

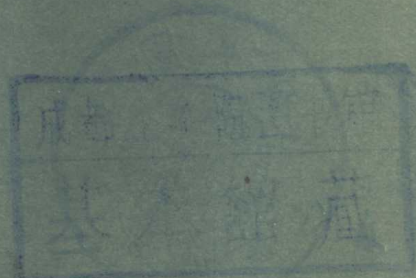
521624

47644
63478

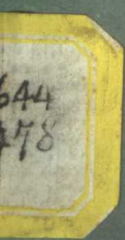
521690



中西医结合丛书



中西医结合治疗肠扭转



山东科学技术出版社

中西医结合丛书

中西医结合治疗肠扭转

昌潍地区人民医院 编

山东科学技术出版社

一九七八年·济南

中西医结合丛书
中西医结合治疗肠扭转
昌潍地区人民医院 编

山东科学技术出版社出版
山东省新华书店发行
山东新华印刷厂临沂厂印刷

787×1092毫米32开本 3印张8插页55千字
1978年10月第1版 1978年10月第1次印刷
印数：1—43,000

书号14195·2 定价0.43元

出版说明

为了总结交流中西医结合经验和创造我国统一的新医学新药学作出贡献，我们决定编辑出版这套《中西医结合丛书》。

这套丛书，主要介绍中西医结合的经验和成果，供中西医结合科研人员、医务人员和赤脚医生工作中参考。

当前，中西医结合医疗工作进展很快。由于我们缺乏编辑这方面书籍的经验，书中难免存有不妥之处，希望广大读者给予批评指正。

山东科学技术出版社

一九七八年十月

AP42/13-05

前 言

肠扭转是临床常见急腹症之一，对劳动人民危害极大，如得不到及时正确治疗，往往能危及病人生命。

我院医务人员，自1958年以来，为减轻病人痛苦和经济负担，对肠扭转病人积极开展了非手术治疗，已取得良好效果。为了进一步普及推广这种中西医结合的非手术治疗方法，使其更好地为广大工农兵病人服务，我们对近二十年的临床经验，进行了较系统的总结，并吸收了兄弟单位的先进经验，编写了这本《中西医结合治疗肠扭转》。

本书共分九章，分别介绍了肠扭转的有关解剖和生理、肠扭转的病因、病理、临床诊断、X线检查、中西医结合治疗肠扭转的病理生理基础、肠扭转非手术治疗的适应症与禁忌症，以及肠扭转的治疗和预防方法等内容，以供广大医务人员临床工作参考。

由于我们的水平所限，书中可能存有缺点、错误，诚恳地希望广大读者予以批评指正。

编 者

一九七八年七月

目 录

第一章	总述	(1)
第二章	有关解剖和生理	(3)
第三章	病因和病理	(6)
第一节	病因	(6)
第二节	病理	(9)
第四章	临床诊断	(19)
第一节	临床表现	(19)
第二节	诊断与鉴别诊断	(25)
第五章	X线检查	(30)
第一节	概述	(30)
第二节	小肠扭转的X线表现	(32)
第三节	盲肠扭转的X线表现	(37)
第四节	乙状结肠扭转的X线表现	(39)
第六章	中西医结合治疗肠扭转的病理生理基础	(46)
第一节	肠扭转手法治疗的可能性	(46)
第二节	肠扭转手法治疗的实验研究(动物实验)	(48)
第七章	肠扭转非手术治疗的适应症与禁忌症	(57)
第八章	肠扭转的治疗方法	(60)
第一节	小肠扭转的治疗方法	(60)
第二节	盲肠和乙状结肠扭转的非手术治疗方法	(78)
第三节	肠扭转同时合并其他肠梗阻的治疗方法	(85)
第九章	预防	(87)

第一章 总 述

肠扭转是一种发病甚急的绞窄性肠梗阻，主要是由于一段肠袢过度旋转扭曲，致使肠腔梗阻，肠袢血运障碍的一种急性病症，为临床常见的急性肠梗阻之一。

肠扭转，临床上一般是指急性小肠扭转，但在消化道的各个部位均可发生。常见的还有盲肠扭转、乙状结肠扭转及横结肠扭转等。肠扭转的发病，除了受其本身解剖结构及机体功能失调的内在因素影响外，外在因素例如所处地区和职业的不同等，影响也很大。在我国，以广大工农劳动人民发病最多。

急性小肠扭转的传统治疗方法是施行手术，整复扭转肠袢，解除肠腔梗阻及系膜绞窄。乙状结肠扭转，在国外有用非手术整复的经验。他们是在内窥镜的窥视下，将导管通过扭结处，使扭转肠袢里的内容物排出，解除肠管的膨胀，从而使扭转得以松解。我们曾用乙状结肠镜或肛诊下引导导管通过扭结处，排出其内容，待腹胀消失后再辅以手法按摩颠簸或改变体位等，也可促使肠扭转松解和复位。至于盲肠扭转，过去认为不手术者100%死亡，但部分学者注意到用灌肠法能使之整复，我们曾试用灌肠法整复盲肠扭转并获得成功。

我院一九五八年在学习民间推拿疗法的基础上，应用中

医推拿术中的按、推、揉、运四法，在腹外行手法整复小肠扭转，初步取得了较满意的效果。根据当时观察，顺时针方向扭转的较逆时针方向扭转的多，我院手术证实，二者之比为10：3。因此，当时多采取逆时针方向推拿，以整复大多数顺时针方向的肠扭转，最近，遵义医学院急腹症科提出了相反的意见，他们在一九七一年遇到的肠扭转中，64%为逆时针方向的扭转。对逆时针方向扭转者，如果再以逆时针方向推拿，势必要加重扭转度数，增加病人痛苦。因此，推拿疗法虽然为非手术治疗急腹症提出了一个新的途径，改进了肠扭转的治疗方法，但却存在着一定的盲目性。为此，我们曾力求在X线片上寻找判断扭转方向的特点，但结果两种不同扭转方向的病例，仅有半数左右具有共同的征象。不少问题还有待在实践中进一步验证。因此，推拿疗法的盲目性仍然没有克服。根据对个别肠扭转病人在运送途中经颠簸而自愈的观察，以及在后来对动物肠扭转的复制和动物肠扭转手法治疗成功的基础上观察到，局部病理改变通过全身机体调节功能而得到逆转的过程，提出了用颠簸疗法治疗小肠扭转，并在临床上取得初步效果。这一简便易行的方法，无需事先估计肠扭转方向，只要具备对待病人高度的责任心，充分发挥人的因素，调动医生和病人两个方面的积极性，加强临床上病情观察即可，比较适合广大基层医疗单位用于治疗早期病人。当前，不少单位已将推拿疗法和颠簸疗法定作肠扭转的常规治疗方法之一。但对于病情危重者，仍应及时手术治疗。

第二章 有关解剖和生理

一、肠系膜的解剖：肠扭转的发生与肠管的移动程度有关，肠管移动度的大小，取决于肠系膜的解剖状态。

小肠系膜根部，紧贴于后腹壁，从左上腹斜向右下腹，附着于第一、二腰椎左侧缘至右髂髌关节之间。肠系膜根部全长仅有10~20厘米。宽长的游离缘呈扇状附着在肠袢上，在成人则悬吊着约有7米左右的空肠和回肠。因此，该段小肠除起始部与终末部较固定外，其余均有极大的移动性。窄短的肠系膜根部与冗长的肠袢相比，前者犹如“蒂”状结构，这一特点就是构成小肠扭转发病的解剖基础。小肠扭转可以是整个肠系膜根部的扭转，也可以是数个肠袢的部分扭转。由于肠系膜根部是附着在由左上至右下的一个斜面上，站立时近端肠管下沉，这就造成了肠扭转的自然条件。

回肠末端和盲肠，可以有共同的肠系膜，若该系膜过长、松弛、附着缺损或不附着，均可构成回盲部异常活动。在某些情况下，肠系膜从回肠直接移行于升结肠，可构成升结肠系膜。正常成人盲肠约有10~26%具有这种不正常的活动度，这种活动度可以引起以回盲系膜为轴的回盲部共同扭转，或右半结肠的自身扭转。

乙状结肠系膜长，肠管屈曲，构成近侧支与远侧支。两

支靠近的程度，决定于系膜根部附着情况。乙状结肠两支的系膜附着点，通常呈锐角相交，相交点一般在第五腰椎水平。近侧支系膜向左下伸至左髂窝中部；远侧支系膜垂直向下伸至骶骨中部。肠系膜的交角越小，乙状结肠的两支就越靠拢，也就越容易发生扭转。乙状结肠长度变异很大，通常全长平均为50~60厘米，短的仅有20~30厘米，长的可达一米或更多。乙状结肠越长，越容易形成肠扭转，反之则少见或不能形成肠扭转。

横结肠虽有肠系膜，游动度大，但由于两端肝、脾曲距离远，同时又较固定，所以发生肠扭转的机会极少。文献上仅作为罕见病例加以报道。我院350例手术病例中只有3例横结肠扭转。十二指肠和升、降结肠腹侧覆有腹膜，固定于腹膜后，一般不能活动，很少发生扭转。

二、肠管的蠕动功能：肠蠕动功能紊乱，是发生肠扭转的重要因素。肠管的生理性运动，一般分摆动和蠕动两种，其动作主要由肠壁外层纵行肌纤维和内层环行肌纤维的收缩和舒展来完成，以使食物分别在各段肠管内进行充分的搅拌、消化、吸收、输送和排泄。其中肠蠕动是完成上述任务的主要动作。正常情况下，这种摆动和蠕动功能并不为人们所察觉。当肠管蠕动功能紊乱，促使这种蠕动亢进，甚至呈痉挛性出现时，则临床上即可表现为肠绞痛。引起肠功能紊乱的因素很多，除有受中枢神经系统直接影响之外，常见的原因还可为受肠管内容物的刺激，例如饮食量突增，饮食品种的改变等。也有认为，摄取大量含纤维或多发酵食品者，

也可引起功能紊乱。其他如肠管或系膜畸形、炎症、粘连、肿瘤、肠蛔虫等，均可诱致肠蠕动紊乱。肠蠕动紊乱可在全部肠道同时发生，也可能是局部的。肠蠕动紊乱可以引起肠扭转，特别是在肠痉挛和肠蠕动亢进同时存在时，尤易发生肠扭转。

肠内容物的再吸收，是肠管的生理功能之一。肠梗阻发生后，特别是伴有血管绞窄的肠梗阻时，肠内容物的滞留及发酵，肠壁出血及组织坏死，以及相继而来的感染等，不仅使体液大量丢失，而且因大量有害毒素及细菌也被吸收（或渗入腹腔），故可引起严重的体液紊乱、中毒、感染及休克等不良后果。

第三章 病因和病理

第一节 病 因

肠扭转的发病，受地区、职业及生活习惯等影响很大。过去文献中都强调，肠扭转的发生多伴有肠管和肠系膜先天性或后天性因素，诸如回肠末端憩室、小肠憩室和肿瘤、肠旋转不良、肠系膜发育异常或囊肿、内疝，以及各种原因引起的肠粘连和手术后并发症等。还有人提到，习惯性便秘、腹部外伤、腹泻、肠寄生虫等，均可诱发肠扭转。但从我院以及国内大部分农村地区的病例分析，多数病人是没有明显的器质性病因的。我省1960年2080例肠扭转分析，有记录的958例中，有暴饮暴食史者291例，占30.38%，在饱餐后立即从事重体力劳动者259例，占26.83%例；找到有粘连、憩室及肿瘤等器质性病因者仅有51例，占5.32%。因此，由某种诱因引起的肠功能紊乱，是农村发生肠扭转的主要原因。

据我们观察，在农村由于肠功能紊乱引起的急腹症，常见的有肠扭转、肠套迭、原动力性肠梗阻（或称“假性”肠梗阻），也可能同时并存肠扭转和肠套迭。在我们的资料里，这三种病的年龄层大部分集中在20~50岁，其中不少的

病例都有相仿的致病诱因，包括上述的暴饮暴食，进食后又立即参加重体力劳动等。少数病例有饮食不当，如吃生冷食物或过量食某种平日少吃的食物等，有的病例则事先数日即有消化不良、腹泻等。上述病例在集体劳动场所如筑路、修水库等工地或三秋大忙季节，发病率较高。

另外，饱食后近段肠管因重力下沉，将远段空虚肠管挤向上腹，此一降一升，加上某种体位的突然改变，常是引起肠扭转发生的重要机理。这种体位的改变，特别是在推小车、掘土等体位持续摆动下用力过大，在姿势改变的同时，腹内压力突然增大是引起肠扭转的主要外因。

正常情况下，肠管有一定的生理性紧张力，所以，偶有扭转形成，完全可以借其本身调节功能而自行整复。不能自行整复而发展为病理性肠扭转者，必定有其先在的基础。

肠扭转的发病率，与饮食习惯有一定关系，以谷物粗食为主的地方，发病率一般较高。我国北方农村主要以杂粮为主，一般食量均大，这些因素可增加肠道负担，使肠管经常呈充满和紧张状态，久之，则可引起肠管张力减低和慢性扩张，如食物含热量低，则更易促使发生上述改变。对肠系膜而言，肠管过度蠕动促使肠系膜活动范围加大，纵径增长，这也是构成肠扭转的原因。如遇有能引起肠功能紊乱的外因，如一次过量进食、体位改变、腹压增加等，就有可能形成肠扭转，再加肠管张力低、本身调节功能不全，使形成扭转的肠管向着病理状态转化而不可逆转，最后形成肠扭转。

为了观察肠道功能的改变，我们曾对10例经颠簸疗法治

愈的小肠扭转病人，领餐后进行动态观察，结果见上消化道紧张度如常，一般在半小时到一小时之内，胃内钡剂几乎可以全部排空。但肠道特别是回肠却显示弛缓滞留，钡剂排空时间超过9~10小时。此现象可提示肠道有某些功能不全。另方面我们用颠簸疗法整复肠扭转时也体会到，颠簸疗法除了可松解扭转的肠系膜外，手法的强烈刺激，也可促使弛张状态的肠管恢复蠕动功能。这和在体检时或透视下用一种强烈的震荡法激起一个张力松弛的胃发生蠕动是相似的。

关于蛔虫团、肠粘连、小肠憩室、肠肿瘤等，均可造成肠扭转，我们所见蛔虫所致者：一是扭转袢内有数以百计的蛔虫，最多的一例达1888条，集结成团，其引起肠扭转显然是和大量食物涌入肠管内，由于重力引起肠管位置的改变是相似的，另一部分病例所见蛔虫团并不在扭转肠袢内，此可能是由于虫团或其毒素引起肠功能紊乱所致。肠粘连和肠扭转同时存在时可有三种情况：一是在肠粘连的基础上，蠕动异常的肠管围绕某一粘连固定的肠管旋转而成，二是由于粘连系带形成一“内疝”口，肠管进入“内疝”的同时发生扭转，三是二者偶合发生，相互并无明显关系。在广泛开展肠梗阻的非手术治疗中，应用攻下药物，在粘连的基础上引起肠蠕动亢进而发生肠扭转是完全可能的。在处理这类病人时，除应在详细了解病史的过程中加以识别外，在手法治疗中也应密切观察病人的反应，以防延误治疗。

盲肠扭转发生的病理因素，与盲肠及升结肠的解剖异常和过度游动有密切关系，其他致病因素与小肠扭转相同。

乙状结肠由于系膜较长、肠管屈曲大、远支与近支系膜固着点靠近、以及有慢性便秘、先天性巨结肠等致使乙状结肠祥的过度肥大、系膜的逐渐增长、松弛等，在具有这些因素的情况下，一旦发生饮食不节、腹泻等肠道功能紊乱，即易产生临床上的病理性肠扭转。

婴幼儿时期由于肠旋转不良所致的肠扭转，不在本册讨论之内。

第二节 病 理

一、肠扭转的方向与程度：肠扭转不论发生在哪个部位，都有一个扭转方向与程度问题。扭转发生在小肠或盲肠者，一般是顺时针方向多于逆时针方向；发生在乙状结肠则以逆时针方向为多见。扭转程度多数是在180~360度之间，有时也可达540~720度，甚至更多。扭转至一定程度(180度以上)之后，则扭转部肠腔可发生狭窄与梗阻。肠系膜也随同肠曲而发生旋转，肠曲的旋转度一般大于系膜的旋转度。系膜血管因旋转受压可发生绞窄。随着肠腔梗阻与系膜血管绞窄的严重程度，扭转肠祥可发生出血、坏死，甚至穿孔等一系列血运障碍的严重后果。

二、闭袢型肠梗阻的形成：肠扭转不论发生在哪个部位，最终都要形成闭袢型肠梗阻。所谓闭袢即封闭肠袢，是指某一段受累肠袢的两端都有不同程度的闭塞，以及由于闭袢所属肠系膜血管的绞窄而引起的局限性肠麻痹。由于肠道闭

塞及肠系膜血管的绞窄程度不一，故其临床及X线上可能有不同的表现。肠扭转时，初期闭袢近端肠管多呈一种不完全梗阻的状态，梗阻以上肠管内的液体和气体，可以伴随近端肠管的强烈蠕动而推进闭袢里，使闭袢明显气胀扩张（图1）。就小肠扭转而言，不论是顺时针方向扭转或是逆时针方向扭转，通常都是以近段肠管绕远段肠管为多见，结果一是远段肠管受近段肠管和肠系膜的压迫而梗阻；二是近段肠管绕在扭转轴的外围，其本身并无明确的梗阻点（除非扭转过紧），所以扭转以上肠管内的液体、气体，在早期随肠蠕动可进入扭转袢内，因此扭转袢以上肠管一般扩张不显著，甚至是空虚的（图2）；三是闭袢系膜绞窄，闭袢肠管很快

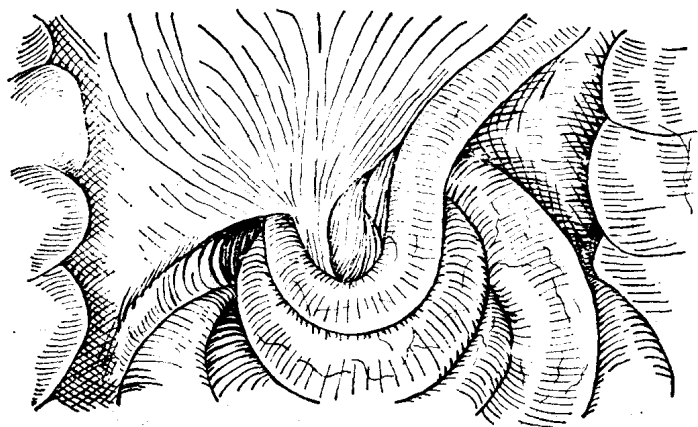


图2 小肠扭转模式图

扭转闭袢扩张，近端肠管内的液、气体可随蠕动进入闭袢内

呈麻痹状态，闭袢内积气积液增多；四是由于闭袢内容不再排至远段肠管，因此结肠一般是空虚的，除早期出现全肠道麻痹之外，结肠内一般没有内容物。

在完全性梗阻性肠扭转中，由于闭袢以上肠管内容不能进入闭袢，而呈普遍扩张积液、积气，所以闭袢以上改变与一般机械性肠梗阻相同；或由于闭袢以上肠内容物大部分被呕吐排出而呈空虚状；闭袢内则由于系膜绞窄出血而充满大量液体。

盲肠扭转实际上也有两种类型：一种是在回盲部共同系膜的基础上发生以系膜动脉为轴的扭转，回肠末段可能只是环匝在盲、升结肠肠管上，故除扭转过紧之外，末段回肠一般均无具体梗阻点；另一种类型是以右半结肠的长轴为轴心的自身扭转，回肠末段也无明确梗阻点。前者称回、结型或袢型，后者则称结、结型或囊型。两型常常并存。不论是哪一种盲肠扭转，实际都是沿盲升结肠自身纵轴的扭转所形成的梗阻，或者说只有一个明确的梗阻点，即升结肠上的梗阻点。由于升结肠系膜游动部分与固定部分分界明显，因此，即使180度的扭转，也可以使之完全梗阻。回盲瓣的正常关闭功能可使近端肠管内的液体和气体只能进入盲肠而不能逆出；晚期由于盲肠扩大，肠壁牵引瓣膜，也可使瓣膜紧密靠拢拉直而关闭，盲肠极度扩张也可造成闭锁不全。由于升结肠扭结点闭塞，使扭转的盲肠袢内气体有增无减，使扭转的盲肠成为全肠道扩张最显著的一段，再加盲肠壁薄，所以扩张特别突出。