

肾穿刺活检对诊断肾脓肿敏感性和准确度均接近 100%^[4];
(3)慎行肾切除术,术中应常规行冷冻切片,根据病理检查结果
决定术式。

参考文献:

- [1] 姚君厘,杨永年. 糖尿病医院感染发病率调查与危险因素
分析[J]. 中国糖尿病杂志,1998,6(4):236-237.
[2] 王姐. 糖尿病与感染[J]. 中华内科杂志,1997,36(10):69-
70.

- [3] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京:人民卫生
出版社,2010:1057-1059.
[4] Caoili EM, Bude RO, Higgins EJ, et al. Evaluation of
sonographically guided percutaneous core biopsy of renal
masses[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(2): 373-
378.

(收稿日期:2012-08-06 修回日期:2012-11-11)

· 短篇及病例报道 ·

Bouveret 综合征 1 例的报道

周宝勇, 郑 军

(重庆医科大学附属第一医院肝胆外科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)03-0358-02

胆石性肠梗阻是胆石症罕见并发症,作为胆石性肠梗阻一
种特殊类型,胃出口处的胆石梗阻称之为 Bouveret 综合征
(Bouveret's Syndrome, BS),其由 Bouveret^[1]在 1896 年首次报
道 2 例胃出口胆石性梗阻而得名。BS 是一种并发症多和病死
率高的疾病。

1 临床资料

患者,女,72 岁,以间歇性中上腹痛 15 d 入院。患者入院
前 15 d 无明显诱因开始出现反复中上腹疼痛,伴有恶心、呕
吐,呕吐为胃内容物含有胆汁,进食后明显;无寒战、高热,大小
便正常。既往有结核性胸膜炎病史 40 年,胆囊结石病史 20
年,十二指肠溃疡病史 1 年,有单侧输尿管切除术、右侧股疝修
补术手术史。体格检查:体温 36.5℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20
次/分,血压 100/60 mm Hg。神志清,精神可,营养不良,全身
皮肤黏膜及巩膜未见明显黄染,舟状腹,腹部未见胃型及蠕
动波,下腹部及右侧腹股沟可见手术瘢痕;上腹部压痛,无反跳
痛及肌紧张,未及包块, Murphy(+);腹部叩诊鼓音,移动性浊
音(-);肠鸣音 3~5 次/分,双下肢轻度水肿。患者入院后行
腹部 B 超提示胆囊结石并胆囊炎,胆道积气;CT 提示:胆道广
泛积气,以胆总管及左肝内胆管明显。患者查癌胚抗原、糖链
抗原 199、癌抗原 125、甲胎蛋白正常,血常规:WBC $9.2 \times 10^9/L$,
N% 86.2%, 血红蛋白(HGB) 90 g/L; 肝功:ALB 29 g/L,
ALT 53 U/L,AST 57 U/L。予以禁食、抗感染、营养
支持等输液治疗。

入院后完善胃肠钡餐检查提示:十二指肠憩室,胆总管见
钡剂逆流;胃镜检查提示:糜烂性食管炎,十二指肠球异物(图
1)。患者考虑为 BS,手术指征明确,拟行手术治疗,但患者一
般情况差,心功能、肺功能不全,手术风险高,经讨论及与家属
沟通后,采取保守治疗措施,继续给予抗炎、抗感染、维持水电
解质平衡、营养支持等输液治疗。经 1 个月治疗及相关科室的
协助治疗后,患者未再诉腹痛等不适。查体:腹部无压痛、反
跳痛及肌紧张,大、小便正常。复查胃镜提示:慢性浅表性胃窦

炎,十二指肠球部未见结石嵌顿;血常规、肝功及电解质基本正
常,予以出院。患者出院专科诊断胆囊十二指肠漏,出院后随访
6 个月,患者正常进食,腹部无腹痛等不适,大、小便正常。

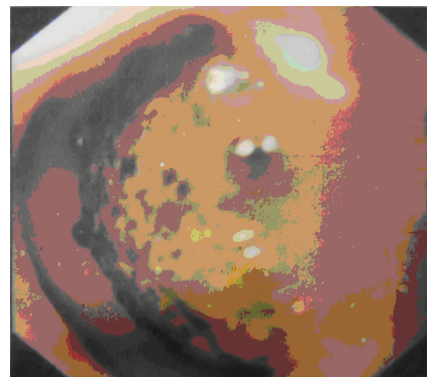


图 1 十二指肠球部的胆结石和瘘口影像

2 讨 论

胆石症为世界范围常见病,但只有 20%~30% 的患者具
有临床症状。该病最常见的并发症为急性胆囊炎、急性胰腺炎
和上行性胆管炎,少部分可并发胆囊-胆管瘘、胆石性肠梗阻。
胆石性肠梗阻乃由胆结石通过胆囊-肠瘘移行至小肠所致,胆
石性肠梗阻大约占肠梗阻的 1%~4%,胆石性肠梗阻部位尤以
回肠下端常见。瘘道形成的病理基础是胆囊和肠道管壁之间的
慢性炎症粘连及其血运障碍(动脉血供不足及静脉回流受阻)。
胆囊结石压迫胆囊肠壁粘连组织至坏死,接着结石通过
瘘道进入肠管导致胆石性肠梗阻^[2]。作为胆石性肠梗阻一种
特殊类型,胃出口处的胆石梗阻称之为 BS。

2.1 诊断 BS 术前诊断困难,术前诊断率在 30% 左右。BS
的临床表现无特异性,Cappell 等^[3]在最近的综述中总结了 BS
的主要症状为恶心、呕吐、腹痛或腹胀、呕血、近期体质量下降、
食欲减退,常见体征为腹部压痛、腹部膨隆及脱水等^[3]。腹部
影像学在以下几个方面有助于诊断:(1)B 超检查是最方便最

安全方法之一,75%的 BS 超声检查可发现结石,其中十二指肠结石占 23%,45%的患者具有胆管积气。但是,由于肠内积气的干扰,超声检查常常是困难的。但若检查成功,则可能显示具有诊断意义的所谓“双拱征”。(2)X 线片检查,如腹部 CT 常可见胆囊积气征象,胆道内积气及从肝门伸向肝内的树枝状充气影;钡剂或造影剂消化道 X 线检查,可见钡剂或造影剂流入胆道内。除少见的气肿性胆囊炎、Oddi's 括约肌松弛症及手术后建立的胆肠吻合等因素,则胆道积气征为诊断本病的可靠方法。(3)纤维胃镜检查常用于 BS 检查,对 BS 患者进行胃镜检查,结石性梗阻阳性率为 69%。纤维胃镜或纤维十二指肠镜检查可发现胃窦部和十二指肠周围异常开口与溢胆现象。此外磁共振胰胆管造影提示胆道积气亦有利于诊断。多方面综合检查有利于 BS 的诊断。

2.2 治疗 90%以上 BS 患者需手术治疗,有学者认为单纯的清除结石是恰当的治疗方式。然而,由于这种方法不能解决基本的胆囊、十二指肠瘘,术后持续的瘘可能出现一些并发症如复发性胆石性肠梗阻、胆囊炎、胆管炎、胆囊癌及出血等。I 期行胆囊切除、清除结石、切断瘘管、修补十二指肠瘘口,是最理想的治疗方法。因为这样既可解决梗阻问题,又可防止上述并发症及避免进一步的干预。然与单纯清除结石相比风险和病死率更高。目前单纯的清除结石的治疗方式尚缺乏令人信服的数据,仅建议在有基础并发症的老年患者或存在明显炎症的患者适用^[4]。鉴于该患者一般情况差且合并多种基础疾病,手术风险极高,故采取保守治疗方法,随访半年未见复发病状。

9%的 BS 患者可通过非手术治疗而或痊愈,这些方法包括经内镜取石、体外振波碎石术、液电碎石术等。由于这些措施解除梗阻的危险性和病死率低,所以得到重视^[5-7]。然非手术治疗措施需要一定的内镜技术和各种内窥镜设备,另外非手术治疗成功率较低,失败后仍需手术治疗。尽管非手术方法在治疗 BS 中的作用越来越大,特别是在有严重并发症的患者,

• 短篇及病例报道 •

无脾综合征合并单心室 1 例的报道

田 军[#],汪 丽[△],赵锦宁,史 源

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所儿科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)03-0359-02

无脾综合征又称无脾性先天性心脏病综合征、脾脏发育不全综合征、先天性脾缺如伴房室和内脏转位综合征。其特征是先天性脾脏发育不全或无脾伴有心脏、大血管畸形,同时合并有胸腔内脏位置异常^[1]。此病例极其少见。本院于 2012 年 7 月诊治 1 例无脾综合征患儿,现报道如下。

1 临床资料

患儿,男,1 d,因“呼吸急促 1 d”入院。患儿为第 2 胎第 2 产,孕 39 周,顺产出生,出生体质量 3.55 kg,出生时哭声响亮,反应可,呼吸急促,皮肤发绀。出生后 Apgar 评分 1 min 9 分,5 min 10 分,10 min 10 分。羊水、胎盘、脐带无明显异常。患

但是手术治疗仍占卓越的地位^[4]。BS 的治疗原则是抗感染、清除结石、切除胆囊、切断瘘管、修补十二指肠瘘口,根据情况探查胆总管或行胆肠内引流^[8]。随着目前先进影像技术的发展和对该病的认识进一步加强,其发病率和病死率将进一步降低。

参考文献:

- [1] Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule[J]. Revue Medicale(Paris),1896,16(1):1-16.
- [2] Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, et al. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome[J]. Am J Roentgenol, 2003, 180(4): 1033-1035.
- [3] Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(9): 2139-2146.
- [4] Fancellu A, Niolu P, Scanu AM, et al. A rare variant of gallstone Ileus; bouveret's syndrome [J]. J Gastrointest Surg, 2010, 14(4): 753-755.
- [5] 韩涛,陈敬彬,何礼安,等.腹腔镜手术治疗胆囊十二指肠瘘 31 例 [J]. 实用医药杂志, 2010, 4(27): 294-295.
- [6] Sica GS, Sileri P, Gaspari AL. Laparoscopic treatment of Bouveret's syndrome presenting as acute pancreatitis [J]. JLS, 2005, 9(4): 472-475.
- [7] Lowe AS, Stephenson S, Kay CI, et al. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature [J]. Endoscopy, 2005, 37(1): 82-87.
- [8] Rehman A, Hasan Z, Saeed A, et al. Bouveret's syndrome [J]. J Coll Physicians Surg Pak, 2008, 18(4): 435-437.

(收稿日期:2012-10-20 修回日期:2012-11-19)

儿出生后阵发性面色发绀,唇周明显,予以给氧后稍好转,哭闹时加重。入院查体:体温 37℃,脉搏 150 次/分,呼吸 65 次/分,体质量 3.55 kg,新生儿貌,反应可,哭声响亮。全身皮肤无黄染,未见瘀斑、瘀点,皮肤弹性好,全身浅表淋巴结未扪及肿大;头颅五官无畸形,头皮无外伤及血肿,前囟平软,张力不高;双眼眶无凹陷,眼结膜无充血,巩膜无黄染,瞳孔直径左 3 cm,右 3 cm,对光反射敏感;外耳道无分泌物流出;口唇轻度发绀,口腔黏膜光滑,咽部无充血;颈软,气管居中;胸廓对称无畸形,可见轻度三凹征,双肺呼吸音粗糙,心前区可闻及 II 级杂音;腹部平软,未见肠型、蠕动波,肌紧张,未触及包块,肝脏未扪及明