

# 小肠疾病

# 肠梗阻



作者：胡俊波



单位：华中科技大学同济医学院附  
属同济医院

## 重点难点

掌握

肠梗阻的临床表现、诊断和治疗原则

熟悉

鉴别肠梗阻的不同类型

了解

肠梗阻的手术方式

**任何原因引起的肠内容物通过障碍统称肠梗阻（intestinal obstruction），是常见的外科急腹症之一。肠梗阻不但可引起在肠管形态和功能上的改变，还可导致一系列全身性病理生理改变，严重时可危及病人的生命**

# 【病因和分类】

## （一）按梗阻原因分类

- 1.机械性肠梗阻
- 2.动力性肠梗阻
- 3.血运性肠梗阻

# 【病因和分类】

## （一）按梗阻原因分类

### 1.机械性肠梗阻

系各种原因引起肠腔狭小或不通，致使肠内容物不能通过，是临床上最为常见的类型。常见的原因包括：

- ①肠外因素，如粘连带压迫、疝嵌顿、肿瘤压迫等
- ②肠壁因素，如肠套叠、炎症性狭窄、肿瘤、先天性畸形等
- ③肠腔内因素，如蛔虫梗阻、异物、粪块或胆石堵塞等

# 【病因和分类】

## （一）按梗阻原因分类

### 2.动力性肠梗阻

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运动紊乱，使肠蠕动丧失或肠管痉挛，以致肠内容物不能正常运行，但无器质性肠腔狭小。麻痹性肠梗阻较为常见，多发生在腹腔手术后、腹部创伤或弥漫性腹膜炎病人。痉挛性肠梗阻较为少见，可发生于急性肠炎、肠道功能紊乱或慢性铅中毒病人

# 【病因和分类】

## （一）按梗阻原因分类

### 3.血运性肠梗阻

由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍，肠失去蠕动能力，肠腔虽无阻塞，但肠内容物停止运行，故亦可归纳入动力性肠梗阻之中。但是它可迅速继发肠坏死，在处理上截然不同

# 【病因和分类】

## （二）按肠壁血运有无障碍分类

1. **单纯性肠梗阻**：仅有肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍
2. **绞窄性肠梗阻**：因肠系膜血管或肠壁小血管受压、血管腔栓塞或血栓形成而使相应肠段血运障碍，继而可引起肠坏死、穿孔

## 【病因和分类】

### （三）按梗阻部位分类

可分为高位（空肠）梗阻、低位小肠（回肠）和结肠梗阻，后者因有回盲瓣的作用，肠内容物只能从小肠进入结肠，而不能返流，故又称“闭袢性梗阻”。只要肠袢两端完全阻塞，如肠扭转，均属闭袢性梗阻

## 【病因和分类】

### （四）按梗阻程度分类

可分为完全性和不完全性肠梗阻。根据病程发展快慢，又分为急性和慢性肠梗阻。慢性不完全性是单纯性肠梗阻，急性完全性肠梗阻多为绞窄性

## 【病因和分类】

上述分类在不断变化的病理过程中是可以互相转化的。例如单纯性肠梗阻如治疗不及时可发展为绞窄性；机械性肠梗阻如时间过久，梗阻以上的肠管由于过度扩张，可出现麻痹性肠梗阻的临床表现；慢性不完全性肠梗阻可因炎性水肿而变为急性完全性

## 【病理和病理生理】

### （一）局部变化

机械性肠梗阻一旦发生，梗阻以上肠蠕动增加，肠腔内因气体和液体的积聚而膨胀。肠梗阻部位愈低，时间愈长，肠膨胀愈明显。梗阻以下肠管则瘪陷、空虚或仅存积少量粪便。扩张肠管和塌陷肠管交界处即为梗阻所在，这对手术中寻找梗阻部位至为重要。肠腔压力不断升高，可使肠壁静脉回流受阻，肠壁充血水肿，液体外渗。同时肠壁及毛细血管通透性增加，肠壁上有出血点，并有血性渗出液渗入肠腔和腹腔。在闭袢型肠梗阻，肠内压可增加至更高点。肠内容物和大量细菌渗入腹腔，引起腹膜炎。最后，肠管可因缺血坏死而溃破穿孔。

# 【病理和病理生理】

## （二）全身变化

### 1.水、电解质和酸碱失衡

肠梗阻时，胃肠道分泌的液体不能被吸收返回全身循环而积存在肠腔，同时肠壁继续有液体向肠腔内渗出，导致体液在第三间隙的丢失。高位肠梗阻由于不能进食同时出现的大量呕吐更易出现脱水。同时丢失大量的胃酸和氯离子，故有代谢性碱中毒；低位小肠梗阻丢失大量的碱性消化液加之组织灌注不良，酸性代谢产物剧增，可引起严重的代谢性酸中毒

### 2.血容量下降

肠膨胀可影响肠壁静脉回流，大量血浆渗出至肠腔和腹腔内，如有肠绞窄则更易丢失大量血浆和血液。此外，肠梗阻时蛋白质分解增多，肝合成蛋白的能力下降等，都可加剧血浆蛋白的减少和血容量下降

# 【病理和病理生理】

## （二）全身变化

### 3.休克

严重的缺水、血容量减少、电解质紊乱、酸碱平衡失调、细菌感染、中毒等，可引起休克。当肠坏死、穿孔，发生腹膜炎时，全身中毒尤为严重。最后可引起严重的低血容量性休克和中毒性休克

### 4.呼吸和心脏功能障碍

肠膨胀时腹压增高，横膈上升，影响肺内气体交换；腹痛和腹胀可使腹式呼吸减弱；腹压增高和血容量不足可使下腔静脉回流量减少，心排血量减少，而致呼吸、循环功能障碍

## 【临床表现】

不同原因引起肠梗阻的临床表现虽不同，但肠内容物不能顺利通过肠腔则是一致的，其共同的表现即腹痛、呕吐、腹胀及停止自肛门排气排便

# 【临床表现】

## （一）症状

### 1.腹痛

机械性肠梗阻发生时，梗阻部位以上强烈肠蠕动，即发生腹痛。之后由于肠管肌过度疲劳而呈暂时性弛缓状态，腹痛也随之消失，故机械性肠梗阻的腹痛是阵发性绞痛性质。在腹痛的同时伴有高亢的肠鸣音，当肠腔有积气积液时，肠鸣音呈气过水声或高调金属音。病人常自觉有气体在肠内窜行，并受阻于某一部位，有时能见到肠型和肠蠕动波。如果腹痛的间歇期不断缩短，以致成为剧烈的持续性腹痛，则应该警惕可能是绞窄性肠梗阻的表现

麻痹性肠梗阻的肠壁肌呈瘫痪状态，没有收缩蠕动，因此无阵发性腹痛，只有持续性胀痛或不适。听诊时肠鸣音减弱或消失

# 【临床表现】

## （一）症状

### 2.呕吐

高位梗阻的呕吐出现较早，呕吐较频繁，吐出物主要为胃及十二指肠内容。低位小肠梗阻的呕吐出现较晚，初为胃内容物，后期的呕吐物为积蓄在肠内并经发酵、腐败呈粪样的肠内容物。若呕吐物呈棕褐色或血性，是肠管血运障碍的表现。麻痹性肠梗阻时，呕吐多呈溢出性

### 3.腹胀

发生在腹痛之后，其程度与梗阻部位有关。高位肠梗阻腹胀不明显，但有时可见胃型。低位肠梗阻及麻痹性肠梗阻腹胀显著，遍及全腹。在腹壁较薄的病人，常可见肠管膨胀，出现肠型。结肠梗阻时，如果回盲瓣关闭良好，梗阻以上肠袢可成闭袢，则腹周膨胀显著。腹部隆起不均匀对称，是肠扭转等闭袢性肠梗阻的特点

# 【临床表现】

## （一）症状

### 4.排气排便停止

完全性肠梗阻发生后，肠内容物不能通过梗阻部位，梗阻以下的肠管处于空虚状态，临床表现为停止排气排便。但在梗阻的初期，尤其是高位其下面积存的气体和粪便仍可排出，不能误诊为不是肠梗阻或是不完全性肠梗阻。某些绞窄性肠梗阻，如肠套叠、肠系膜血管栓塞或血栓形成，则可排出血性黏液样粪便

# 【临床表现】

## （二）体征

单纯性肠梗阻早期全身情况无明显变化。晚期因呕吐、脱水及电解质紊乱可出现唇干舌燥、眼窝内陷、皮肤弹性减退、脉搏细弱等。绞窄性肠梗阻病人可出现全身中毒症状及休克

**腹部视诊：**机械性肠梗阻常可见肠型和蠕动波。肠扭转时腹胀多不对称；麻痹性肠梗阻则腹胀均匀。触诊：单纯性肠梗阻因肠管膨胀，可有轻度压痛，但无腹膜刺激征；绞窄性肠梗阻时，可有固定压痛和腹膜刺激征，压痛的包块常为有绞窄的肠袢。叩诊：绞窄性肠梗阻时，腹腔有渗液，移动性浊音可呈阳性。听诊：肠鸣音亢进，有气过水声或金属音，为机械性肠梗阻表现。麻痹性肠梗阻时，则肠鸣音减弱或消失

# 【临床表现】

## （三）辅助检查

### 1. 化验检查

单纯性肠梗阻早期变化不明显，随着病情发展，由于失水和血液浓缩，白细胞计数、血红蛋白和红细胞比容都可增高。尿比重也增高。查血气分析和血清 $\text{Na}^+$ 、 $\text{K}^+$ 、 $\text{Cl}^-$ 、尿素氮、肌酐的变化，可了解酸碱失衡、电解质紊乱和肾功能的状况。呕吐物和粪便检查，有大量红细胞或隐血阳性，应考虑肠管有血运障碍

### 2. X线检查

一般在肠梗阻发生4~6小时，X线检查即显示出肠腔内气体；摄片可见气胀肠袢和液平面。肠梗阻的部位不同，X线表现也各有其特点：空肠粘膜的环状皱襞在肠腔充气时呈鱼骨刺状；回肠扩张的肠袢多，可见阶梯状的液平面；结肠胀气位于腹部周边，显示结肠袋形。当疑有肠套叠、肠扭转或结肠肿瘤时，可做钡灌肠或CT检查以协助诊断

## 四、诊断

首先根据肠梗阻临床表现的共同特点，确定是否为肠梗阻，进一步确定梗阻的类型和性质，最后明确梗阻的部位和原因。这是诊断肠梗阻不可缺少的步骤

# 【诊断】

## 1.是否肠梗阻

根据腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便四大症状和腹部可见肠型或蠕动波，肠鸣音亢进等，一般可作出诊断。但有时病人可不完全具备这些典型表现，特别是某些绞窄性肠梗阻的早期，可能与急性胃肠炎、急性胰腺炎、输尿管结石等混淆。除病史与详细的腹部检查外，化验检查与X线检查可有助于诊断

## 2.是机械性还是动力性梗阻

机械性肠梗阻具有上述典型临床表现，早期腹胀可不显著。麻痹性肠梗阻无阵发性绞痛等肠蠕动亢进的表现，相反是肠蠕动减弱或消失，腹胀显著，肠鸣音微弱或消失。腹部X线平片和CT检查对鉴别诊断甚有价值，麻痹性肠梗阻显示大、小肠全部充气扩张；而机械性肠梗阻胀气限于梗阻以上的部分肠管，即使晚期并发肠绞窄和麻痹，结肠也不会全部胀气

# 【诊断】

## 3.是单纯性还是绞窄性梗阻

这点极为重要，关系到治疗方法的选择和病人的预后。有下列表现者，应考虑绞窄性肠梗阻的可能，必须尽早进行手术治疗

- ( 1 ) 腹痛发作急骤，初始即为持续性剧烈疼痛，或在阵发性加重之间仍有持续性疼痛。有时出现腰背部痛
- ( 2 ) 病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不明显
- ( 3 ) 有腹膜炎的表现，体温上升、脉率增快、白细胞计数增高
- ( 4 ) 腹胀不对称，腹部有局部隆起或触及有压痛的肿块（孤立胀大的肠袢）
- ( 5 ) 呕吐出现早而频繁，呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性。腹腔穿刺抽出血性液体
- ( 6 ) 腹部X线检查见孤立扩大的肠袢
- ( 7 ) 经积极的非手术治疗症状体征无明显改善

# 【诊断】

## 4.是高位还是低位梗阻

高位小肠梗阻的呕吐发生早而频繁，腹胀不明显；低位小肠梗阻的腹胀明显，呕吐出现晚而次数少，并可吐粪样物；结肠梗阻与低位小肠梗阻的临床表现很相似。X线检查有助于鉴别，低位小肠梗阻，扩张的肠袢在腹中部，呈“阶梯状”排列，结肠梗阻时扩大的肠袢分布在腹部周围，可见结肠袋，胀气的结肠阴影在梗阻部位突然中断，盲肠胀气最显著

## 5.是完全性还是不完全性梗阻

完全性梗阻呕吐频繁，如为低位梗阻则腹胀明显，完全停止排便排气。X线检查见梗阻以上肠袢明显充气扩张，梗阻以下结肠内无气体。不完全性梗阻呕吐与腹胀都均较轻，X线所见肠袢充气扩张都较不明显，结肠内可见气体存在

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/138133137013006100>