

- [4] Niederau C, Ferrell LD, Grendell JH. Caerulein-induced acute necrotizing pancreatitis in mice: protective effects of proglumide, benzotript, and secretin. *Gastroenterology*, 1985, 88: 1192-1204.
- [5] Woeste G, Wullstein C, Meyer S, et al. Octreotide attenuates impaired microcirculation in postischemic pancreatitis when administered before induction of ischemia. *Transplantation*, 2008, 86: 961-967.
- [6] Shih HC, Wei YH, Lee CH. Magnolol alters the course of endotoxin tolerance and provides early protection against endotoxin challenge following sublethal hemorrhage in rats. *Shock*, 2004, 22: 358-363.
- [7] Schmidt J, Lewandrowski K, Warshaw AL, et al. Morphometric characteristics and homogeneity of a new model of acute pancreatitis in the rat. *Int J Pancreatol*, 1992, 12: 41-51.
- [8] 袁耀宗, 龚自华, 楼恺炯, 等. 生长抑素及 Octreotide 对急性胰腺炎胰腺细胞凋亡的作用机制. *中国危重病急救医学*, 2000, 12: 402-405.
- [9] 王艳蕾, 张凤宇, 贾玉杰, 等. 生长抑素和栀子联合应用治疗重症急性胰腺炎的实验研究. *胰腺病学*, 2007, 7: 34-36.
- [10] 秦月花, 傅文安, 王丽敏, 等. 芒硝联合施他宁治疗重症急性胰腺炎的临床研究. *中国中西医结合急救杂志*, 2006, 13: 187-188.
- [11] 冯志松, 黄涛, 任权, 等. 中药泻下法治疗重症急性胰腺炎的临床观察. *中国中西医结合急救杂志*, 2007, 14: 11-13.
- [12] 王健, 易继林. 白介素-10 治疗急性胰腺炎的实验研究. *中国危重病急救医学*, 2002, 14: 371-374.

(收稿日期: 2009-08-09)
(本文编辑: 李银平)

• 基层园地 •

浅谈术后早期炎性肠梗阻的诊治体会

陈宏伟 陈玉红

【关键词】 术后; 早期; 肠梗阻; 炎性

本院收治的 10 例炎性肠梗阻患者取得了理想疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 10 例患者中男 9 例, 女 1 例; 年龄 14~56 岁。均为腹部外伤引起小肠挫伤穿孔, 其中交通事故 6 例, 砸伤 4 例; 重度挫伤 6 例, 中度挫伤 3 例, 轻度挫伤 1 例; 发生在回肠 4 例, 空肠 6 例; 单个穿孔 5 例, 贯通伤 3 例, 肠断裂 2 例; 合并后腹膜血肿 3 例, 腰椎体压缩性骨折 2 例。8 例行手术修补, 2 例行部分肠切除、端端肠吻合术。

1.2 临床表现: 肠梗阻发生于术后 3~18 d, 平均为 7.2 d。10 例均有腹胀, 停止排气、排便。腹部 X 线平片或透视均可见多少不等的液气平面; 5 例 B 超检查提示腹腔积液; 4 例腹部 CT 检查提示肠梗阻, 小肠壁增厚粘连, 肠管积液。

1.3 治疗方法: 禁食; 进行胃肠减压, 其中 4 例患者口服或胃管注入增液承气汤或 1:10 的大黄水溶液保留灌肠。静脉营养, 并输入水溶性和脂溶性维生素, 纠正低蛋白血症, 维持水、电解质、酸碱平衡, 预防性使用抗生素, 适当给予糖皮质激素和生长抑素。腹部盐块热敷加理疗。

1.4 结果: 10 例经保守治疗均痊愈。住

院时间为 5~10 d。

2 讨论

术后早期炎性肠梗阻是因为手术的机械损伤、炎症反应、肠壁水肿等多种因素所致肠道动力功能障碍, 其发生机制中既有机械因素亦有动力性因素。这充分说明对该病的认识、诊治特点有其独特性。在诊断方面, 应特别注意腹部坚韧, 形似“冰冻腹”, 腹部炎症改变, 影像学平片有液气平面等。CT 的诊断价值更大, 有报道 CT 能充分显示梗阻肠段及其邻近结构, 对肠梗阻的病因诊断具有重大意义^[1]。本病一旦确诊, 保守治疗是行之有效的, 具体可参照黎介寿^[2]院士设计的方法治疗。笔者就本例病例总结以下经验以供参考: ①仍应保守治疗为基础, 早期下床活动、腹部盐块热敷加理疗可以增加肠管血运和肠蠕动功能。②承气汤治疗肠梗阻行之有效, 作者体会增液承气汤效果更好, 尤其是莱菔子、麦冬、生地三药配伍相得益彰, 生津液, 增加血运, 降低组织水肿, 类似糖皮质激素的疗效。大黄具有双向调节作用, 不仅增加肠蠕动, 而且保留灌肠有利于肠内容物排出。③术后胃肠道功能恢复的具体机制目前尚不能完全解释, 但有一种生理现象是明确的, 即禁食时胃和小肠蠕动缓慢, 有不规律的收缩波; 进食状态时肠蠕动有力、频繁, 有规律的收缩波。在治疗时主要以肠胀气为主的炎性改变, 发生呕吐或胃扩张少见。所以在不

存在上述症状时不主张胃肠减压。这既避免了因放置胃肠减压管出现咽喉疼痛、恶心、呕吐、肺部感染、心理因素等并发症, 又有早期恢复进食、增加肠蠕动、减少静脉输液、恢复自身生理需要的作用。

在手术中预防早期炎性肠梗阻十分关键: ①本组病例是因腹部外伤而致, 肠管本身就有不同程度的损伤、水肿, 亦是造成术后早期炎性肠梗阻的最基本因素。术中操作更要细致、认真, 保护好肠管, 以保证浆膜层的完整性。②术后用大量等渗盐水反复冲洗腹腔, 尽量减少肠内容物遗留腹腔。③最后将碘伏和生理盐水配制成的 1:50 混合液 100 ml 置入腹腔, 起到润滑作用, 完全可以预防肠粘连。④放置引流管(一般 3~5 d)充分引流, 防止腹腔感染。⑤早期下床活动。有报道, 腹部按摩可直接促进肠管运动, 分解粘连, 促进炎性物质吸收, 从而解除肠梗阻^[3]。

参考文献

- [1] 刘雅刚, 胡亚民, 胡亚力. 急性肠梗阻 98 例治疗体会. *中国危重病急救医学*, 2008, 20: 445.
- [2] 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特性. *中国实用外科杂志*, 1998, 18: 387-388.
- [3] 陈茂惠, 殷发林. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的体会. *中国中西医结合急救杂志*, 2003, 10: 8.

(收稿日期: 2010-01-18)
(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.04.004

作者单位: 046200 山西省襄垣县人民医院外科

浅谈术后早期炎性肠梗阻的诊治体会

作者: [陈宏伟](#), [陈玉红](#)
 作者单位: [山西省襄垣县人民医院外科, 046200](#)
 刊名: [中国危重病急救医学](#) **ISTIC PKU**
 英文刊名: [CHINESE CRITICAL CARE MEDICINE](#)
 年, 卷(期): 2010, 22(4)
 被引用次数: 0次

参考文献(3条)

1. 陈茂惠;殷发林 [中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的体会](#)[期刊论文]-[中国中西医结合急救杂志](#) 2003(1)
2. 黎介寿 [认识术后早期炎症性肠梗阻的特性](#) 1998
3. 刘雅刚;胡亚民;胡亚力 [急性肠梗阻98例治疗体会](#)[期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2008(7)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [梁树立](#). [李安民](#). [付相平](#). [张志文](#). [赵明](#). [张敏](#). [姚世斌](#) [癫痫术后早期再发癫痫及其对预后的影响](#) -[中国临床神经外科杂志](#)2006, 11(2)

目的探讨癫痫术后早期再发癫痫的原因及其对术后住院时间和预后等的影响。方法回顾性分析2001年7月至2004年6月在我院行开颅手术治疗的顽固性癫痫患者240例,总结其年龄、病程、癫痫灶位置、手术方法、术后早期再发癫痫的次数及分布情况、住院时间、术后腰椎穿刺检查例数以及1年期预后随访的情况,并比较分析早期癫痫发作次数、术后早期癫痫的影响因素及其对预后与术后住院时间的影响。结果本组240例患者中,术后早期再发癫痫91例(37.9%),其中发作1~5次38例,大于5次38例;无发作149例,术后首次发作在24 h以内者22例,48 h以内者39例,72 h以内者13例,4~7 d 17例。1年随访Engel I级175例,II级32例,III级20例,IV级13例。年龄、病程对术后早期再发癫痫无影响,而颞叶癫痫者及切除癫痫灶者术后早期再发癫痫分别较非颞叶癫痫者和未切除癫痫灶者少。多于5次术后早期再发癫痫病人预后Engel I-II级22例(57.9%),明显较发5次以下组和术后无发作组预后差($P<0.05$),同时术后住院时间延长,腰椎穿刺检查比例也明显高于其它两组($P<0.05$)。结论术后早期再发癫痫较为常见,颞叶癫痫及切除癫痫灶者术后再次再发癫痫的发生率低,术后再次再发癫痫超过5次者预后不良、术后住院时间延长及腰椎穿刺检查比例增高。

2. 期刊论文 [张凯松](#). [洪宇明](#). [徐冰理](#). [刘建中](#). [ZHANG Kai-Song](#). [HONG Yu-Ming](#). [XU Bing-Li](#). [LIU Jian-Zhong](#) [大肠癌术后早期肠内营养支持对术后恢复的影响](#) -[国际外科学杂志](#)2009, 36(3)

目的 探讨大肠癌术后早期肠内营养支持对术后恢复的影响。方法 将86例患者随机分成胃肠外组(PN)41例,胃肠内组(EN)45例,分别于大肠癌术后早期给予肠外营养制剂及肠内营养制剂,观察术前第3天和术后第5天、第8天细胞和体液免疫指标、白蛋白、体重等变化。结果 PN、EN术后第5天组间比较:白蛋白、前白蛋白、IgA、IgM、淋巴细胞指标 $P<0.05$;PN、EN术后第8天组间比较:白蛋白、前白蛋白、淋巴细胞指标 $P<0.05$;IgA、IgM指标 $P<0.01$ 。结论 大肠癌术后早期给于肠内营养支持,可提高患者术后营养状况及免疫力,提升血清前白蛋白和白蛋白水平,减少并发症,明显加速患者康复。

3. 期刊论文 [陆巧](#). [翁清江](#). [李慧成](#). [黄志勇](#) [术后早期肠梗阻的诊断和治疗\(附23例临床分析\)](#) -[中原医刊](#)2001, 28(1)

目的:探讨术后早期肠梗阻的诊断及治疗原则。方法:分析23例术后早期肠梗阻临床特点及治疗方法。结果:23例术后早期肠梗阻有20例为早期炎性肠梗阻,有18例肠梗阻发生时间在术后1周内,腹胀、肛门停止排气、排便为主要症状,腹痛相对较轻,有5例手术治疗,有3例为肠扭转、内疝等机械性因素所致,手术治愈;2例为早期炎性肠梗阻,术后再次发生炎性肠梗阻。术后早期炎性肠梗阻行保守治疗者,缓解时间为4~26天,平均为11.2天。结论 术后早期机械性肠梗阻中有不足10%为肠扭转,内疝等所致,诊断明确后应尽快手术;有90%为早期炎性肠梗阻,应先行2~4周保守治疗,过期无缓解再行手术,这样可避免不必要的手术并减少术后并发症。

4. 期刊论文 [陆巧](#). [翁清江](#). [李慧成](#). [黄志勇](#) [术后早期肠梗阻的诊断和治疗\(附23例临床分析\)](#) -[腹部外科](#)2001, 14(1)

目的 探讨术后早期肠梗阻的诊断及治疗原则。方法 分析23例术后早期肠梗阻临床特点及治疗方法。结果 23例术后早期肠梗阻中20例为早期炎性肠梗阻,18例肠梗阻发生时间在术后1周内。腹胀,肛门停止排气、排便为主要症状,腹痛相对较轻。有5例手术治疗,其中3例为肠扭转,内疝等机械性因素所致,手术治愈;2例为早期炎性肠梗阻,术后再次发生炎性肠梗阻。术后早期炎性肠梗阻行保守治疗者,缓解时间为4~26 d,平均为11.2 d。结论 术后早期机械性肠梗阻中有不足10%为肠扭转,内疝等所致,诊断明确后应尽快手术,有90%为早期炎性肠梗阻,应先行2~4周保守治疗,过期无缓解再行手术,这样可避免不必要的手术并减少术后并发症。

5. 学位论文 [孙建](#) [肝癌根治性切除术后早期复发的系列临床研究](#) 2007

原发性肝癌(肝癌)(hepatocellular carcinoma, HCC)是我国最常见的恶性肿瘤之一,根治性手术切除是目前肝癌治疗最主要的方法,但是术后高的复发率是影响患者预后的最主要因素,使得肝癌即便根治性切除术后远非能称为治愈。而且很多肝癌患者术后复发均较早;目前认为初次手术与复发间隔时间是影响患者预后的独立危险因素,复发间隔时间越短、预后越差,而复发相对较晚的患者再切除手术机会较大、预后较好。肝癌早期复发已成为为进一步延长患者生存、改善预后的最主要障碍。对肝癌早期复发模式及其相关危险因素的深入认识,能否提前预测高危人群并采取有效预防措施,以及复发后选择更好的治疗模式是进一步提高肝癌根治性切除手术疗效的关键。

目前针对肝癌根治性切除术后早期复发临床研究的一些焦点问题主要有以下几个方面:

第一、国内外对肝癌早期复发的时限尚没有统一的认识,多数学者将术后2年内的肝癌复发定为早期复发,但也有学者将其定为1年,其主要依据是肝癌术后逐年复发率以术后第1、2年内最高。但是,肝癌早期复发的概念不仅反映了肝癌复发时间的早晚,更为重要的其对预后的影响。因此确定肝癌早期复发的时限不应仅根据肝癌术后的逐年复发率,还应该综合考虑不同时段复发患者的预后。另一方面,肝癌早期复发并不代表着治疗的失败,部分患者复发后可以再次接受切除手术、预后较好,但很多患者复发后治疗手段有限、预后较差,其主要原因在于患者有着不同的复发模式;因此,深入研究肝癌患者早期复发的具体模式以及其相应的预后,为临床选择更合适的治疗策略以进一步改善患者复发后的生存具有重要意义。

第二、由于相关的评价性研究较少,在目前常用的各种肝癌分期标准中包括第六版TNM分期、CLIP评分、中国肝癌临床分期,尚无报道哪种更适于预测肝癌的早期复发倾向。最近的研究也发现了很多具有应用前景的与肝癌复发相关的分子生物学指标,但可惜的是尚没有一种可用于临床。然而准确预测肝癌早期复发倾向非常重要,针对高危患者,可以加强术后监测,并采取合适的辅助治疗措施。因此有必要建立一个简便易行的肝癌早期复发临床预测系统,首先就需要深入研究影响肝癌早期复发的各种临床病理危险因素。既往的少量相关研究结论并不一致,尤其对于肝癌的微血管浸润、肝炎状态、外科切除、手术方式以及手术前后的辅助治疗等因素对早期复发的影响尚缺乏统一意见。

第三、术后预防性TACE作为肝癌术后抗复发的方法之一已有较多报道,但结论差异较大。国内外报道的回顾性资料中较多持肯定态度,但在数个前瞻性、小样本随机对照研究中的结论多不一致甚至相反。鉴于临床上影响肝癌早期复发的因素很多,而预防性TACE对具有不同复发高危因素的患者作用可能有所不同,这也可能是导致既往研究中结论不甚一致的重要因素。然而对术后所有患者均进行预防性TACE显然是不恰当的,有必要对术后早期复发

的高危病例以及最有可能受益于TACE的病例进行预测,选择合适的实施时机和次数,从而做到有的放矢。肝癌微血管浸润是介于肝癌无癌栓和有癌栓之间的一个过渡状态,术后预防性TACE对于合并肿瘤微血管浸润的肝癌患者的抗复发作用也尚未见报道。

第四、由于我国目前肝移植尚处于发展阶段,又是肝癌大国,供肝短缺远未达到欧美国家的紧张程度,因此有很多学者提出国内的肝癌肝移植指征也可以适当放宽,部分患者可以通过姑息性肝移植获得更长时间的生存。但是从器官移植学的角度,有必要进一步提高此类患者行肝移植的疗效、降低肿瘤复发率。手术前的抑瘤治疗及术后的化疗有可能为此类患者带来益处、延长生存期;这提示对于肝癌术后早期复发、常规治疗手段有限的患者,可考虑行肝移植术,配合围手术期辅助抑瘤治疗,有可能使这部分患者的预后得到更好的改善。

本研究将针对肝癌根治性切除术后早期复发、围绕上述焦点问题分以下四个部分展开一系列临床研究,以期进一步改善肝癌患者的预后。

第一部分 肝癌切除根治性切除术后早期复发模式的确定及相应治疗策略的临床研究

目的:

- 1、建立规范化的肝癌数据库、作为以后各项相关研究的基础。
- 2、明确肝癌根治性切除术后早期复发的具体时限。
- 3、明确肝癌早期肝内复发患者不同复发模式及其相应治疗策略对预后的影响。

结论:

1、本研究建立的组织标本取操作流程可保证肝癌标本库的质量,经RNA later试剂保存的组织标本中的RNA完全符合相关分子生物学研究的要求,是进一步开展分子生物学研究的基础。

2、(1)确定肝癌根治性切除术后早期复发的时限以术后一年为宜;早期复发的模式以III型(肝内弥漫性复发)为主,是导致早期复发患者整体预后差的最主要原因。(2)I型、II型复发患者多可接受再切除手术或射频消融等局部治疗、效果较好;III型复发患者绝大多数仅能接受TACE等非手术治疗、效果较差,肝移植有可能较其它方法进一步改善这部分患者的预后。

第二部分 肝癌根治性切除术后早期复发的危险因素分析及临床预测系统的建立和评价

目的:

- 1、明确影响肝癌根治性切除术后早期复发的独立危险因素。
- 2、建立肝癌根治性切除术后早期复发临床预测系统并评价其对肝癌早期复发的判断能力。

结论:

1、肿瘤存在微血管浸润、切缘距离小于1cm、肿瘤直径超过5 cm、术前HBeAg阳性是影响肝癌根治性切除术后早期复发的独立危险因素。

2、术后预防性TACE对肝癌术后早期复发无显著影响,提示部分患者并不能受益于TACE,应明确术后预防性TACE的最佳适应人群。

3、基于以上四种独立危险因素建立的肝癌根治性切除术后早期复发临床预测系统(CERES)评分较CS分期、CLIP评分及第六版TNM分期对早期复发有更好的判断能力; CERES简易可行、但必须依赖术后病理检查。

第三部分 术后预防性TACE对具有不同高危因素肝癌患者的抗复发作用

目的:

- 1、明确术后预防性TACE对存在微血管浸润肝癌患者的抗复发作用。
- 2、明确术后预防性TACE对直径超过5cm肝癌患者的抗复发作用。
- 3、明确术后预防性TACE对切缘距离小于1cm肝癌患者的抗复发作用。

结论:

1、术后预防性TACE对于合并肿瘤微血管浸润或肿瘤直径超过5cm这两项高危因素的肝癌患者,可以降低早期复发(1年内)的发生率,但对于1年以上较远期的肝癌复发无显著影响。

2、对于切缘宽度较小的患者,术后预防性TACE的价值有待于进一步评价,但也无增加术后复发率的危险。

3、肝癌根治性切除术后复发高峰在第一年内,因此预防性TACE也应在术后早期(1-2个月)内实施;此时TACE对肝癌患者免疫系统的影响是有限的,因此无须担心其对免疫系统的抑制作用而放弃术后及时的预防性TACE治疗。

第四部分 围手术期抑瘤治疗对于进展期肝癌肝移植的临床价值

目的:明确围手术期辅助抑瘤治疗对于提高进展期肝癌患者肝移植疗效的临床价值。

结论:

1、进展期肝癌(CS分期: IIb、III期)患者肝移植围手术期抑瘤治疗能显著改善患者的无瘤生存率及总体生存率,降低肿瘤早期复发率,提高手术疗效。

2、进展期肝癌患者肝移植术前一个月内可采取TACE、RFA及PEI行抑瘤治疗,对于大肝癌患者采取TACE联合RFA/PEI效果更好;以5-氟尿嘧啶(5-Fu)或希罗达、表阿霉素(PADM)、顺铂(CDDP)为基础的化疗方案在肝移植术后早期应用安全可行。

3、对于肝癌根治性切除术后肿瘤早期复发III型(弥漫性)的患者,肝移植有可能进一步改善其预后。

6. 期刊论文 [王峪, 刘懿禾, 郑卫萍, 明宇, 沈中阳, WANG Yu, LIU Yi-he, ZHENG Wei-ping, MING Yu, SHEN Zhong-yang](#)

[成人原位肝移植术后早期感染相关危险因素分析 -中国危重病急救医学2006, 18\(7\)](#)

目的:探讨成人原位肝移植术后早期(术后30 d内)感染相关危险因素。方法:采用回顾性对照研究方法,对400例成人原位肝移植术后患者进行感染相关危险因素的分析。结果:成人原位肝移植术后早期感染的发生率为30.3%(121/400例),常见细菌感染,占62.0%(75/121例);其次为真菌感染,占20.6%(25/121例),病毒感染,占12.4%(15/121例);其他占5.0%(6/121例)。常见感染部位依次为肺感染(63例,占52.1%)、胆道感染(23例,占19.0%)、腹腔感染(22例,占18.2%)、导管相关性脓毒症(13例,占10.7%)。Logistic回归分析发现,急性肾功能衰竭、早期移植肝功能恢复延迟、急性肺损伤、腹腔出血、肺水肿、既往糖尿病或术后新发糖尿病、Child-Pugh评分>10分、年龄>60岁8项应视为成人原位肝移植术后早期感染的高危因素。结论:感染是成人原位肝移植术后早期临床常见的严重并发症,临床上可以通过积极的监测、合理应用抗生素和免疫抑制剂,认真处理急性肾功能衰竭及改善移植肝功能等手段减少感染的发生率。

7. 期刊论文 [彭钢, PENG Gang](#) [早期腰大池引流在降低已破裂动脉瘤术后脑积水发生中的作用](#) -中国当代医药

2009, 16(23)

目的:探讨术后早期放置持续腰大池引流在降低已破裂的动脉瘤夹闭术后脑积水发生中的作用。方法:将术前已破裂的动脉瘤患者30例随机分为3组:术后早期(术后24 h内)、晚期(术后24 h后)以及对照组(术后一直未放置)行持续腰大池引流,引流时间均为7 d。观察各组患者术后1个月时脑积水出现情况并行统计学分析比较。结果:早期组术后脑积水的发生率较晚期组及对照组明显降低, P<0.05。结论:对于术前已破裂的动脉瘤患者夹闭术后早期(术后24 h内)放置持续腰大池引流能降低术后脑积水的发生。

8. 期刊论文 [卢志伟, 王粟霞](#) [术后早期肠梗阻的诊治与体会](#) -长治医学院学报2006, 20(1)

目的:探讨术后早期肠梗阻的诊断及治疗原则。方法:分析23例术后早期肠梗阻临床特点及治疗方法。结果:23例术后早期肠梗阻中20例为早期炎性肠梗阻,18例肠梗阻发生时间在1W内,腹胀,肛门停止排气、排便为主要症状,腹痛相对较轻。有5例手术治疗,其中3例为肠扭转,内疝等机械因素所致,手术治愈;2例为早期炎性肠梗阻,术后再次发生肠梗阻。术后早期炎性肠梗阻行保守治疗者,缓解时间为4d~26d,平均为11.2d。结论:术后早期机械性肠梗阻中大部分为炎性肠梗阻,应先保守治疗,过期无缓解再行手术。

9. 期刊论文 [王长安, 陈绪斌, 阑尾切除术后早期肠梗阻2例诊治分析](#) -内蒙古中医药2009, 28(9)

目的:探讨术后早期肠梗阻的特点和诊断治疗原则。方法:分析经治的阑尾切除术后早期肠梗阻2例。结果:2例病人均经胃肠减压,应用肾上腺皮质激素治愈。结论:术后早期肠梗阻最好是在一个月及时治疗。术后早期肠梗阻包括机械性、炎性二种因素导致的肠梗阻,术后早期肠梗阻的特点:①发生在术后早期,常于术后5-9天左右开始出现梗阻症状。②症状以腹胀为主,腹痛相对较轻。③肠梗阻症状体征十分典型。④虽有机性因素,但大多数是腹腔内炎症所致粘连性引起,保守治疗有效。

10. 学位论文 [刘铁坚 胶质瘤术后早期复查磁共振的临床应用价值](#) 2009

背景和目的:

胶质瘤是最常见的原发性颅内肿瘤,主要通过手术治疗,术后加以辅助治疗。明确肿瘤切除程度及肿瘤残存灶的情况,是胶质瘤综合治疗过程中的一个基本步骤和疗效评价的重要依据。“最大限度的切除肿瘤并最大可能的保护神经功能”是神经肿瘤手术的基本原则。而胶质瘤位于脑实质内,和脑组织内复杂的神经结构关系密切,所以重要部位的手术切除程度受到严格限制。因此,手术治疗的效果须明确影像学切除程度。放射治疗几乎是各型胶质瘤的常规辅助治疗,经手术治疗后,残存肿瘤的病理、部位、瘤体大小等因素对放射治疗影响较大。化疗原则上用于恶性肿瘤。胶质瘤的化疗效果虽然还不尽人意,但确实有一定的作用,每隔一定周期,常需与化疗前的影像进行比较,评价化疗效果,以调整治疗方案。在临床的实践中形成了一种“共识”,术后早期即应该行脑磁共振(Magnetic Resonance Imaging, MRI)检查。

目前关于术后早期复查磁共振研究的文献报道主要集中在影像学诊断方面,在神经外科临床应用方面的报道较少。本课题的目的是探讨术后72小时内早期复查MRI的临床应用价值,达到早期、准确判断肿瘤切除程度及术后残存肿瘤的目的,从而能有助于评价手术效果、估计预后、帮助正确制定后续治疗方案。

材料和方法:

回顾性分析在2007年8月至2009年3月在我院行手术治疗的胶质瘤患者66例。

1. 一般资料:男40例,女26例,年龄3-69岁,平均年龄37.9岁。低级别胶质瘤(Low Grade Glioma, LGG)31例,高级别胶质瘤(High Grade Glioma, HGG)35例。

2. 方法:所有病人术前均采用磁共振平扫加增强扫描检查,采用GE公司的Sigma excite II 1.5 T磁共振系统扫描。根据术后首次复查MRI的时间间隔,将资料分成术后早期复查磁共振组(以下简称“早期组”)和术后非早期复查磁共振组(以下简称“非早期组”)。早期组于手术结束后72小时内行术后首次MRI平扫加增强检查;非早期组于术后72小时后行术后首次MRI检查。结合患者临床病历资料和磁共振资料,判断手术切除程度,鉴别肿瘤残存强化与反应性强化、出血、积液、脑膜强化等影像学表现,利用SPSS13.0统计软件进行数据分析,计数资料采用卡方检验,设P值<0.05为有统计学意义。

结果:共收集胶质瘤病人资料66例,其中早期组37例,非早期组29例。根据手术记录,临床判断手术切除程度:全切除43例(早期组26例,非早期组17例),非全切除23例(早期组11例,非早期组12例)。

结合临床资料和磁共振资料:早期组MRI未出现反应性强化的患者26例(70.3%);非早期组MRI未出现反应性强化的患者8例(27.6%)($p=0.001$)。早期组HGG病例23例中,其中5例出现反应性强化(21.7%);非早期组HGG病例12例中,其中8例出现反应性强化(66.7%)($p=0.024$)。早期组术中经验判断错误病例18例(占48.6%);非早期组术中经验判断错误病例16例(占55.2%)。早期组经验判断全切26例(占早期组70.3%),影像学全切17例(占早期组45.9%)($p=0.029$);非早期组经验判断全切17例(占非早期组58.6%),影像学全切9例(占非早期组31.0%)($p=0.032$)。早期组中经验判断全切病例数26例,无反应性强化者19例(占早期组73.1%);非早期组中经验判断全切病例数17例,无反应性强化者4例(占非早期组23.5%)($p=0.002$)。另有部分病例,术中经验判断为非全切,但术后复查MRI发现为影像学全切病例,早期组有3例,非早期组有1例。

结论:术前行MRI检查,术后72小时内早期复查MRI,能够较准确反映手术切除程度,可以帮助避免反应性强化的干扰和提高鉴别肿瘤残存的准确度,达到正确评价手术切除程度、判断预后、为制定下一步治疗策略提供参考的目的。

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgwzbjyxx201004023.aspx

授权使用: qkzgz16(qkzgz16), 授权号: ee18c18e-c90c-442b-8007-9ede015954da

下载时间: 2011年5月9日