

伤寒肠穿孔误诊为急性阑尾炎 9 例报告

杨杰 刘玉海

(浙江省舟山市普陀区中医院外科 舟山 316100)

关键词 伤寒 肠穿孔 误诊 急性阑尾炎 手术疗法

中图分类号 R 656.1

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0070-01

我区地处海岛,海产品丰富,饮食嗜生、鲜,故每年均有伤寒小范围流行。由于伤寒不典型病例增多,早期易误诊。本文报告 1995 年 10 月~2002 年 10 月,以急性阑尾炎手术而发现伤寒肠穿孔 9 例,分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例中,男 6 例,女 3 例;年龄 18~55 岁,平均 34 岁;发病至就诊时间 3h 内 4 例,3~6h 3 例,超过 6h 2 例;就诊至手术时间:急诊手术 5 例,3~6 h 3 例,6h 后手术 1 例。

1.2 临床表现 全部病例均有持续性右下腹疼痛,查体右下腹压痛。资料中,血常规白细胞、嗜中性细胞均增高,均未行嗜酸粒细胞计数;行 B 超 4 例,报告腹内游离性液体 2 例;未行肝脾探查,腹部平片 3 例,仅 1 例报告隔下游离气体;腹穿 3 例,抽出液为稀薄、淡黄色液体;本组资料未描述近半月有发热史。

1.3 诊治过程 9 例手术可见腹内有淡黄、稀薄脓液,无臭味,阑尾未见明显化脓、坏疽、穿孔,部分病例肠管有脓苔覆盖,常规检查肠管见距回盲部 50~90cm 回肠穿孔灶,单发穿孔 6 例,多发穿孔 3 例,为圆形、椭圆形穿孔,大小从 0.3~2cm 不等。穿孔修补 7 例,行部分肠切除 2 例。手术后 4 例由术后肥达氏反应及血培养明确诊断,余 5 例取穿孔边缘组织,病理报告证实伤寒肠穿孔。

1.4 预后 无死亡病例,平均住院 15d,并发心肌炎 1 例,肝功能损害 2 例。

2 讨论

近年由于伤寒临床表现变异较大,伤寒热型不典型,部分病人待肠穿孔出现腹痛症状时方就诊,而伤寒肠病变往往在近回盲部的集合淋巴滤泡,引起溃疡、出血、穿孔。穿孔时腹内炎症渗出时,表现为右下腹疼痛、压痛,血象白细胞数、中性粒细胞数上升,易与阑尾炎致局限性腹膜炎混淆,而临床医师病史采集不详细,只注意腹部症状,对临床资料缺乏全面分析,忽视伤寒存在,轻易诊断为阑尾炎。

为提高伤寒肠穿孔手术前确诊率,要注意伤寒流行病史的采集,在夏秋季有伤寒散发流行时,对有腹膜炎表现拟手术病人,要仔细询问病史,全面规范体格检查。如半月内有过畏寒、发热、腹泻表现,或自诉有“感冒”史,要疑诊伤寒,有行肥达氏反应、嗜酸粒细胞计数必要,需 B 超检查肝脾是否肿大,对腹膜炎病人宜常规腹穿。如渗出液稀薄、淡黄色、无臭味,提示有伤寒肠穿孔。手术中,欲顺利找到穿孔部位,要以距回盲部 50cm 回肠末端为重点,在对系膜缘寻找。一般穿孔为单发性,可行单纯穿孔修补;如穿孔较大,周边水肿,充血明显,或为多发性穿孔,修补后不易愈合,需行部分肠切除。回肠部分切除可去除肠内伤寒杆菌及其释放的大量毒素,术后可明显减轻中毒症状^[1]。

参考文献

[1]苏庆宝.9 例伤寒肠大出血的外科治疗[J].临床外科杂志.1995,13(3):152

(收稿日期: 2004 - 02- 15)

导管置入后麻醉失败原因探讨

赵元杰

(山东省肥城市中医院 肥城 271600)

关键词 麻醉 失败原因 导管置入 利多卡因

中图分类号 R 614.4⁺2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0070-02

连续硬脊膜外阻滞时,穿刺后证明已入硬脊膜外间隙无误,在置入导管时可能发生以下情况:(1)导管进入硬膜外腔后,又经椎间孔到达椎旁间隙;(2)导管在硬脊膜间隙内呈锐角屈曲或导管端循反方向进行。这都是使麻醉失败的主要原因。椎旁间隙阻滞是因为导管端于硬脊膜外间隙顶触于间隙内组织(神经根、血管等),这时如于穿刺针外继续将导管送入,难免迫使导管端改变其进行方向,使导管嵌入某一椎

间孔,而到椎旁间隙,导致麻醉作用不够完善。遇有注药已接近最大有效剂量,但麻醉作用的表现仍较迟缓时,只要重新穿刺置管,麻醉作用常可迅速出现,而且效果满意。

1 临床资料

患者女,18 岁,2003 年 7 月 1 日预定在连续硬膜外腔神经阻滞麻醉下行肿瘤切除术。病人术前一般状况良好,血压 16/10 kPa,脉搏 80 次/min,ASA 分级二级,术前以鲁米那钠