

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.053

乙状结肠憩室透壁性穿孔 1 例

潘大维, 彭安国, 陈东风[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

中图分类号: R574.62

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2015)04-0572-02

结肠憩室在发达国家较为常见, 发病率约 10%。结肠憩室一般无临床症状, 但当发生憩室炎, 甚至出现穿孔及周围脓肿时, 突出临床表现为腹痛、压痛等。由于其症状体征无特异性, 临床上容易误诊, 本文报道 1 例本科收治的结肠憩室透壁性穿孔病例, 总结其临床特点, 报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 48 岁, 主因“反复下腹胀痛 4 d”于 2012 年 6 月 14 日入院。腹痛位于中下腹及左下腹, 持续性胀痛, 伴有肛门排便、排气减少, 进行性加重, 社区医院给予抗感染(头孢)治疗无效, 次日下午到某市人民医院就诊, 查腹部立卧位 X 片无异常。腹部 B 超: 右肾结石。给予灌肠等治疗仍无减轻。入院查体: 生命体征正常, 心肺无明显异常。全腹软, 左下腹可扪及条索状可疑包块, 左下腹压痛, 无反跳痛, 轻度肌紧张, 肝脾未扪及, 肝浊音界存在, 移动性浊音阴性, 肠鸣音活跃, 5~6 次/分。双下肢无水肿。入院后查血常规: WBC $9.28 \times 10^9/L$, NUC% 73.5%, CRP 81 mg/L。大便呈黄色软便, 每日 1 次, 潜血(±)。肝肾功、生化、凝血象、淀粉酶、脂肪酶、肿瘤标志物、自身抗体、ANCA、结核抗体正常; 血沉 55 mm/h。腹部立卧位 X 片未见明显异常。胃镜提示: 慢性非萎缩性胃炎伴胃窦糜烂。6 月 15 日无痛肠镜提示: 距肛门 22~25 cm 黏膜充血、肿胀、渗血, 表面溃烂, 活检三块, 管腔狭窄, 镜身尚能通过(图 1)。6 月 17 日钡灌肠提示乙状结肠多发性憩室, 未见乙状结肠肿瘤征象(图 2)。腹部增强 CT 提示乙状结肠肠壁增厚, 不均匀强化, 考虑恶性肿瘤累及筋膜, 未见确切胃肠道穿孔征象(图 3)。2012 年 5 月全身 PET-CT 检查未见肿瘤征象。在此期间, 患者一直有左下腹疼痛, 压痛、轻度肌紧张, 无反跳痛, 并可扪及左下腹条索状可疑包块, 仔细阅读 CT 片, 见乙状结肠肿胀区域的肠系膜处有较多高密度物质, 考虑为在乙状结肠憩室炎基础上出现透壁性穿孔, 钡灌肠时少许钡剂溢出肠腔进入乙状结肠外。经院内会诊讨论后抗炎保守治疗, 患者症状逐渐好转, 6 月 30 日血象恢复正常。2012 年 11 月复查肠镜病变处已恢复, 腹部 CT 平扫下仍可见乙状结肠周围有钡剂高密度影, 肠壁已恢复正常。



图 1 结肠憩室炎肠镜表现



图 2 结肠多发憩室钡灌肠影像

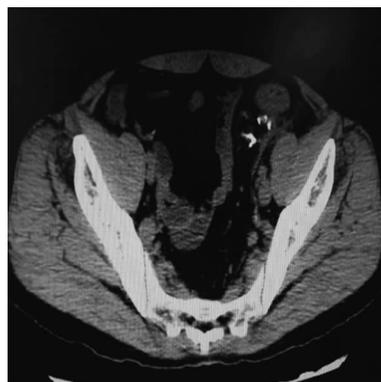


图 3 腹部平扫 CT

2 讨论

结肠憩室由 Cruveilhier 在 1894 年首次描述, 其发病需要以下两个条件: 第一肠壁薄弱有缺陷, 第二肠内压力增高^[1]。结肠憩室突出的部分大多在肠系膜侧血管进入肠壁处, 其内可滞留气体、液体、粪便甚至造影剂, 由于憩室颈部狭窄, 并且其颈部为肠壁环肌, 憩室内内容物不易排出, 因此容易发生炎症, 继而并发出血, 甚至穿孔, 根据既往的报道, 结肠憩室发生炎症的可能性高达 10%~35%^[2]。

结肠憩室诊断常用钡灌肠进行确诊, 该检查可以显示憩室的大小、数目、形态及分布^[3]。尽管肠镜检查时也可发现结肠憩室, 但不作为首选诊断方法。CT 检查对结肠憩室炎的诊断具有较大价值, 是诊断结肠憩室炎特异性和灵敏性均较高的检查手段。根据既往的报道, 螺旋 CT 对乙状结肠憩室炎诊断的灵敏度可高达 97%, 此外 CT 还能清楚地观察到乙状结肠憩室炎所引起的并发症, 有研究表明, 结肠憩室炎的典型 CT 表现为肠壁增厚和脂肪坠积, 此外还能观察到筋膜增厚、游离性液体及囊腔等感染征象^[4]。此患者开始从肠镜及 CT 影像来看, 均考虑肠道肿瘤可能性大, 而最终能够确诊为“结肠憩室透壁性穿孔”是基于 CT 平扫下可见到肠壁外增强影像, 追溯检查

过程,患者钡灌肠检查在先,然后再行腹部增强 CT,由于结肠穿孔之缘故,导致钡剂从肠腔内随结肠憩室的小穿孔处渗透至肠腔外,形成上述 CT 征象,而医生忽略了这一特殊影像,从而延误乙状结肠炎到透壁性穿孔的诊断。

任何疾病的诊断,医生不能单一凭借相关辅助检查,还应结合患者自身特点及临床过程,抓住细节,一追到底。针对此病例,对于怀疑有结肠憩室穿孔的患者未能很好地把握钡灌肠检查时机,一般认为需待憩室炎症体征完全缓解后至少 1 周以上才能进行钡灌肠检查,而此患者入院后一直有反复左下腹疼痛及左下腹压痛、轻度肌紧张体征,第 4 天上述症状并未缓解,进行钡灌肠检查后症状、体征有所加重,故不能完全排除医源性穿孔可能,虽然最终得以确诊并取得满意的治疗效果,但该病例的临床经过提醒,类似患者进行钡灌肠检查时应警惕钡灌肠可能会导致或加重结肠憩室穿孔。另外,临床医生应仔细阅读 CT 影像图片,并结合临床特征以确定诊断,制定正确的

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.054

胰源性区域性门脉高压症术后并发胃结肠瘘 1 例

余道武,苟毅,周健,黄中荣,曹洪,余天露[△]

(重庆医科大学附属永川医院肝胆外科 402160)

中图分类号:R619

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)04-0573-02

胰源性区域性门脉高压症是肝外型门脉高压症的一种,与门脉高压症一样可以上消化道出血、脾功能亢进为主要临床症状就诊;施行脾切除联合胃贲门周围血管离断术仍是治疗该类疾病的有效方法,但手术难度及术后并发症的发生率较非胰源性门脉高压症高。现将本科室 2012 年收治的 1 例胰源性区域性门脉高压症术后并发胃结肠瘘诊治体会报道如下。

1 临床资料

患者,女,44 岁。因“反复黑便 1 月余,突发呕血 1 h”于 2012 年 12 月 29 日入院。既往史:9 年前,因急性重症胰腺炎入住本院治愈;同年,因继发“粘连性肠梗阻,胰腺假性囊肿”,行肠粘连松解,胰腺囊肿引流(术中发现结肠脾曲粘连梗阻);6 年前再次因肠梗阻手术,结肠脾曲粘连成角,难以分离,行横结肠、乙状结肠短路吻合术;既往无乙肝病史。入院查体:生命体征平稳,中度贫血貌,心肺无异常,无肝掌及蜘蛛痣,无腹壁静脉曲张,腹部可见多处手术瘢痕,肝肋下未扪及,脾脏肿大,肋缘下可扪及,质地中等,较固定,第 I 线 4 cm,第 II 线 5 cm,第 III 线-1 cm。辅助检查:血常规提示中度贫血(WBC $3.2 \times 10^9/L$,Hb 78 g/L,PLT $96 \times 10^9/L$);凝血象、肝、肾功等正常,HBV(-)、HCV(-)。胃镜:食管静脉中度曲张,胃底静脉重度曲张。腹部彩超:门静脉主干内径 1.0 cm,脾大,脾侧脾静脉迂曲增宽内径约 1.2 cm,胃底静脉明显迂曲扩张,最宽内径约 0.7 cm,呈蜂窝状改变,提示区域性门脉高压。上腹部 CT 示:食管胃底及脾门区静脉曲张、巨脾。入院诊断为胰源性区域性门脉高压症,食管胃底静脉曲张破裂出血、脾脏肿大伴轻度脾亢、中度贫血。入院后常规术前准备(包括肠道准备),于 2013 年 1 月 10 日全麻下行脾脏切除联合胃贲门周围血管离断术。术中示:肝脏质地软,无明显肝硬化改变;胃与胰腺、脾门及结肠脾曲间致密粘连,左上腹似冰冻腹腔;胃底周围及胃小弯静脉曲张明显,直径最粗达 1.5 cm,术中在游离胃底与脾门粘连时,发生大出血,为控制出血,快速将脾脏切除,导

治疗方案。

参考文献:

- [1] Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, et al. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon; thin-section helical CT findings[J]. AJR, 1999, 172(2): 601-604.
- [2] 于嵩, 王志刚, 郑起. 结肠憩室炎的诊疗进展[J]. 国际外科学杂志, 2008, 35(6): 419-422.
- [3] 沈峰. X 线对结肠憩室病的诊断[J]. 现代预防医学, 2008, 35(10): 1987-1988.
- [4] 李志勇, 赵海燕, 伍建林. 结肠憩室炎的 CT 研究进展[J]. 大连医科大学学报, 2008, 30(5): 480-482.

(收稿日期:2014-09-08 修回日期:2014-10-10)

致胃壁及结肠脾曲肠壁损伤,给予修补;术中出血约 4 000 mL,给予输红细胞悬液、血浆、冷沉淀,手术时间约 300 min。术后治疗情况:常规给予保留胃管,1 周患者胃肠功能恢复,术后第 9 天开始进食;术后 10 d 复查肝功基本正常,血常规示中度贫血(Hb 75 g/L),术后 2 周切口上端有渗液,伴食物样残渣流出,经口服亚甲蓝证实为胃瘘;患者无发热及腹膜炎体征,从切口放置引流管,胃肠减压,给予肠外营养及对症支持治疗;术后 5 周,试进流质饮食后约半小时,患者肛门排出未经消化食物。消化道造影证实为胃结肠内瘘,术后 6 周经鼻腔放置空肠营养管,行肠内营养,经肠内营养支持治疗 5 个月,行胃镜及消化道造影检查,胃外瘘及胃结肠瘘已愈合。目前患者进食、大便等正常,病情康复较好。

2 讨论

区域性门脉高压亦称为左侧门脉高压、局限性门脉高压、脾胃区门脉高压等,占肝外型门脉高压症的 5%,是引起上消化道出血的罕见原因^[1],是一种惟一可以治愈的门静脉高压症^[2]。根据病因,区域性门脉高压可分为胰源性、脾源性和腹膜后源性 3 类,其中以胰源性最常见^[3]。随着胰腺疾病发病率和诊断水平的提高,对本病的诊断率逐渐上升。胰腺的良、恶性疾病均可以导致区域性门脉高压症,尤其胰腺的急、慢性炎症,特别是重症胰腺炎后并发不同程度区域性门脉高压症的报道并不少见,作者报道的该例患者既往就有明确的重症胰腺炎病史。对于没有肝病背景的孤立性胃底静脉曲张应怀疑区域性门脉高压,其临床特点:(1)多有胰腺疾病;(2)多为孤立性胃底静脉曲张,反复呕血或黑便;(3)脾肿大;(4)肝功能正常。肠系膜血管造影是诊断区域性门脉高压的金标准,但随着无创检查如彩色多普勒超声、CT、MRI 的普及应用,血管造影已很少用。通过上述检查了解原发病变、脾脏大小及肝脏有无病变和门静脉血流情况,内镜发现的孤立性胃底静脉曲张是诊断区域性门脉高压的重要线索^[4]。其治疗方法主要有以下几种。