

犬肠套叠的诊治

胡晓苗¹, 赵磊², 李春芬² (1.安徽农业科学院畜牧研究所, 安徽合肥 230031; 2.安徽农业大学动物科技学院, 安徽合肥 230036)

摘要 从临床症状、生理指标、腹部触诊以及 X 线透视等方面对犬肠套叠进行探讨。根据发病时程、便血情况、腹壁紧张状态、肠套叠部位等因素, 决定是否采用手术疗法; 根据肠管坏死情况, 决定是否切除部分套叠肠管, 行肠吻合术。研究表明, 术后护理和抗感染很重要。

关键词 犬; 肠套叠; 肠吻合术; 诊治

中图分类号 S858.292 文献标识码 A 文章编号 0517-661X(2006)16-3989-02

Research on the Diagnosis and Treatment of Canine Intussusception

HU Xiao-miao et al (Animal Husbandry and Veterinary Institute AAAS, Hefei, Anhui 230031)

Abstract Based on the diagnostics and treatment process of canine's intussusception, the disease from the perspective of clinical symptom, physiological index, touching diagnose of abdomen and the X-ray was researched. According to the process of sickness, the condition of stool and blood, the tense state of abdomen and the position of invagination etc., we decided whether we should adopt the operation therapy: general anesthesia, opening the abdominal cavity along the belly center line, inspecting and checking the invaginated intestine pipe. According to its necrosis, we decided whether we should amputate some of the invaginaed intestine pipe, adopting intestinal anastomosis. It was very important to take care of it carefully and prevent from infection after surgery. The results indicated that the method of surgery is essential to the middle and later stage of intussusception, a comprehensive and correct nursing had great impact on the total recovering of sicked canine.

Key words Canine; Intussusception; Intestinal anastomosis; Diagnosis and treatment

肠套叠 (Intussusception) 指一段肠管伴同肠系膜套入邻近的肠管内, 导致局部血液循环障碍, 造成淤血和坏死的一种腹痛性疾病。在犬病临床上, 犬消化道疾病占很大比例, 其中犬肠套叠较为常见, 以幼犬 (2~4 月龄) 发病率最高, 占 80% 以上^[1]。临床主要见于前段肠管套入后段肠管, 以空肠、回肠套入结肠最为多见^[2]。当肠管套入后, 肠系膜常同时被套入, 因而导致血液供应障碍, 时间过久则常导致局部坏死或穿孔, 凹入的肠段也会使血管受压, 使静脉血和淋巴液发生淤积, 肠壁肿胀, 甚至肠黏膜破裂造成出血。然而基层常不能正确诊断犬肠套叠, 结果往往贻误病情, 甚至造成病犬死亡。为此, 笔者对犬肠套叠的诊疗情况进行了探讨。

1 临床症状

多为 2~6 月龄幼犬, 拉稀, 并伴有轻度呕吐症状, 食量很少, 但饮欲旺盛, 大量饮水后有呕吐, 呕吐物为水样, 其中混有少量淡黄色黏液。发病初期, 拉黄色稀粪, 有恶臭, 随后拉稀带有少量的血丝, 为暗红色, 但稀粪量少。中后期, 发热, 呕吐症状严重, 食欲废绝, 饮欲亢进, 多次出现排粪状, 但仅少量排出, 并伴有暗红色黏液, 呈里急后重现象。

2 检查

2.1 整体状态 病犬神情不安, 被毛无光泽, 肋部与髋关节处骨骼表露明显, 脱水体征明显, 鼻镜干裂, 眼球凹陷, 眼结膜潮红, 并有眼屎, 舌苔微白, 肛门周围有污物, 呈胸式呼吸, 频频努责。

2.2 生理指标 病犬生理指标见表 1。

	体温 (肛温) /℃	脉搏数 /次/min	呼吸数 /次/min
正常值	37.5~39.0	70~120	15~30
所测值	39.5~40.5 (中后期)	135~145	38~46

2.3 腹部触诊 令病犬站立, 将 2 只手掌置于病犬左右肋弓后方, 感知腹壁紧张、敏感, 手边向腹正中线挤压边向后

(上)方移动, 当腹腔器官滑过指端时, 在左下腹摸到似香肠肿块, 有移动性, 指捏质地坚实, 但并不坚硬, 有一定弹性, 同时病犬腹痛明显。

2.4 X 线检查 由于大多病犬腹壁紧张, 努责强烈, 不能灌入钡餐, 所以只能隐约看到一段空气, 空气后面有密度均一的肿块, 可初步确定是肠套叠。

3 非手术疗法

X 线透视下采用钡餐或空气压力灌肠整复^[3], 是早期肠套叠的首选方法。但该方法有许多条件限制, 如套叠时间尚未超过 12~24 h, 腹壁不紧张, 排出的黏液血便不多, 套叠为结肠型或单纯回盲肠型者等。如果病犬不符合以上条件, 那么必须果断采取手术疗法。

4 手术疗法

4.1 手术前准备 手术前禁食 24 h; 如果病犬明显脱水, 那么手术前需补液; 用止血敏背部皮下注射, 预防大出血; 准备外科手术器材; 术者做好消毒程序。

4.2 麻醉与保定 由于犬具有攻击性, 好动, 所以采取全身麻醉。首先, 给病犬背部皮下注射阿托品 0.5 mg; 15 min 后, 用 846 合剂 (速眠新) 0.08~0.1 ml/kg 体重的剂量肌肉注射; 最后, 将病犬抬上手术架, 行仰卧保定。

4.3 手术治疗

4.3.1 术部剪毛与消毒。 根据手术目的, 选择在脐后部中线上作切口。首先, 用剪毛剪对术部及周围剪毛, 初步剪短后, 用肥皂水打湿, 接着用手术刀进行剃毛; 其次, 用 5% 碘酊棉球消毒, 后用 70% 酒精棉球脱碘; 最后, 进行术部隔离。

4.3.2 术式。 脐后 2 cm 处沿腹中线向耻骨前缘方向做长度 10 cm 切口, 显露皮下疏松结缔组织, 用止血钳夹起微提, 用手术刀作一小切口, 再用手术刀柄进行钝性分离, 直至显露腹正中白线, 左手持有齿镊子夹持腹中线并上提, 右手持手术刀经腹中线向腹腔内戳透腹膜后退出手术刀, 将组织剪的一个剪股经小切口伸入腹腔内, 同时将左手食指和中指放入, 作为引导, 在手指的导引下剪开腹中线和扩大腹中线切口。切口两侧创缘用温生理盐水纱布垫隔离, 用 S 型拉

作者简介 胡晓苗 (1971-), 男, 安徽望江人, 在读硕士, 助理研究员, 从事实验室工作。

收稿日期 2006-06-02

钩牵开创口,显露腹腔。术者用生理盐水润湿带手套的手臂,即可用手进入腹腔探查,在左侧下腹部明显触摸到香肠状肿块,手抓持肿块拉出腹壁切口,用温生理盐水纱布垫保护隔离,可确诊为肠套叠。

如果套叠肠管颜色正常,浆膜有光泽,肠系膜血管搏动尚未消失,血管内也未形成血栓,没有发生粘连,则可对其进行整复。用5 ml注射器将套叠前端的气体和积液抽出,用手术刀沿肠管纵轴对肠系膜侧切透至肠腔,然后再进行复位,成功解除肠套叠。如果套叠肠管呈暗紫色,肠壁变软、无弹性,肠管浆膜失去光泽,无蠕动,那么用温生理盐水纱布温敷5 min,观察肠管颜色和蠕动情况。若套入的肠系膜血管仍无搏动,则必须切除该段肠管和高度水肿伴有切口的肠管。拟定肠切除线分别距病变5 cm(近端)和3 cm(远端),提起切除段小肠,将其余肠段回纳入腹腔,用温生理盐水纱布垫衬垫于切除肠段下,拉延肠系膜,在拟定的切断处剪开肠系膜,按血液供应方向,对相应肠系膜作V型预定切除线,在预定切除线的两侧,将肠系膜血管进行双重结扎,同时结扎肠系膜侧三角区出血点,然后在结扎线之间切断血管和肠系膜。在拟定的切断处各斜置1把有齿直血管钳,距此钳约2~3 cm的健侧肠段上,各放置无损伤肠钳1把。然后,紧贴有齿直血管钳(靠肠钳一侧)用刀切断,撤去切除的肠段(26 cm)。用青霉素生理盐水纱布轻擦断端,助手将2把肠钳靠拢,检查拟吻合的肠管有无扭转,但肠腔口径不一,需对肠腔进行倾斜修剪,近端肠管倾斜20°修剪后基本与远端肠管口径一致。

4.3.3 小肠吻合。采用端端吻合方式,先在肠系膜侧及其对侧用1号丝线将两端切缘作一针贯穿全壁的缝合,作为牵引线,固定两断端便于缝合,后壁作连续全层缝合,采用康乃尔氏缝合前壁,完成第1层缝合后用生理盐水冲洗肠管。第2层采用伦贝特氏缝合前后壁,对系膜侧和肠系膜侧作补充缝合。缝合结束后,将肠管还纳腹腔,并向腹腔中撒入氨苄西林钠粉。最后,进行腹壁缝合,用1块纱布垫的一半平铺于创口下,将内脏隔开,在缝至上半部时将纱布逐步取出,将腹膜和白线当作一层,自下而上用1号丝线作一道连续缝合,酒精重新消毒创缘皮肤后用4号丝线缝合皮肤。

5 护理

术后,用与846合剂等量的苏醒灵4号复醒。将病犬牵入住院室的笼子里(限制活动),垫上毯子保温,并保持安静,同时注意监测早期休克、出血等并发症。术后第3天,病犬就可以户外活动,开始活动时间易短,而后逐步增多。

6 预防感染及治疗效果

术后禁食5 d,每天静脉滴注10%葡萄糖溶液250 ml,维生素B₆ 0.1 g×2,维生素C 0.5 g×3,三磷酸腺苷(ATP) 20 mg,

辅酶A 100 IU;静脉滴注复方氯化钠100 ml,氨苄西林钠0.5 g×4,地塞米松磷酸钠5 mg×2;静脉滴注17-A氨基酸100 ml;皮下注射复合维生素B 2 ml×2,止血敏0.5 g×2。术后第10天拆线,病犬精神状态、心肺功能恢复良好,食欲和粪便逐步正常。

7 讨论

7.1 病因分析 该病多发生于冬春交接时期,此时正值胃炎、犬瘟热、犬细小病毒性肠炎、传染性肝炎等疾病流行之际,肠套叠可能和上述病毒感染有很大联系,即病毒感染或其他不明原因易引起肠蠕动和收缩不协调,导致近侧肠管套入远侧肠管中而引发肠套叠。有学者认为肠套叠的发生与腺病毒感染有关,因为腺病毒感染时,肠壁淋巴组织发生炎性增殖,邻近肠系膜淋巴结也发生肿大,压迫肠管,同时肠运动机能常发生紊乱,易于发生肠套叠^[4]。但多数专家认为肠套叠与肠的解剖特点、饮食的改变、腹泻、肠炎、全身病毒感染、蛔虫感染等引起的肠蠕动紊乱有关^[5]。

7.2 肠管生活力的判定 肠管生活力决定套叠肠管的切除与否。值得注意的是套叠肠管已确定坏死时不应整复松解,以免大量毒素随着松解的血管进入血液循环导致内毒素中毒性休克,而应将坏死的肠管连同肠系膜一并切除,再行肠吻合术。因此,判定肠管是否坏死非常重要。

7.3 肠套叠的危害 套叠的前端肠管高度膨胀,这是由于套叠部反射性刺激,致使胃液、肠液、胆汁及胰液过度分泌,并且进入肠腔,造成水、电解质严重丧失,小肠又以逆蠕动方式将积液反流入胃,随即发生继发性胃扩张并引起剧烈呕吐。病犬剧烈腹痛,出汗,机体严重脱水,酸碱平衡失常,有效循环血量减少,并出现中毒性休克,导致心力衰竭,危及病犬生命^[6]。特别是在肠套叠初期,套叠肠系膜动脉血液尚能进入肠壁,而其静脉血回流受阻,大量带有红细胞的血浆渗入肠腔内,进一步加剧膨胀积液的程度^[7]。发病后期,套叠的前方肠壁屏障机能严重破坏,肠内革兰氏阴性杆菌大量繁殖,菌体自溶,释放内毒素,趋于坏死的肠壁也释放组织胺等毒素,这些毒素一旦进入血液或被腹膜吸收,可导致内毒素性休克,危及病犬生命^[8]。所以,诊疗必须及时。

参考文献

- [1] 邓俊良.犬多重肠套叠的诊疗[J].中国兽医杂志,2003,39(2):39-40.
- [2] 甘孟侯.肠套叠.犬猫病防治手册[M].成都:四川科技出版社,2004.
- [3] 钱礼.腹部外科学[M].上海:上海人民出版社,1973.
- [4] 刘俊栋.再谈犬的肠套叠[J].中国兽医杂志,2003,39(2):60.
- [5] 刘云,张德臣.16例犬肠套叠诊疗体会[J].黑龙江畜牧兽医,2002,24(6):40-41.
- [6] 郭铁.家畜外科手术学[M].3版.北京:中国农业出版社,1997.
- [7] WAITS J O, BREAT R W, PEMBERTON J H. Jejuno-gastric intussusception[J]. Arch Surg, 1982, 115: 1449-1453.
- [8] 魏锁成.犬梗阻病因与手术治疗的若干问题[J].中国兽医杂志,2002,38(4):32-33.