹 外 疝

一、概述

人体组织或器官由其正常解剖部位通过某些正常的或不正常的孔隙或缺损等薄弱区域进入邻近部位的情况统称为疝。疝最多发生于腹部,其中绝大多数是腹腔内脏器或组织通过腹壁或盆壁薄弱区突出至体表形成的腹外疝(abdominal external hernia)。各种腹外疝内容物突出腹腔的部位称为疝门,疝门常被作为腹外疝解剖类型的命名依据,如腹股沟疝、脐疝、白线疝等。疝内容物绝大多数是小肠,其次是大网膜,较少见的有盲肠、乙状结肠、横结肠、膀胱、Meckel憩室(Littre疝)、卵巢、输卵管等。

(一) 病因

腹外疝有腹壁强度降低和腹内压力增高两个基本发病因素。

1. 腹壁强度降低 腹壁的肌肉、筋膜等组织的结构组成在正常情况下存在一些相对薄弱的区域,成为腹外疝的潜在发病部位。依病理生理角度研究,发现腹外疝患者的腹直肌前鞘比正常人薄弱。此外,腹部手术切口或引流口的愈合不良、腹壁外伤、腹壁神经损伤、肥胖者的脂肪浸润、腹肌缺乏锻炼、老年人肌肉衰退、腹白线或半月线的发育不良等都有降低部分腹壁组织强度的不良作用。

2. 腹内压力增高 在腹壁强度不足的基础上,腹内压增高成为腹外疝的重要诱发因素。常见原因有慢性咳嗽(尤其是老年慢性支气管炎)、慢性便秘、排尿困难(如前列腺肥大、膀胱结石等)、妊娠、重体力劳动、举重、婴儿经常啼哭、腹水及腹内巨大肿瘤等。

(二) 分型

1. 解剖类型 根据疝门解剖部位的不同,腹外疝分为腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝、白线疝、半月线疝、闭孔疝、腰疝等类型。

2. 临床类型 结合疝内容物的病理状态和临床特点,腹外疝有以下四种临床类型:

(1) 易复性疝:一般腹外疝在站立、行走、奔跑、喷嚏、劳动和其他可促使腹内压增高的情况下,疝内容物可经疝门突入疝囊,并在体表出现一肿块,少数患者于发病早期因肿块隐匿在腹壁深层而不被察觉。疝内容物可在休息、平卧或向腹腔方向用手推送时回纳腹腔使肿块消失。这是易复性疝。

(2) 难复性疝:疝块突出后,长时间滞留于体表而不能或只能部分回纳者为难复性疝。疝内容物难以回纳是由于:① 疝内容物频繁突出、回纳,反复与疝囊(尤其是囊颈)摩擦而致互相粘连。大网膜突出最易发生此类情况。② 内容物反复突出,不断扩张疝门,使疝门组织受压萎缩,导致突出的内容物日益增多,此处腹壁终于完全失去阻挡内容物突出、维持它们于腹内的作用。巨大疝块长期滞留体表,又使腹腔容积相应变小,更难以容纳勉强回纳的内脏。③ 另有少数病程较长者,疝内容物突出时连同部分疝囊向疝门外滑移而成为疝囊壁的一部分。这种疝称为滑动性疝(或滑疝),属难复性疝。滑疝多见于腹股沟疝,右侧多于左侧,滑移的内脏以盲肠和膀胱为主,有时为乙状结肠或降结肠。

(3) 嵌顿性疝:嵌顿性疝可发生在强力劳动、剧烈咳嗽、排便或大笑等腹内压骤然增高时,疝内容物由相对狭小的疝门突出,疝门弹性回缩,使疝内容物嵌顿。表现为疝块突然增大,伴有剧烈疼痛,平卧或用手推送肿块不能使之回纳,肿块紧张发硬,且有触痛。内容物被卡后,因其静脉回流受阻,可逐渐出现淤血水肿而组织增厚,颜色转深,并在疝囊中出现淡黄色渗液。严重的可伴阵发性局部绞痛、恶心、呕吐、便秘、腹胀等急性肠梗阻症状。疝一旦嵌顿,自行回纳的机会较少。多数患者的症状逐渐加重,如不及时处理,可进一步发展为绞窄疝。有些小肠被嵌顿者,疝囊中可有多个肠襻,而位于它们之间的中间肠襻则仍在腹腔内。中间肠襻虽位在腹腔内,却是嵌顿肠襻的一部分,同样有静脉回流受阻情况存在。这种特殊形式的嵌顿性疝称为逆行性嵌顿疝。

(4) 绞窄性疝:随着时间的推移,未解除嵌顿的疝内容物在疝门处受压情况愈来愈重,使其动脉血供受阻,导致其缺血性坏死。至此,嵌顿性疝即转为绞窄性疝,绞窄性疝是嵌顿性疝病理过程的延伸。此时,疝内容物动脉搏动消失,失去光泽、弹性和活力,颜色转为紫红或紫黑,疝囊内积液转为血性,甚至脓性。部分病者(如逆行性疝)还可伴发化脓性腹膜炎。

二、腹股沟斜疝

(一) 概述

发生于腹股沟区的腹外疝统称为腹股沟疝(inguinal hernia),是最常见的腹外疝。腹股沟疝有斜疝和直疝之分。斜疝(indirect inguinal hernia)从腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环突出,随病程的发展逐渐向内、下、前方向斜行穿越腹股沟管,出腹股沟管外环而达体表。在

男性,疝块还可继续向阴囊方向发展;在女性,则终止于大阴唇。斜疝是最常见的腹外疝,约占腹外疝总数的90%,或占腹股沟疝的95%。男性患腹股沟斜疝者多于女性,两性发病之比约为15:1,右侧发病者多于左侧。

(二) 诊断依据

1. 临床表现 不同类型的腹股沟疝好发于不同年龄段。斜疝多发于青壮年。先天性斜疝多发病于婴幼儿,但有时却初见于老年,这是因为有些婴幼儿期疝块较小而未被发现,后因腹肌发育健全阻挡了疝块突出而未表现于临床,及至老年,腹壁肌力转弱,使疝块得以出现。

(1) 腹股沟管外环处出现可复性肿块是最重要的临床表现。最初在长期站立、行走或咳嗽时肿块沿腹股沟管斜行突向外环口。以后,肿块逐渐增大并延伸进入阴囊。肿块上端狭小,下端宽大,形状似梨形,再后,疝块逐渐进入阴囊,且日益增大。肿块突出时有下坠或轻度酸胀感。

(2) 如肿块突出后不能回纳而发生嵌顿,突出的疝块在早期伴有剧烈疼痛,张力高,并有压痛。如疝内容物为肠管,大多数患者将在数小时内出现腹部绞痛、恶心、呕吐、便秘、腹胀等急性肠梗阻的表现,少数例外的是肠管壁疝、Littre疝或大网膜被嵌顿者。如嵌顿未解除,疝内容物进而发生血运障碍,即转为绞窄性疝,肠管缺血坏死,疝块有红、肿、热、压痛等急性炎症表现,还可因疝内容物坏死而发生感染,导致疝块周围软组织出现急性炎症,甚至全身性中毒反应,并有腹膜炎体征。有时全身感染、高热、畏寒等症状极为明显,肠管绞窄而未及时处理者,疝囊内可积脓,以后脓肿被切开或自行穿破,形成肠痿。逆行性疝内肠襻绞窄者,还将并发急性化脓性腹膜炎,则病情更为严重,重者可并发感染性休克。

(3) 体格检查:患者取平卧位,患侧髋部屈曲、内收,松弛腹股沟部。在疝块未显时,用手置于内环处,嘱患者咳嗽。常可在此察觉膨胀性冲击感或疝内容物顶出并滑入疝囊之感并出现肿块。内容物为肠管时,扪按肿块可觉其柔软光滑,较大时还能叩出其鼓音;如内容物为大网膜,则肿块多较坚韧,叩诊呈浊音。顺腹股沟管向外上方轻按肿块即可回纳。如再在腹股沟韧带中点上方2cm处按压内环,并令患者站立咳嗽,可阻止肿块突出,移去按压手指,肿块即复出。如为不完全性斜疝,疝内容物未突出外环,可用手指伸入外环口,令患者咳嗽即有冲击感。如为难复性疝,检查时肿块较难或只能部分回纳,难复的滑动性疝还常同时伴有便秘或消化道症状。

2. 辅助检查 腹股沟B超可根据疝内容物与腹壁下动脉关系,对腹股沟疝的鉴别诊断有一定效果。必要时行CT检查。

3. 诊断要点 ① 多见于婴幼儿和中年男子,右侧多见。② 腹股沟区或阴囊内可有可复性包块,平卧或用手推后肿块消失。③ 腹股沟区或(和)阴囊可见肿块,呈梨形或椭圆形,质软,咳嗽时触及包块,有冲击感。平卧或向外上方推挤时,包块可回纳,回纳后按住内环口,令患者咳嗽,包块不出现。④ 肿块处多可听到肠鸣音,如肿块内容物坠入阴囊,透光试验为阴性。⑤ 疝内容物嵌顿时,可突发局部疼痛和中上腹部绞痛,恶心呕吐,肛门不能排气,严重者可致绞窄性疝。

(三) 转归及预后

1岁以内婴幼儿在生长发育中,腹肌逐渐强壮该病多可自愈。1岁以后,腹股沟斜疝不

能自愈,且随着疝块的增大,必将影响劳动和治疗效果,并因常可发生嵌顿和绞窄而威胁患者的生命安全。

(四) 治疗原则与主要措施

1. 治疗原则 一旦发病,除少数特殊情况,应采取手术治疗。如为嵌顿或绞窄性斜疝,应急诊手术。

2. 主要措施

(1) 非手术治疗: 婴儿腹股沟斜疝可因腹肌随生长而逐渐强壮,有效遮蔽腹股沟管内环而自行消失,所以1周岁以内的婴儿可暂不手术。通常用棉织束带捆绑法堵压腹股沟管内环阻挡疝块突出,给发育中的腹肌有加强腹壁的机会。

年老体弱或其他原因而有手术禁忌者,可佩用医用疝带。在确认疝内容物已完全回纳的前提下,将疝带中大于疝门的软垫压住疝门区,借以堵住疝块突出的门户。长期佩用疝带可使疝囊颈逐渐肥厚,有促使疝内容物与疝囊发生粘连的可能,故应慎用。

(2) 手术治疗: 手术是治疗腹股沟斜疝最有效的方法。手术原则是疝囊颈高位结扎、疝修补和疝成形术。易复性和难复性疝在择期手术前,应着重消除慢性咳嗽、排尿困难、便秘等各种腹内压增高的因素。妊娠者可把手术推迟至分娩后。对于巨大的难复性疝,因腹腔已无足够空间适应大块疝出已久的脏器返回,应在手术前一段时间内采取头低足高位,促使腹腔空间逐渐扩大,适应内脏完全回纳的需要。手术后应避免可增高腹压的各种因素再现。

手术治疗的目的是堵塞腹腔内脏突出的途径和加强薄弱的腹壁。手术原则是疝囊高位结扎、加强腹股沟管壁。对少数腹壁损害严重者,则采用疝成形术替代修补术。腹股沟疝修补术的传统术式有 Bassini 手术、Halsted 手术、Ferguson 手术、McVay 手术和 Shouldice 手术等。

近年随着对疝解剖和发病机制的认识,各种无张力疝修补术已在临床广泛应用,并有取代传统手术的趋势。

三、股疝

(一) 概述

通过股环、股管、卵圆窝向大腿根部突出的腹外疝称为股疝(femoral hernia)。它的发病率在腹股沟疝之后居腹外疝的第二位,多见于中年以上的经产妇女,右侧较多见。临床上较少见,约占腹外疝的5%。股疝偶有发生于儿童者,但极少。股疝是最容易嵌顿的腹外疝。

1. 发病因素 股疝的发病与正常解剖结构有密切关系。股管是一个狭长形潜在性间隙,长约1.0~1.5cm。股管有上、下两口,上口为股环,椭圆形,直径约1.25cm,上覆盖有股环隔膜。股管前界是腹股沟韧带,内界是陷窝韧带,后界是耻骨梳韧带,外界是股静脉。股管下口为卵圆窝,在耻骨结节的下外侧约2cm处,是阔筋膜的一个椭圆形缺损,上有一层薄膜覆盖,称为筛状板。大隐静脉也在此穿过筛状板而汇入股静脉。

股环位于骨盆底部,在腹内压增高的情况下,腹内脏器可把覆盖此薄弱点的腹膜,连同其腹膜前脂肪下推,一起向下进入股管而形成股疝。女性因骨盆较宽而平坦,联合肌腱和陷窝韧带较薄弱,股环又略大于男性,再加妊娠是腹内压增高的重要原因等因素,股疝发病者

明显多于男性。

由于股管较狭小,其周围组织多坚韧而缺乏扩张余地,股管的空间也有限,故股疝疝块通常不大。股环的狭小坚韧是股疝容易发生嵌顿、绞窄的重要原因,股管上端坚韧而锐,突出的疝内容物经股管后在卵圆窝处直角转向前方,故比较容易嵌顿。

(二) 诊断依据

1. 临床表现

(1) 易复性股疝症状较轻微,一般在患者久站、咳嗽等腹内压增高时感到大腿根部及其邻近腹股沟区有坠胀或疼痛,并出现可复性肿块。

(2) 股疝嵌顿后,除局部疼痛外,也常伴有急性肠梗阻表现。不少患者腹部表现较明显,有可能掩盖股部症状。因此,凡急腹症患者,特别是有肠梗阻表现的妇女,不仅要注意有无腹股沟疝嵌顿,更应注意有无股疝嵌顿。

(3) 体格检查:疝块通常不大,位于腹股沟韧带以下、卵圆窝处,且呈半球形突起,主要表现为卵圆窝处有一半球形隆起,大小通常像一枚核桃或鸡蛋,质地柔软,为可复性。少数疝块较大者可由此向上扩展至腹股沟上方皮下组织中。由于囊外有丰富的脂肪组织,平卧而回纳疝内容物后,有时疝块并不完全消失。由于疝囊颈狭小,当咳嗽增加腹压时,局部咳嗽冲击感不明显,一部分患者可在久站后感到患处胀痛、下坠不适,平卧时疝块常不能自行回纳而多需用手推送。另需注意的是早期易复性股疝症状轻微而不为患者注意。此时疝块尚在股管内,体表可能并未见到或触及疝块,其后即使疝内容物已到达卵圆窝外皮下组织内,不大的疝块可隐藏在一般妇女较为丰厚的皮下脂肪内而不被察觉。另有一些女性患者,尤其是老年人,因受旧意识影响,不愿主动提供处于外阴附近的病变情况;更有些年迈者因意识迟钝而未能提供病情。

2. 辅助检查 一般不需要辅助检查。必要时可行B超检查以明确疝内容物或与其他疾病鉴别。疝嵌顿时应行腹部X线及实验室检查。

3. 诊断要点 ① 40岁以上妇女多见。② 肿块较小,多位于腹股沟韧带内下方,耻骨结节的外下方。③ 极易发生嵌顿致肠梗阻甚至肠绞窄。

(三) 转归及预后

股疝几乎不可能自愈,应尽早手术治疗,以免嵌顿或绞窄导致严重并发症或死亡。

(四) 治疗原则与主要措施

1. 治疗原则 股疝易嵌顿,又易发展为绞窄,一旦确诊,应及时手术治疗。对于嵌顿或绞窄性股疝,更应紧急手术。

2. 主要措施 最常用的手术方法是Mc-Vay修补术。有两种手术经路:腹股沟上切口和腹股沟下切口。嵌顿性或绞窄性股疝手术时,因疝环狭小,回纳疝内容物常有一定困难。遇有这种情况时,可切断腹股沟韧带以扩大股环,但在疝内容物回纳后,应仔细修复其切断的韧带。切开陷窝韧带也可扩大股环,但有损伤异位闭孔动脉的可能,应予以慎重考虑。

现在临床上对于没有嵌顿的股疝多用无张力疝修补术,痛苦小、手术效果好。

第三节 肠 梗 阻

一、概述

(一) 定义

肠梗阻(intestinal obstruction)是指肠内容物不能顺利通过肠道正常运行。肠梗阻是一种常见的外科急腹症,具有病程变化快,需要早期作出诊断、处理的特点。延误诊治可使病情发展加重,甚至出现腹膜炎、肠坏死等严重情况。

(二) 按肠梗阻的病因分类

依据病因肠梗阻可分为三大类:①机械性;②动力性;③血运性。

1. 机械性 机械性肠梗阻的病因又可归纳为三类。

(1) 肠壁内的病变:通常是先天性的病变,或是炎症、新生物或创伤引起。先天性病变包括先天性肠扭转不良、Meckel憩室炎症等。在炎症性疾病中以局限性肠炎(克罗恩病)最为常见。原发性或继发性肿瘤,肠道多发息肉,也都可以产生梗阻。创伤后肠壁内血肿可以产生急性梗阻,也可以后因缺血产生瘢痕而狭窄、梗阻。各种原因引起的肠套叠、肠管狭窄都可引起肠管被堵、梗阻。

(2) 肠壁外的病变:腹部术后肠粘连是常见的产生肠梗阻的肠壁外病变。在我国,疝也还是产生肠梗阻的一个原因,其中以腹股沟疝为最多见。术后腹内疝、膈疝均可造成不同程度的肠梗阻。先天性环状胰腺、腹膜包裹、小肠扭转也都可产生梗阻。肠壁外的癌病、肠外肿瘤、局部软组织肿瘤转移、腹腔炎性肿块、脓肿、肠系膜上动脉压迫综合征等,均可引起肠梗阻。

(3) 肠腔内病变:如寄生虫(蛔虫团块)、粗糙食物形成的粪石、巨大胆结石、异物等在肠腔内堵塞导致肠梗阻。

2. 动力性 它又分为麻痹性与痉挛性两类,是由于神经抑制或毒素刺激以致肠壁肌肉运动紊乱。麻痹性肠梗阻较为常见,发生在腹腔手术后、腹部创伤或急性弥漫性腹膜炎患者,由于严重的神经、体液与代谢(如低钾血症)改变所致。痉挛性肠梗阻较为少见,可发生在急性肠炎、肠道功能紊乱或慢性铅中毒患者。

3. 血运性 是肠系膜血管发生血栓形成或栓子栓塞,从而致肠血管堵塞,循环障碍,肠失去蠕动能力,肠内容物停止运行出现肠麻痹现象,但是它可迅速继发肠坏死,在处理上与肠麻痹截然不同。

(三) 其他分类方法

1. 单纯性和绞窄性 根据肠管血液循环有无障碍分类。无血液循环障碍者为单纯性肠梗阻,如有血液循环障碍则为绞窄性肠梗阻,其病情发展快,可导致肠壁坏死、穿孔与继发腹膜炎,可发生严重的脓毒症,对全身的影响甚大,如处理不及时,死亡率甚高。

2. 完全性与不完全性 根据梗阻的程度而分,如肠腔完全梗阻,肠内容物完全不能通过肠腔,称为完全性肠梗阻。其病理生理改变与症状均较不完全性梗阻更明显,需要及时、