

结肠直肠损伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E7_9B_B4_E8_c22_305456.htm 名称结肠直肠损伤所属科室普通外科病因1.钝性伤 腹部遭受重物撞击，如工伤、车祸、坠落、摔跌、殴斗、拳击等钝性暴力打击，大肠位于后腹壁与前腹撞击力之间，致使**受伤，穿孔或断裂。2.刀刺伤 战时见于刺刀伤，平时多见于殴斗、凶杀、抢劫等治安事故。3.火器伤 战时弹片、枪弹伤，常有合并小肠或腹腔、全身其他器官损伤。4.医源性损伤 乙状结肠镜、纤维结肠镜检查致结肠穿孔，目前并不罕见。笔者所统计的468例腹部伤有3例为纤维结肠镜致结肠损伤。临床表现1.挫伤（血肿）2.撕裂伤 未穿孔（非全层或浆膜撕裂）；穿孔（全层，但未完全横断）；大块毁损（撕脱、复杂性、破裂、组织丢失、明显粪便污染）。3.临床表现 腹痛与呕吐：结、直肠穿孔或大块毁损，肠腔内粪便溢入腹腔后即有腹痛、呕吐。疼痛先局限于穿孔部，随之扩散至全腹部而成弥漫性腹膜炎，有全腹部疼痛。腹膜刺激征：腹部压痛、肌紧张及反跳痛。穿孔或破裂部位疼痛最明显。肠鸣音减弱甚至消失。

直肠指检：直肠低位损伤可触及损伤部位呈空洞感觉，指套上并有血迹，结肠损伤仅少数有血迹。诊断1.外伤史 有腹部或其他四周部位遭受外伤病史或有肠镜检查病史，伤后出现腹部疼痛或其他不适症状。2.临床表现 腹痛与呕吐：结、直肠穿孔或大块毁损，肠腔内粪便溢入腹腔后即有腹痛、呕吐。疼痛先局限于穿孔部，随之扩散至全腹部而成弥漫性腹膜炎，有全腹部疼痛。腹膜刺激征：腹部压痛、肌紧张及反跳痛。穿孔或破裂部位疼痛最明显。肠鸣音减弱甚至

消失。 直肠指检：直肠低位损伤可触及损伤部位呈空洞感觉，指套上并有血迹，结肠损伤仅少数有血迹。3.血常规检查 白细胞计数及中性粒细胞增多。4.X线照片 对闭合性损伤，病人情况答应立位照片时，大都可发现膈下游离气体。5.B超、CT、MRI 有以上检查不能明确诊断，可选择性地用其中任何一二项检查以助诊断。治疗（一）一期缝合修补穿孔或肠切除吻合术 随着抗生素、手术、围手术期处理，全静脉营养的进步，结肠、直肠创伤处理近年国内外均有向一期手术方面的改变。优点是一期缝合住院时间短、治愈时间缩短，一次完成治疗，避免了人工**给病人带来的精神上、生理上和再次还纳手术的痛苦。

1.适应证 受伤距手术时间在6h以内； 粪便外溢少，污染腹腔较轻； 单一结、直肠伤，无合并其他内脏伤或合并伤不重； 病人全身情况较好； 年轻； 右半结肠损伤； 平时创伤或战时战线稳定。伤员手术后能留在手术单位观察1周以上者。

2.手术方法 穿孔缝合修补术：适于游离肠段如横结肠、降结肠穿孔；在固定的升、降结肠穿孔缝合修补之前，必须充分游离该段结肠，必要时断肝结肠韧带或脾结肠韧带，并切开同侧侧腹膜，检查穿孔前后壁。穿孔部先作全层缝合，再作浆肌层缝合。 结肠切除对端吻合术：适于结肠近距离内多个穿孔或完全横断伤，大块毁损伤，在清创后，断端修剪整洁后行端对端吻合术，第一层作全层连续缝合，再作浆肌层间断缝合。 右半结肠切除、回肠末端与横结肠吻合术：适于升结肠、盲肠严重毁损伤。切开右侧侧腹膜，将盲肠上升结肠游离，切断肝结肠韧带，切除右半结肠与回肠末端，作回肠与横结肠对端吻合术。第一层作全层连续缝合，第二层用丝浅作间断伦勃缝

合。3.并发症的防治 结、直肠损伤行手术治疗后最常见的并发症为吻合口裂漏。 原因：结肠本身血循环差、壁薄，肠腔内含有大量细菌和很多粪便，如术后结肠胀气，吻合口张力大，缝合不够细致，就轻易发生吻合口裂漏。 诊断：一期缝（吻）合后，如术后10天内忽然发生腹痛、呕吐、有腹膜刺激征、脉快、体温升高、血压下降，肠鸣音减弱或腹内引流物内有粪便样物溢出，白细胞增高，超声检查有腹内积液，即可确诊。 治疗：再次手术。进腹后用大量等渗盐水清洗腹腔，将缝（吻）合处结肠处置，将一期缝（吻）合改二期手术，腹内置双套管引流，术后持续负压吸引。（二）分期手术在第一次世界大战时，因当时手术技术操作受限，抗感染药缺少，围手术期处理欠妥，当时大肠伤用一期缝（吻）合方式进行，死亡率55%~60%。第二次世界大战改为分二期手术，死亡率降至35%，在美军侵朝战争中，分期手术死亡率降至15%。故分期手术沿用至今仍为许多外科医师所推荐。1.适应证 受伤距手术时间超过6h； 腹腔内粪便污染较重； 合并全身多发性伤或腹内多器官伤； 病人全身情况较差，不能耐受较长时间手术； 年纪较大； 左半结肠损伤； 战时大量伤员，处理后不能留治在该救护站继续留治观察一周以上者。2.手术方法 结肠外置术：适于结肠的游离部分如横结肠、乙状结肠多处破裂伤。探查后另作切口将损伤肠襻提于腹壁外，并在其系膜血管弓下戳一小孔，用肠线玻璃管作为支撑管，将损伤肠襻固定于腹壁外，以防回缩入腹腔。 损伤肠襻缝合加近端外置术：适于升、降结肠和直肠等固定肠襻损伤。术中必须切开其旁的侧腹膜，损伤肠襻游离，创口清创，探查有无多个穿孔后，将伤口一期

双层缝合后放入原位，再在其近端游离结肠作造口术。如直肠伤缝合后取乙状结肠造口，降结肠伤缝合后作横结肠造口。以达到粪流改道，促使伤处愈合。缝合加外置术：在游离的结肠襻如横结肠、乙状结肠伤、将损伤肠襻伤口清创、缝合后外置于腹壁外，术后可从腹壁外观察到伤口愈合情况，如愈合良好，10天左右放回腹腔，如不愈合，拆除缝线，则仍为一肠襻式造口术，待二期还纳。直肠损伤缝合加乙状结肠造口术：直肠损伤多数为腹膜外直肠伤，应作直肠损伤处清创、伤口缝合，其近端乙状结肠造口以使粪流改道。乙状结肠造口远端用生理盐水充分清洗，并放入甲硝唑溶液，骶骨前直肠后放置烟卷引流（图22-3）。术后3~4天拔出引流。伤口愈合后4周再作二期手术，将外置乙状结肠切除后吻合。

3. 结肠造口或外置术后并发症

造口近端扭转：因造口处结肠方位放的不恰当，发生扭转，术后粪便排出困难引起梗阻。预防：手术中必须将结肠带置于腹壁侧；造口的结肠襻必须充分游离，外置应无张力。处理：轻度扭转，可用手指扩张后在造口处放一粗软橡皮管于近端支撑使其排出粪便；严重扭转致血循环障碍，发生结肠坏死或腹膜炎者应即再次手术重作造口。

造口回缩：原因：造口或处置的结肠上下端游离不够充分；造口在皮肤外短于3cm；造口外露虽然较长，但血循环差，术后发生坏死回缩；造口与腹壁各层缝合固定不牢，缝线脱落；用肠襻式造口，结肠尚未与四周形成粘连即拔除了支撑的玻璃棒致造口退缩。治疗：轻度回缩，四周已形成粘连，粪便可能会污染伤口，先可观察，如回缩到腹腔内引起腹膜炎，应紧急手术，切除坏死肠襻后在近端活动段结肠上另作造口。

造口旁小肠

脱出：造口处如四周肌肉分离过多，结肠未能与腹膜，腹外斜肌腱膜逐层严密缝合，术后肠功能恢复后，小肠不规则蠕动有时会从造口旁脱出，此种多见于乙状结肠外置或造口。发生后应立即将小肠还纳于腹腔，重新缝合固定结肠。

乙状结肠内疝：如乙状结肠外置或造口时，未将乙状结肠与其旁的壁层腹膜缝合固定，遗留一腔隙，术后小肠蠕动恢复后，小肠从乙状结肠外侧间隙脱入盆腔引起内疝，甚至会发生肠梗阻或绞窄性肠坏死。明确诊断后应尽快手术将小肠复位，小肠如嵌顿坏死者行肠切除吻合术，术中应缝补结肠旁间隙，防止再次形成内疝。

造口粘膜脱出：原因：造口的结肠露于腹壁外过长；造口处狭窄，术后部分梗阻，或术后有便秘以致常要用力排便，时间久后即发生粘膜松弛脱出，少数脱出长达10cm以上。这种并发症是逐渐发生的，久后伤员已成习惯，可在便后用手自行还纳。

造口狭窄：原因：造口处皮肤或腱膜开口过小；造口旁切口感染愈合后瘢痕收缩狭窄；造口术后忽视了定时手指扩肛。如为轻度狭窄，粪便尚可流出，尽早作二期手术闭合造口，如狭窄引起梗阻，则需手术切开造口处结肠及四周瘢痕组织，扩大造口。

切口感染及切口裂开：结肠伤多有腹腔污染，手术后切口感染率都较高，如手术距受伤时间较长，造口或外置结肠方法不当，非凡是在剖腹探查的切口上造口或外置，手术后粪便流入切口后，更易发生切口感染，一旦感染易发生全层裂开，小肠外露，增加后期处理的困难甚至威胁生命。

预防：造口或外置结肠时不要放在原切口上应另作切口，手术完在关腹前用大量等渗盐水冲洗腹腔，并放置抗生素溶液。已发生全腹壁切口裂开，粪便流入腹腔，必须及时手术，在

原造口近端另作造口使粪流改道，不再污染切口与腹腔。4. 结肠造口闭合术 闭合条件：结肠造口闭合时间早晚，取决于： 伤员的全身情况是否恢复； 局部炎症有无控制，如局部有感染，应延迟到感染控制后进行； 造口远端的结肠缝（吻）合口肯定愈合； 腹部多脏器损伤时，其他伤部都已痊愈； X线钡灌肠确知远端通畅； 闭合前作好肠道的消毒预备。 闭合时机：一般造口后4~6周，但如伤员全身情况未恢复或腹腔伤口感染未愈可延期进行。 闭合方法：取决于造口或外置的部位与方法，主要目的是恢复肠道正常的连续性和功能。将原造口处结肠及其四周组织切除，游离造口上下端结肠，在完全无张力情况下作端对端吻合，在吻合口四周置双套管引流，术后持续吸引。然后缝合腹壁各层组织，并严密观察，天天扩肛一次，防止吻合口瘘。必须指出，此手术死亡率为0.5~1%，因而也不要认为手术无危险。 闭合术并发症：常见有吻合口裂漏，发生原因为闭合手术时两断端游离不充分，吻合口张力较大；或吻合口血循环不良，加上术后结肠如胀气，因而发生吻合口裂开，吻合口瘘致腹膜炎。此时应即时确诊，手术引流，并重作造口。其次为切口感染，多因术前全身、局部及肠道预备不充分，细菌污染，全身情况差，致切口感染，切口裂开。积极对症治疗，多可痊愈。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com