

乙状结肠憩室穿孔误诊1例

丁文生

丁文生, 山西省河曲县第二人民医院外科 山西省忻州市 036503

通讯作者: 丁文生, 036503, 山西省河曲县第二人民医院外科.

qqdws@sina.com.cn

电话: 0350-7255009

收稿日期: 2006-03-13 接受日期: 2006-03-29

摘要

乙状结肠憩室穿孔在临床上并不常见, 其复杂、多变的症状易引起误诊. 合并粪性腹膜炎时死亡率很高, 采用恰当的处理方法非常重要. 笔者认为一次性切除病变部位, 做改良Paul-Mikulicz手术更有利于患者的恢复, 适合基层医院推广. 随着人们生活水平提高, 老年人长期低纤维素饮食会导致该病发生率上升, 值得注意.

关键词: 乙状结肠憩室穿孔; 腹膜炎; Paul-Mikulicz手术

丁文生. 乙状结肠憩室穿孔误诊1例. 世界华人消化杂志 2006;14(14):1437-1438

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/1437.asp>

0 引言

乙状结肠憩室在西方老年人中发病率较高, 随着年龄的增加而增加. 70岁以上的发病率高达50%(尸解), 但憩室穿孔致弥漫性、粪性腹膜炎发病率很低, 仅占3%^[1]. 最近笔者遇到1例, 报告如下.

1 病例报告

男, 75岁. 因排便后下腹疼痛伴有恶心、呕吐16 h就诊. 患者平素便秘, 有胃病史及关节炎史, 常服去痛片. 16 h前患者用力排便后, 突感下腹部疼痛, 不剧烈, 伴下坠感, 曾在本村以“痢疾”输液2000 mL, 用药不详, 逐渐发生腹部疼痛、恶心、呕吐, 转诊我院. 查体: T 38.4℃, P 88次/min, R 30次/min, BP 17/12 kPa, 发育良好, 营养中等, 急性病容, 头颅、五官、心肺正常, 板状腹, 压痛(++), 反跳痛(+++), 肠鸣音弱, 移动性浊音(+). 腹部拍片显示膈下游离气体. 左髂

窝腹部穿刺有灰白色液体, 镜检: 大量脓球. 血WBC $8000 \times 10^9/L$, N 0.78, L 0.12. 诊断为消化性溃疡穿孔, 弥漫性腹膜炎. 硬膜外麻醉下行上腹部经左腹直肌切口探查, 灰白色腹腔积液约2000 mL, 其间混有大量食物残渣, 胃正常, 十二指肠与胆囊黏连, 附着较多脓苔. 分离黏连时患者突发心跳、呼吸骤停, 瞳孔散大, 血压降至0, 经过积极插管人工呼吸、肾上腺素2 mg iv, 升压药及呼吸兴奋剂等联合应用, 约10 min后, P 110次/min, BP 15/9.3 kPa, 瞳孔回缩, 自主呼吸恢复. 继续探查发现小肠以及回盲部、阑尾均无异常, 最后联想到患者主诉开始疼痛为下腹部, 是否有结肠穿孔? 于是延长切口至中下腹, 发现乙状结肠中部2 cm×1.5 cm穿孔, 边缘肠壁变薄, 呈囊状. 认定为憩室穿孔. 清洗腹腔后一期切除病变肠管4 cm, 残端于左髂窝穿通腹壁行双腔造瘘术, 即改良Paul-Mikulicz手术, 术后患者平稳, 1 wk后造瘘口开放, 排便正常. 3 mo后在局麻下行乙状结肠吻合置入腹腔. 患者痊愈.

2 讨论

老年人结肠憩室主要与老年人低渣饮食、便秘、缺乏劳动有关, 大便干燥易导致结肠黏膜沿血管穿透至肠壁的薄弱点向外囊样突起, 形成挤压性憩室^[1]. 急性乙状结肠憩室炎典型表现为左下腹疼痛、便秘、恶心、呕吐、发热、白细胞增多, 有时有寒战. 这一组症状称为左侧阑尾炎^[2]. 慢性憩室炎, 表现为左下腹隐痛、左髂窝压痛、矢气过多等. 如引起节段乙状结肠水肿、梗阻, 则发生下腹绞痛和肠梗阻, 很多老年人对结肠憩室所引起的轻微症状如偶尔腹痛、腹胀、矢气过多等下腹部不适常不介意, 不到医院检查, 直到症状加重或出现并发症才去就诊. 穿孔为其最严重的并发症, 引起弥漫性腹膜炎, 死亡率很高, 较结肠癌死亡率高^[1]. 很快发生中毒性和低血容量性休克, 处理以早期手术一期切除病变部位, 作改良Paul-Mikulicz手术为好.

■背景资料

乙状结肠憩室西方国家甚为常见, 据统计, 我国近年来本病发病率呈上升趋势. 一般认为本病发生与经济水平和饮食习惯密切相关. 经济发达的国家和地区明显高于发展中国家和经济欠发达地区; 即使在同一国家内部, 高收入阶层明显多于贫困人群. 此与膳食结构中纤维素成分摄入量多少可能有关. 低渣或无渣饮食者明显高于高渣或多渣饮食者.

■应用要点

一期切除病变部位做改良Paul-Mikulicz手术是憩室炎并穿孔及急性腹膜炎时的暂时性肠道转流方法, 他去除了引起腹膜炎和中毒的根源, 对于后期关闭瘘口又很容易. 手术中稳妥、细心的操作非常重要, 可避免并发症的发生.

■同行评价

本病例较少见, 有一定临床借鉴价值.

建议老年人使用高渣饮食、避免泻药、减少结肠压力. 可能对减少此病的发生有用.

该例术前误诊主要与太过依赖辅助检查而忽视了患者主诉, 加之就诊时间过晚, 物理检查已较难区分, 另外该病在临床上并不常见, 医者缺乏认识所致. 因此患者的主观叙述很重要, 其疼痛的首发部位, 很可能就是疾病所在. 笔者认为手术中患者发生心跳、呼吸骤停与分离十二指肠韧带与胆囊黏连有关, 可能牵扯Calot三角区诱发“胆心反射”. 曾有报道, 在硬膜外麻醉

行胆囊切除术, 因暴露不佳, 牵引胆囊Hartmann袋拉紧Calot三角区时突发心跳、呼吸骤停的病例^[3]. 所以良好的肌松, 充分的暴露, 仔细、谨慎、稳妥的操作是避免上述问题的关键.

3 参考文献

- 1 刘绍魁 等译. 老年人常见外科问题. 第1版. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1983: 109-111
- 2 [美]A·M·哈维. 临床鉴别诊断学—临床表现的解释. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 117
- 3 张远水, 姜蔚. 肥胖型外科病人临床处理体会. 中国实用外科杂志 1996; 5: 303

电编 韩江燕 编辑 潘伯荣

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

中华消化学会全国第二届炎症性肠病学术会议

本刊讯 中华消化学会全国第二届炎症性肠病学术会议将于2006-06-18/20在广州举行, 现将征文通知如下:

1 稿件要求及截稿日期

结构式摘要800字(附软盘), 2006-06-30截稿

2 联系方式

广州市中山大学一院消化科高翔收(邮编: 510080)