

乙状结肠扭转结肠镜下复位的诊疗(附 26 例临床分析)

黄宝根¹ 罗余系¹ 罗雪华²

(1 江西省吉安县人民医院 吉安 343100;2 江西省吉安县中医院 吉安 343100)

摘要:目的:总结乙状结肠扭转的诊治经验。方法:对 26 例乙状结肠扭转患者的临床表现及治疗方法进行回顾性分析,结合文献讨论乙状结肠扭转的诊治问题。结果:17 例经腹部 X 线检查确诊,7 例经肠镜诊断,2 例经剖腹探查确诊。26 例行结肠镜下复位治疗,24 例成功,均无并发症表现;2 例手术治疗(乙状结肠一期切除吻合术),痊愈出院,无吻合口漏。结论:老年男性腹痛、腹胀和便秘应考虑本病的可能。对于无肠坏死及腹膜炎的患者,行结肠镜检查有明显优点,诊断后即可试行复位,成功率高,风险小。对于有肠坏死及腹膜炎的患者,应及时手术治疗。

关键词:乙状结肠扭转;结肠镜;诊断;复位

中图分类号:R 656.9

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0070-03

乙状结肠扭转是引起老年肠梗阻的三大病因之一,多见于老年男性,近年来我国发病率有增加的趋势。我院近 10 年来收治 26 例,现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 自 1999 年 1 月~2008 年 6 月我院共收治乙状结肠扭转 26 例,其中男性 22 例,女性 4 例;年龄 35~73 岁,平均 65 岁,其中 60 岁以上者 17 例,占 65.4%。

1.2 临床表现与诊断 起病急骤者 4 例,亚急性起病者 22 例,病程 3d~2 个月。26 例均有腹胀、腹痛的症状,有便秘史者 10 例。查体 26 例均有不同程度的腹部膨隆及压痛,16 例腹膨隆不对称,1 例肠鸣音消失。26 例均进行腹部 X 线平片检查,其中 14 例显示扩张增大无结肠袋形的乙状结肠,呈“马蹄铁”状,可见两个大液平面,从而诊断本病;3 例钡灌肠检查显示“鸟嘴征”而诊断本病,7 例行结肠镜检查获得诊断,2 例经剖腹探查证实本病。

1.3 治疗 结肠镜复位法 26 例(包括扭转复位后不孕症采用恰当的治疗方法提供针对性依据。

本研究发现宫颈有疾病妇女围排卵期性交后试验,与无疾病妇女比较,每高倍视野活精数明显减少($P<0.05$)。经治疗后宫颈疾病痊愈妇女,围排卵期性交后试验,每高倍视野活精数比治疗前明显增多($P<0.05$)。治疗后宫颈疾病持续存在妇女围排卵期性交后试验每高倍视野活精数较治疗前无明显变化($P>0.05$)。宫颈解剖异常,如宫颈畸形过度上仰、后仰者后穹窿池不易储存精液和精子^[1],影响精子穿过、停留、营养和生存。宫颈息肉可阻塞宫颈,影响精子通过。而宫颈及颈管腺体是卵巢激素的重要靶组织,其解剖学形态和宫颈黏液分泌随卵巢激素的消长而呈现周期性变化,并与受孕功能密切相关,严重宫颈炎时,宫颈及颈管腺体受影响,可影响宫颈黏液的功能,宫颈黏液分泌数量、质量异常,将影响精子活动、储存、存活和获能而致不

复发 5 例),24 例成功。复位后立即排出大量气体与粪水,腹痛、腹胀随即缓解,患者情况随之改善,无肠损伤表现。结肠镜复位失败的 2 例因插镜时见肠腔内有血性粪水,或有溃疡形成者,疑有肠坏死征象而改行剖腹探查术,术中见乙状结肠顺时针扭转 450~540 度,均行乙状结肠一期切除吻合术,无吻合口漏。全部病例均痊愈出院。

2 讨论

2.1 发病率 本病的发病率世界各地很不一致,中东和非洲地区占结肠梗阻的 20%~70%,在美国占结肠梗阻的 10%,东欧、欧洲及拉丁美洲占有肠梗阻的 30%以上,但在西欧和北美则不常见,仅占肠梗阻的 2%~4%^[1]。国内报道占肠梗阻的 10%左右,农村发病率较高,多见于男性老人,儿童相对少见,女性骨盆宽阔,腹壁松弛,发生扭转后容易自然复位,故女性发病率低^[2]。

2.2 病因 (1)乙状结肠及其系膜冗长,活动度大,肠管的两端在乙状结肠系膜根部紧密接近,容易发

孕。体外试验证明^[3],精子存活与宫颈黏液中的葡萄糖含量有关,宫颈黏液中的葡萄糖含量低,可以解释某些不明原因性不孕。宫颈炎常见病原体为淋球菌、沙眼衣原体,其次为化脓性葡萄球菌、大肠杆菌及滴虫念珠菌感染^[4],病原体利用宫颈黏液中的葡萄糖合成糖原,以供自身繁殖^[5],从而使宫颈葡萄糖含量较低,从而影响宫颈管中的精子活动。所以对不孕妇女常规行阴道镜检查排除宫颈疾病,重视宫颈因素引起的不孕症,积极治疗宫颈疾病是治疗不孕症的一个不可忽视的步骤。

参考资料

[1]罗丽兰.不孕与不育[M].北京:人民卫生出版社,1998.182
[2]胡红波.阴道镜检查对宫颈性不孕症的诊断价值[J].中国误诊学杂志,2001,12(1):1 791
[3]陆小兰.计划生育理论与实践[M].广州:广东科技出版社,1998.511
[4]张惜阴.实用妇产科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2004.563
[5]陈德源.医学微生物[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996.180

(收稿日期: 2009-01-21)

生扭转。(2)老年人结肠黏膜和肌层萎缩,结缔组织增多,而致大肠壁增厚,大肠长度延长。(3)乙状结肠内粪便大量积聚,特别是活动量小、排便能力差的老人,以及患有乙状结肠肿瘤、憩室、息肉、先天性巨结肠症等病变的病人,亦包括慢性便秘、长期服用缓泻剂,容易发展为无症状性假性巨结肠症者。这类病人常形成乙状结肠重力和动力性改变,容易发生扭转。(4)部分病人无明显诱因,扭转可能与肠动力改变有关^[3]。Northeast^[4]认为本病可能与遗传有关。其它可能引起本病的疾病包括肠腔蛔虫团、肠肿瘤、肠粘连、美洲锥虫病、硬皮病、肠气囊症等,体位姿势的突然改变亦可引起本病。

2.3 临床特点及诊断 腹痛、腹胀、便秘三联征是乙状结肠扭转的主要表现,按发病的缓急可分为急性暴发型和亚急性型,但实际上不少病例是不能截然分型的^[5]。临床上以亚急性型多见,通常为老年患者,起病较缓,腹痛较轻,有进行性腹胀,多有便秘,全身情况较好。本组 26 例中 22 例为亚急性起病,4 例起病急骤。26 例均有腹胀、腹痛,10 例出现便秘。检查腹部呈不对称性膨隆,本组有 16 例;可有轻度压痛,一般不发生肠坏死。暴发型者少见,多发生于较年轻的患者,病程进展快,腹痛重,腹胀轻,腹部压痛严重而常见全腹,易发生肠坏死。

62%~90%的患者 X 线腹部平片检查显示扩张增大无结肠袋形的乙状结肠^[6],呈“马蹄铁”状,可见两个大液平面。本组有 14 例显示此征象而确诊。廖翠薇^[7]报告 6 种平片征象:(1)乙状结肠内气液比 $\geq 2:1$;(2)扩张的无结肠袋肠祥;(3)乙状结肠顶端位于左膈下或高于 T₁₀;(4)乙状结肠内壁贴近线;(5)下会聚点低于腰骶角;(6)乙状结肠重叠征。其中以前 4 种征象特异性及准确性较高。6 种征象中如有 4 种或 4 种以上征象阳性,诊断本病较为可靠,诊断率达 77.8%。对于腹部平片可疑,一般状况较好的早期扭转病例可行钡灌肠检查,其典型表现为“鸟嘴样”或“S”型改变,本组有 3 例由此而确诊。结肠镜可直接观察肠腔走行,诊断后即可试行复位,成功率高,风险少,对于无肠坏死及腹膜炎的患者,比钡灌肠更加实用。本组有 7 例结肠镜检查获得诊断。但对于有肠坏死或腹膜炎征象者应禁止以上两项检查。无钡灌肠或结肠镜条件时,试行灌肠,其容量少于 500mL,对诊断本病有帮助^[8]。

2.4 治疗 乙状结肠扭转的治疗必须达到解除梗阻、防止复发两个目的。具体治疗方法应根据病情和扭转的类型而定。

2.4.1 手术治疗 手术指征为:(1)经非手术方法复位失败者;(2)插镜时见肠腔内有血性粪水,或肠黏膜有坏死,或溃疡形成者;(3)有腹膜炎或肠坏死征象者。手术方式:(1)单纯扭转复位术:适用于无肠坏死,手术简单,但复发率高。有人报告此手术扭转复发率高达 18.2%。并认为单纯手术或乙状结肠插管复位后应在同一住院期间积极择期行乙状结肠切除术^[9]。(2)扭转复位加固术:适用于年龄较大和一般情况较差的患者。(3)复位加系膜折叠缝合术:手术简单有效,最大优点是不要切开肠管。(4)Hartmann 手术:适用于肠坏死而一般情况较差的患者,本手术最大的缺点是需做二次手术,而且需进行肠痿的护理。(5)Mikulicz 手术:适用于感染性休克、年龄较大者,缺点是需作二期手术。(6)乙状结肠一期切除吻合术:此手术是防止肠扭转复发的最佳术式,但由于是急诊手术,术后容易形成吻合口漏,适用于一般情况较好的患者。

2.4.2 非手术治疗 对于无肠坏死及腹膜炎征象者若全身情况较差,手术耐受欠佳者,目前比较一致的意见是先试行非手术疗法。(1)结肠镜复位法。本法的优点是可治疗乙状结肠镜无法达到的高位扭转^[8],视野清晰,可直接观察肠黏膜及肠腔走行;减压彻底,肠蠕动恢复快;复位后无需留置肛管;复发率低。复位肠管的标志是:插管后立即排出大量气体与粪水;腹痛、腹胀消失,患者病情随之改善;无肠损伤征象。此法复位成功率 76%~92%^[6]。我院 26 例行结肠镜复位法,24 例成功复位,复位成功率 92.3%。(2)插管排气复位法。患者取左侧卧位或截石位,在直肠指诊诱导下或在乙状结肠镜窥视下插入橡胶肛管,复位后注意复查腹平片,并留置排气管 3d^[10]。

本组结肠镜复位成功率为 92.3%,复位后的复发率达 20.8%。国外有人认为肠镜减压是治疗乙状结肠慢性扭转而无肠缺血的首选方式,尤适于伴有肠管扩张及未做肠道准备的年老体弱患者。但国内对肠镜减压治疗持谨慎态度^[10]。笔者认为对于年老体弱者,若无肠坏死主张先行肠镜减压,减压成功后经充分术前准备再行乙状结肠切除术。Grossmann 等^[11]报道,急诊手术死亡率明显高于择期手术死亡率,故急诊手术对于年老体弱者应持谨慎态度。而结肠镜检查复位有明显优点,诊断后即可试行复位,成功率高,风险小,是治疗乙状结肠扭转而无肠缺血的首选方式,也为择期手术患者准备了条件。

成人 Still 病误诊 18 例分析

魏胜全¹ 李小艳²

(1 陕西省宝鸡市人民医院 宝鸡 721000; 2 延安大学附属医院 陕西延安 716000)

摘要:目的:通过对 18 例成人 Still 病误诊状况分析,增强对本病的认识,以期提高 Still 病诊断率。方法:回顾性分析 2002 年 3 月~2008 年 6 月我院住院病人中误诊的 18 例 Still 病患者,对误诊患者的临床症状、诊断、治疗及预后情况进行分析,并做出总结。结果:该病以发热、皮疹、关节炎(疼痛)为主要临床表现,以白细胞计数增高、血清铁蛋白升高、血沉增快为主要实验检查异常。以非甾体抗炎药和糖皮质激素为主要治疗药物,有效率为 94.4%。结论:成人 Still 病误诊率高,提高认识对于早期诊断非常重要。

关键词:成人 Still 病;诊断;误诊

中图分类号:R 442.8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0072-02

成人 Still 病是一组病因不明的,以高热、一过性皮疹、关节炎(痛)和白细胞升高为主要表现的综合征^[1,2]。其临床表现多种多样,容易漏诊,或误诊为其他疾病^[3]。现对我院 2002 年 3 月~2008 年 6 月收治的误诊 18 例分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组女 14 例,男 4 例;年龄 16~75 岁,平均 37.2 岁,其中 18~45 岁者占 61.1%。病程最短 1 个月,最长 8 年,平均 3.5 年。均符合美国风湿病学会成人 Still 病诊断标准^[4],并排除感染性疾病、恶性肿瘤、其他风湿性疾病。

1.2 临床表现 (1)发热:所有病例均有不同程度发热,呈弛张热型,体温高于 38.5℃11 例,高于 39℃4 例,高于 40℃3 例。(2)关节痛:11 例,全身关节游走性疼痛 6 例,膝关节受累 5 例,肘关节受累 4 例,腕关节受累 3 例,踝关节受累 2 例,肩关节受累 5 例,髋关节受累 3 例。(3)典型皮疹:14 例,为红色斑丘疹,位于躯干或四肢,可成片出现,一般在发热时出现,热退后消失。(4)淋巴结肿大:10 例,颈部淋巴结肿大 5 例,腋窝淋巴结 2 例,腹股沟淋巴结 2 例,锁骨上淋巴结 1 例。(5)其他:咽痛 10 例,扁桃体肿大 4 例(其中 I 度肿大 1 例、II 度肿大 3 例),脾脏肿大 4 例,肝脏肿大 2 例,肾脏肿大 4 例;多伴乏力纳差。(6)慢性发热导致慢性营养不良者 6 例。

1.3 实验室检查结果 WBC $\geq 10 \times 10^9/L$ 11 例, WBC $\leq 3 \times 10^9/L$ 2 例;贫血 13 例;红细胞降低 5 例; PLT $\geq 300 \times 10^9/L$ 4 例, PLT $\leq 100 \times 10^9/L$ 3 例;肝功

能异常 10 例;肾功能异常 3 例;血沉增快 15 例;C 反应蛋白升高 4 例,血清铁蛋白升高 11 例,黏蛋白升高 6 例;12 例血培养、RF 及 ANA 均为阴性;免疫球蛋白增高 6 例,血清补体增高 4 例;低白蛋白血症 3 例;骨髓检查感染性骨髓象 13 例,重度感染性骨髓象 1 例;胸片改变 3 例,关节出现异常改变 1 例;PPD 试验阳性 3 例;血钙降低 3 例;抗“O”升高 2 例。

1.4 病程及住院状况 病程为 1~1.5 个月 10 例, >10 个月 4 例, >20 个月 4 例。1~2 次住院者 11 例, 3 次以上住院 7 例,平均住院 16.4d。

1.5 治疗情况 7 例用非甾体类消炎药(NSAID)即可控制症状。余 11 例需 NSAID 联合糖皮质激素治疗, 其中 2 例需 NSAID 联合大剂量糖皮质激素,1 例加用甲氨蝶呤或环磷酰胺治疗。

2 结果

2.1 误诊情况 误诊为风湿热 2 例,胸膜炎 1 例, 类风湿性关节炎 1 例,败血症 1 例,重症药疹 1 例, 皮炎 1 例,系统性红斑狼疮 1 例,结核病 3 例, 伤寒 3 例,淋巴瘤 1 例,白血病反应 2 例,骨髓增生异常综合征 1 例。

2.2 转归 痊愈 4 例,好转 13 例,放弃治疗 1 例: 有效率 94.4%。好转的患者定期指导服药,症状控制良好。

3 讨论

Still 病是以长期反复发热、一过性多形性皮疹、 关节痛或关节炎、肝脾淋巴结肿大、白细胞增高或

参考文献

[1]吴阶平,裘发祖.黄家驷外科学(上册)[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,1987.1 070-1 072
[2]丘云峰.乙状结肠扭转 40 例的诊断与治疗[J].消化外科,2002,1 (5): 342-344
[3]吕云福.肠梗阻诊断治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2007. 322-324
[4]Northeast N. Sigmoid vulvulus: new thought on the epidmiology[J]. Dis Colon Rectum,1984,27:260
[5]安大立,李志霞.乙状结肠扭转的诊断与治疗[J].中国胃肠外科杂志,1999,2(2): 85-87
[6]金国祥.乙状结肠扭转的近代处理[J].国外医学·外科学分册,1986,

13(5): 275-276
[7]廖翠薇,易习之,初铭忠.乙状结肠扭转的腹部平片分析[J].新消化 病学杂志,1996,9(9): 505-506
[8]张中声.老年急腹症学[M].天津:天津科技出版社,1997.301
[9]杨维良,丘云峰.乙状结肠扭转的病因、诊断与治疗[J].中国急救医 学杂志,1989,9(9): 7-10
[10]贾新路,杨道贵,隋永领.乙状结肠扭转 24 例诊治分析[J].中国普 通外科杂志,1998,7(6): 354-355
[11]Grossmann EM, Longo WE, Stratton MD,et al.Sigmoid vulvulus in Department of Veterans Affairsmedical centers[J].Dis Colon Rectum, 2000,43:414-418

(收稿日期: 2008-11-26)