

## 消化道碘化油造影在急性小肠梗阻诊治中的应用\*

成显黔<sup>1</sup>, 桑琦<sup>1</sup>, 杨芯<sup>1</sup>, 林杰果<sup>2</sup>, 黄明忠<sup>2</sup>

(1. 东莞市企石医院 普外科, 广东 东莞 523500; 2. 东莞市企石医院 放射科, 广东 东莞 523500)

**[摘要]** 目的: 探讨消化道碘油造影对急性小肠梗阻诊断及手术时机选择的应用价值。方法: 62 例急性小肠梗阻患者经胃管注入碘化油行消化道造影, 透视下动态观察判断梗阻类型、部位及程度, 决定保守治疗或手术, 并选择手术时机。结果: 62 例急性小肠梗阻影像学诊断与临床诊断一致, 34 例经保守治疗痊愈, 28 例经手术治疗痊愈。结论: 消化道碘化油造影诊断急性小肠梗阻并作为选择治疗方法及手术时机的参考, 具有一定的应用价值。

**[关键词]** 碘化油; 消化道造影; 肠梗阻; X 线透视检查

**[中图分类号]** K574.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)02-0186-02

肠梗阻是普外科常见急腹症, 起病急, 病因复杂, 病情变化快, 要求尽快明确诊断, 采取正确治疗, 尽量减少并发症及降低病死率。在肠梗阻诊断中, 梗阻性质及程度的判断尤为重要, 有助于临床医生决定是否手术及把握手术时机<sup>[1]</sup>。目前常用的腹部 X 线透视、拍片、泛影葡胺造影、CT 检查等可对诊断提供一定的帮助, 但因显影效果不理想、价格昂贵等原因, 仍难将其作为诊断急性小肠梗阻的首选方法。2010 年 3 月~2011 年 11 月, 对 62 例急性小肠梗阻病人行消化道碘化油造影, 在诊断及手术时机选择等方面取得了一定的经验, 报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 普外科收治急性小肠梗阻患者 62 例, 其中男 42 例, 女 20 例, 年龄 18~69 岁, 平均年龄 42 岁。病例入组标准: 有腹痛、腹胀、呕吐、或(和)肛门停止排气排便, 体查有腹胀、肠鸣音亢进及气过水声, 腹部 X 线检查有肠腔积气、扩张和气体液平面。病例排除标准: 绞窄性肠梗阻或有腹膜炎体征(腹部压痛、肌紧张及反跳痛), 麻痹性肠梗阻、结肠梗阻, 严重心脑血管疾患、肝肾功能不全, 甲亢及碘过敏试验阳性。

**1.2 方法** 病人入院后, 根据临床表现及 X 线拍片结果诊断急性小肠梗阻, 立即给予静脉补液、预

防感染、禁食、胃肠减压等治疗, 完善血液生化等相关检查。碘过敏试验阴性患者经胃管注入 40% 碘化油 20~40 ml + 0.9% 氯化钠 20~40 ml, 夹闭胃管 30 min, 严密观察病人反应, 透视下动态观察, 并于 0.5、1、3、6、9、24 h 后分别拍腹部 X 片, 根据影像结果, 结合病人临床表现, 分析梗阻原因、部位、程度, 决定继续保守治疗或中转手术治疗。如临床表现无加重, 24 h 内造影剂通过回盲瓣、梗阻近端肠管扩张不明显, 肠管内气柱减低, 继续保守治疗; 如临床表现加重、造影剂 24 h 内未通过回盲瓣、梗阻近端扩张肠管内气柱增高, 则立即手术。

### 2 结果

62 例患者胃管注入碘化油后造影检查, 34 例造影剂于 24 h 内通过回盲瓣, 梗阻近端肠管内气柱不高, 结合病人有腹部手术史, 病情未进一步加重, 诊断为粘连性不完全性小肠梗阻, 经保守治疗 28~86 h 后症状缓解, 肛门排气排便, 痊愈出院。28 例患者胃管注入碘化油造影检查, 造影剂 24 h 后仍不能通过回盲瓣进入结肠, 梗阻近端肠管扩张明显, 气柱高, 病情进一步加重, 诊断为完全性小肠梗阻, 及时施行手术治疗后痊愈; 其中 1 例肠梗阻虽无继续加重, 造影剂也在 24 h 内通过回盲瓣, 根据造影结果, 怀疑十二指肠肿瘤, 及时施行手术, 术后证实为十二指肠间质瘤。术后诊断: 粘连性肠梗

\* [基金项目] 东莞市医疗卫生单位科研立项经费资助(201010515000048)。

阻 15 例,索带压迫 6 例,小肠扭转 4 例,成人肠套叠、腹内疝、小肠间质瘤各 1 例,见表 1。

表 1 62 例急性小肠梗阻病人梗阻病因分类  
Tab.1 The etiological classification of 62 acute small-bowel obstruction patients

病因	例数(男/女)	构成比(%)
小肠粘连	49(34/15)	79.0
索带压迫	6(4/2)	9.7
小肠扭转	4(2/2)	6.5
成人肠套叠	1(1/0)	1.7
腹内疝	1(0/1)	1.7
小肠间质瘤	1(1/0)	1.7

### 3 讨论

碘化油造影用于诊断子宫输卵管疾病和支气管疾病已有多年,而用于肠梗阻诊断是近年来才陆续有所报道<sup>[2]</sup>,其原因可能是医生顾忌此方法会加重病情或碘对人体有毒副作用。本组 62 例肠梗阻患者使用碘化油加生理盐水总量 40 ~ 80 ml,未发现加重肠梗阻现象。使用的 40% 碘化油 20 ~ 40 ml,碘含量为 6.56 ~ 13.12 g,比广泛使用的泛影葡胺(78% 泛影葡胺 30 ~ 50 ml)中的碘含量略少,本组病人未发生碘中毒亦说明其安全性。相对于钡剂容易沉淀等缺点,碘化油不但没有浓缩沉淀加重小肠梗阻的危险,反而有润滑肠管治疗梗阻的效果,即使肠管破裂使碘化油进入腹腔,由于碘化油有刺激性小、无菌、易吸收、手术易清除等特点,也比钡剂安全<sup>[2]</sup>。

碘化油属脂溶性,不易被消化液稀释扩散,聚积性好,能较均匀地分布于肠壁黏膜,显影效果好。本组近 80% 病例(49/62)为粘连性肠梗阻,且近 70% (34/49)为不完全性肠梗阻,对于粘连性不完全性小肠梗阻,准确把握手术时机至关重要,可根据造影剂 24 h 内是否到达回盲部及以下肠管,结合临床肠梗阻表现有无加重,决定是否手术。62 例患者中 34 例通过保守治疗痊愈,28 例经手术治

疗痊愈,无一例肠坏死、肠穿孔。赵玉国等<sup>[3]</sup>报道,碘化油造影对于粘连性、非绞窄性肠梗阻,在明确梗阻部位及治疗方法的选择方面有很好的指导作用。邓玉军等<sup>[4]</sup>就 231 例小肠梗阻分碘油组、泛影葡胺组显影率进行 Kappa 分析,认为碘油造影是一种比泛影葡胺诊断小肠梗阻、并选择手术时机更为有效的手段。碘化油是植物油与碘结合的一种有机碘化合物,其中植物油约占 60%,有较好的润滑肠道及刺激排便反应的作用。需注意少数病人注药后出现呕吐,为保证造影效果,应根据呕吐量再次注药。另外,因为需多次行 X 线检查,亦应事先与病人沟通,以求得病人配合。本组 1 例间质瘤引起肠梗阻患者,及时采取手术治疗,因此认为,造影检查时应结合 CT 扫描了解病变本身性质及周围情况,并增强扫描争取定性,以便更好的指导临床方案制定。穆明等<sup>[5]</sup>提出 CT 与 B 超在急性肠梗阻诊断中联合使用有一定的重要意义。

综上所述,消化道碘化油造影诊断急性小肠梗阻,并作为选择治疗方法及手术时机的参考,具有一定的应用价值。因其价格适宜、方法简便、显影效果佳、安全性好,值得在基层医院推广。

### 4 参考文献

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003,591-605.
- [2] 杨文斌,张建文,赵玉国,等. 应用碘油造影诊断小肠梗阻的可行性分析. 中国实用外科杂志,2009(7):594-596.
- [3] 赵玉国,等. 碘化油小肠造影对粘连性肠梗阻治疗的指导作用[J]. 临床外科杂志,2008(8):524-525.
- [4] 邓玉军,等. 急性肠梗阻临床诊断与手术时机选择[J]. 实用医学杂志,2004(3):283-284.
- [5] 穆明,等. CT 与 B 超在肠梗阻诊断中的价值[J]. 实用医学杂志,2007(12):1555-1556.

(2012-01-08 收稿,2012-03-02 修回)

编辑:潘 娅