

外科

疑难病例会诊丛书

中华医学会杂志社总策划

疑难病例会诊

主 编 黄蕊庭

WAIKE YINANBINGLI HUIZHEN



江苏科学技术出版社

R604
HYT

124358

外科

疑难病例会诊

中华医学会杂志社总策划

主 编 黄蕊庭
编 委 黄蕊庭 党耕町 张宝仁
赵雅度

WAIKE YINANBINGLI HUIZHEN

SAM53/01
江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科疑难病例会诊/黄廷庭主编. —南京:江苏科学技术出版社, 2004. 1

(疑难病例会诊丛书)

ISBN 7-5345-4026-7

I. 外... II. 黄... III. 外科-疑难病-诊断
IV. R604

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 098707 号

疑难病例会诊丛书

外科疑难病例会诊

主 编 黄廷庭

责任编辑 顾志伟

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华发行集团有限公司
照 排 南京紫藤制版印务中心
印 刷 丹阳教育印刷厂

开 本 787 mm×1092 mm 1/16

印 张 21.25

插 页 17

字 数 450 000

版 次 2004 年 1 月第 1 版

印 次 2004 年 1 月第 1 次印刷

印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4026-7/R·739

定 价 35.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

序 言

抗击传染性非典型性肺炎(简称“非典”)的硝烟已渐渐散去,但“非典”对临床医学的影响远未淡化。作为一位临床医师,不论你是否亲身经历过那惊心动魄的临床救治场面,在“非典”退却之后,都应有深层次的思考。人类遭遇像“非典”这样来势凶猛的未知疾病不会仅此一次,今后也许还会出现这样那样新的疾病,而且临床表现会越来越复杂难测。作为一名临床医师,怎样才能对付这样那样的疑难疾病呢?高尚的救死扶伤的职业道德固然重要,但过硬的临床功底也必不可少。只有这样才能在面对复杂危重病情时心中有数,临危不乱,才能正确地分析、判断并把握疾病演变的内在规律,做出恰当的诊断和治疗。

各级医师必须不断提高自己的临床诊治水平,这既是自身发展的需要,也是时代赋予的使命。这就需要埋下头来,一方面在医疗实践中摸爬滚打,积累经验;一方面钻研医学理论,掌握医学的固有规律,在浩瀚的医学海洋中,广泛涉猎,特别是要注重学习借鉴前人的经验教训。只有这样,才能随着年资的增长,业务水平也日臻提高,也才有可能成为一代名家。

近日喜闻中华医学会杂志社组织编写了“疑难病例会诊丛书”,我有幸拜读,觉得该丛书内容不错,对帮助各级医生提高诊治疑难病例的临床水平有较高的参考价值。

该套丛书的策划源于《中华内科杂志》与《中华儿科杂志》等的“临床病理(病例)讨论”栏目。这两个杂志设此栏目均已 有 50 余年历史,很有特色,深受欢迎,对临床医师扩大知识

面、培养临床思维能力、提高临床诊治水平发挥了很好的作用。故此中华医学会杂志社决定以此为基础推出内科、外科、妇科、儿科疑难病会诊丛书。丛书收集的病例来源于全国众多医院,经过严格审稿筛选,很具代表性。每一病例的分析讨论乃至点评都贯穿了正确的诊断思路,提供了正确的诊断标准和合理的治疗方案,展现了当代医学的新理论、新技术、新观点,凝聚了资深专家的临床经验和教训,点出了疑难疾病诊断和治疗的突破口。该丛书收集的是第一手临床资料,可以说是一部疑难疾病诊疗写真集,有很强的可读性。

该丛书与一般的诊疗手册和普通工具书在使用上有所不同,要想通晓案例的要旨,需要读者在阅读过程中有相当的耐心和定力。只有将自身沉浸于书中描绘的“会诊讨论”场面中,思维紧紧跟上,才能领悟其精髓,从而学得作者的诊断思路和临床经验,提升自己的临床水平。

借“疑难病例会诊丛书”出版之际,我希望我们的临床医生,尤其是年轻医生,多一份思考,少一份浮躁,认真学习,潜心钻研,踏实工作,不断积累,用超脱功利的境界,努力提高自己的为人民服务的本领。只有此,才能无愧于时代,无愧于自己。

中华人民共和国

卫生部副部长

朱汉生

前言

一般医学教科书、参考书的内容都是按系统纵向论述;而临床所遇的病例,则要求临床医师运用所学的医学基础、临床知识,进行横向的动态的综合分析,以正确的逻辑推理,透过表象,做出合理的诊断,并提出治疗方案。

临床医师正确诊治病例是一项基本功,也是其终身追求的目标。高年资医师之所以有别于低年资医师,就在于高年资医师在长期的临床实践中,见多识广,从成功中总结出经验,从失败中汲取教训。从这种意义上讲,低年资医师善于向高年资医师学习,可以讲是一条继续教育的“捷径”。

有鉴于此,在中华医学会杂志社的组织下,笔者聘请北京、上海、重庆以及浙江、广东、黑龙江、江苏等省市的专家、教授,精心编写了本书《外科疑难病例会诊》,供低年资外科医师阅读。

笔者建议,低年资外科医师阅读本书的时候,要“参与”,不要游离于书外。首先,仔细阅读“临床资料”部分,熟悉“病史”,推敲“入院检查”,自己进行分析,做出自己的“入院诊断”。同时阅读一些相关参考文献则更好。然后,阅读“会诊讨论”部分,这样能加深理解。最后,对照“最后诊断”,看看自己的诊断是否正确;如果错了,想想为什么错了。至于“专家点评”,对于逻辑推理、经验、教训、体会,自己如产生了共鸣,说明您有一定的收获了。

由于笔者经验不足、水平有限,书中谬误在所难免,恳请同仁批评指正。

黄蕊庭

目
录

第一章 普通外科	1
第 1 例 顽固性便血 4 年	1
第 2 例 胃癌手术后,胃管引流出血液、肠道排黑粪	4
第 3 例 右臀反复发生脓肿 4 个月,右下腹包块半个月	7
第 4 例 左上腹间断性疼痛 6 年,加重 7 个月	9
第 5 例 腹部反复隐痛半年,发现腹部包块 5 日	12
第 6 例 腹胀 8 年,间断性腹痛、呕吐 4 年	14
第 7 例 腹胀、便秘 1 个月,呕吐 20 小时	18
第 8 例 术后反复发作性腹胀、呕吐、肛门停止排气排便 19 年	24
第 9 例 左上腹持续性隐痛伴发热、咳嗽 1 个月	32
第 10 例 经肛门手术后,突发下腹疼痛,伴发热	35
第 11 例 无痛性进行性黄疸	37
第 12 例 上腹胀痛 20 日,黄疸 2 周	39
第 13 例 幽门梗阻、消瘦、黄疸 1 周	43
第 14 例 肝移植后乏力、腹胀 10 个月	45
第 15 例 肝移植后胆红素增高 2 周	49
第 16 例 肝移植后丙氨酸氨基移换酶增高 3 年余	51
第 17 例 持续高热伴右上腹隐痛 3 日	54
第 18 例 体检发现肝占位病变	57
第 19 例 门静脉高压症 3 次术后出血	60
第 20 例 背部、上腹部疼痛 1 年	66
第 21 例 间断性头晕、出冷汗 7 年,间歇性昏迷 1 年	69
第 22 例 反复发作性右上腹持续性胀痛 8 年	73
第 23 例 进食油腻食物后大便次数增多 2 年	76
第 24 例 牙龈出血、皮肤瘀斑 13 年,伴跛行 3 年	80
第 25 例 自述“妊娠”7 个月	83

第 26 例	突发性双下肢感觉运动障碍 2 日	85
第 27 例	突发性剧烈腹痛腿痛 16 小时	90
第 28 例	左下肢发凉、麻木、无力 5 小时	95
第 29 例	间断出现昏迷、发现血压升高、失明 3 个月	99
第 30 例	反复恶心、呕吐伴消瘦、乏力	104
第 31 例	心悸、手颤、消瘦伴白细胞减少	108
第 32 例	心悸、消瘦、怕热、多汗伴颈前部肿大	114
第 33 例	腰背疼痛并进行性双下肢麻木、乏力	117
第 34 例	中上腹隐痛、腹泻, 颈前部肿大	121
第 35 例	发现左乳房肿块半年, 迅速增大伴红肿、疼痛半个月 ...	126
第二章 骨科		130
第 36 例	双下肢无力, 伴感觉障碍 3 周	130
第 37 例	先天性左小腿成角畸形	133
第 38 例	发育性髋脱位术后产生习惯性脱位	135
第 39 例	发育性髋脱位复位后股骨头缺如	138
第 40 例	发现脊柱后凸畸形 10 年, 加重伴双下肢走路不稳 1 年 ...	141
第 41 例	背部畸形 1 年半	143
第 42 例	车祸伤致四肢多处畸形、活动受限, 呼吸困难, 昏迷	146
第 43 例	肘部创伤后活动障碍 4 个月	149
第 44 例	肘部外伤后肿痛 1 日	151
第 45 例	左侧肘部畸形、活动障碍 6 个月	152
第 46 例	摔伤手术后肩关节疼痛、活动受限 1 年半	153
第 47 例	右膝不稳 11 个月	155
第 48 例	反复右肩、背、臂疼痛 1 年半, 加重 2 个月	158
第 49 例	右大腿前外侧麻木、伸膝乏力 1 年半	162
第 50 例	腰痛、双下肢麻木乏力、大小便困难	165
第 51 例	右手及其前臂感染坏死	169
第 52 例	腰痛 1 个半月	175
第 53 例	术后肘关节包块, 伴发热	178
第 54 例	低热、盗汗、胸背痛、双下肢无力	186
第 55 例	左膝部疼痛、活动受限 35 年, 加重 3 年	189
第 56 例	左膝反复肿痛 4 年	192
第 57 例	右髌部疼痛、活动受限半年, 伴发热 2 周	195

第 58 例	左上臂肿痛伴活动受限 4 个月	197
第 59 例	右股骨上端纤维异样增殖症术后 2 年,右大腿上 段肿胀、疼痛、行走困难半年	199
第 60 例	右上臂疼痛伴低热 9 个月	201
第三章 神经外科		204
第 61 例	头顶部间断发作性胀痛	204
第 62 例	前交通动脉瘤夹闭术后 14 日,突发呼吸困难、血 压下降	208
第 63 例	突发意识障碍	212
第 64 例	下腹部束带感,伴双下肢麻木 2 年余	216
第 65 例	反复发作右下腹阵发性隐痛伴腰痛、双下肢麻木无力	220
第 66 例	双眼视物模糊伴右眼视物变形	223
第 67 例	发作性头痛、头晕 9 个月,进行性加重伴恶心、呕 吐 3 周	226
第 68 例	左三叉神经感觉根部分切断术后多脑神经损害	229
第 69 例	头痛、头晕、视力下降伴走路不稳	232
第 70 例	头痛、恶心、多饮多尿伴视力下降	236
第 71 例	头痛、呕吐进行性加重伴行走不稳	238
第 72 例	腹痛伴头晕、复视	241
第 73 例	左鼻腔肿物、左面部肿胀、左眼外突 1 年	244
第 74 例	右手掌发现疼痛性肿物 8 年	248
第 75 例	左锁骨上窝发现肿物 3 个月	252
第 76 例	右侧偏头痛伴右眼突出、眼睑下垂 7 个月,右眼 失明 6 个月	255
第 77 例	头围增大伴肢无力	261
第四章 胸心外科		264
第 78 例	咳嗽、发热、呼吸困难	264
第 79 例	低热、咳嗽、双上肺类圆形密度增高影	266
第 80 例	间断发热、咳嗽 1 个半月,加重 4 日	270
第 81 例	食管癌术后气促 1 日	272
第 82 例	人工心脏瓣膜置换术后反复发热	274
第 83 例	劳累后胸闷、气急、心悸 7 年,眼睑下垂、吞咽困 难 4 个月	278

第五章 泌尿外科	284
第 84 例 外伤后伴肉眼血尿	284
第 85 例 无痛性镜下血尿	288
第 86 例 反复右侧腰部疼痛伴血尿半年	291
第 87 例 右侧腰痛 6 个月	294
第 88 例 头昏、乏力、高血压、夜尿增多	296

第一章 普通外科

第1例 顽固性便血4年

临床资料

性别：女性 年龄：66岁

主诉：反复便血4年。

病史：4年前(1998年8月)无明确诱因出现成形黑便,1~2次/日,偶呈柏油样,量小,同时伴头晕、乏力、腹胀,无腹痛、恶心、呕吐、黄疸、发热等,在某医院予以药物止血治疗半个月后出血停止。此后,反复出现黑便或柏油样便,伴乏力、腹胀,黑便持续时间数日至十余日不等,血红蛋白最低可达35 g/L。每次经输血、止血、利尿等治疗,虽伴随症状改善,但“黑便”仍绵延难绝。曾在某医院行B超、CT检查示肝硬化、门脉高压症;肠系造影未见异常;胃镜及结肠镜检查未见活动性出血灶;肠系膜血管造影未见出血灶;胃镜可见轻度食管静脉曲张;ECT检查怀疑“空肠少量出血”。后因症状再次发作转入我院。既往患“慢性支气管炎”30余年,吸烟30余年,10支/日,不饮酒,无肝炎、结核、高血压、冠心病、糖尿病史,无外伤及手术史,无药物过敏史,非疫区生活,无疫水接触史,已绝经,丈夫及子女体健,家族中无遗传病或类似疾病患者。

入院检查：体温36.6℃,脉搏96次/分,呼吸20次/分,血压110/80 mmHg。神清,慢性病容,发育正常,营养中等,全身皮肤、黏膜苍白,无黄疸、发绀,无肝掌、蜘蛛痣,表浅淋巴结无肿大,巩膜无黄染。腹部饱满,腹式呼吸存在,未见胃肠型及蠕动波,可见胸、腹壁静脉曲张,静脉血流方向以脐为中心,向四周放射状流动;全腹无压痛及肌紧张,肝、脾、胆囊未触及,Murphy征(-);肝浊音界正常,移动性浊音(+);肝、肾区无叩痛;肠鸣音4次/分。肛管直肠检查无内外痔及肛裂。

血红蛋白36 g/L,白细胞计数 $4.3 \times 10^9/L$,血小板计数 $123 \times 10^9/L$ 。尿常规正常;黑便,OB(+);肝功能:门冬氨酸氨基移换酶43 U/L,丙氨酸氨基移换酶25 U/L,总蛋白

57 g/L, 白蛋白 28 g/L, 总胆红素(T-BIL) 13.9 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素(D-BIL) 68 $\mu\text{mol/L}$; 肾功能正常; 凝血酶原时间 17.7 s, 活化部分凝血活酶时间 45.4 s; 血电解质正常; HBsAg (+), 抗 HCV (-), 抗 HIV (-), 癌胚抗原 8.3 $\mu\text{g/L}$; 胸 X 线片、心电图正常。B 超: 肝硬化, 门静脉高压症, 腹水, 胆囊结石。CT: 肝硬化, 门静脉高压症, 脾脏肿大, 腹水, 门静脉内血栓, 胆囊结石, 慢性胆囊炎。

入院诊断: 便血原因待查: 门脉高压性胃病? 溃疡病? 肠道血管畸形? 肝硬化, 门静脉高压症。

诊治经过: 入院后几日仍有黑便, 为鉴别出血部位, 置胃管引流 3 日。胃液为清亮或淡黄色, 故考虑出血部位不在胃部, 而可能在更低的位置。经积极输血、止血、对症支持治疗, 出血逐渐停止, 大便颜色逐渐转黄。考虑此患者门静脉高压症客观存在, ECT 检查怀疑有空肠出血, 是否为异位曲张静脉出血或有小肠血管畸形。结合既往病史, 此患者将极有可能再次出血, 经讨论后行剖腹探查术, 术中见肝脏呈小结节样硬化, 胆囊稍大, 其内可触及结石, 门静脉压 3 kPa, 全程检查胃、十二指肠, 空、回肠, 结肠、直肠外观正常, 术中在空、回肠交界处做刺口置入纤维胃镜, 向上探及十二指肠降部, 向下探及回盲部, 见各段小肠黏膜正常, 无出血灶及解剖异常。再从胃体前壁做刺口置入纤维胃镜观察胃及十二指肠, 无溃疡、肿瘤、血管畸形等, 黏膜基本正常, 胃底未见曲张静脉, 故只行胆囊切除及胃冠状静脉结扎术, 术后患者恢复好, 胃液为淡黄色, 亦未排黑便, 按期切口拆线出院, 出院后一度黑便完全消失, 血红蛋白恢复正常, 但到距手术 16 个月时, 再次出现黑便, 出血性质与前次相似, 血红蛋白最低达 37 g/L, 且间断、反复发作 40 余日, 再次来到我院。入院查体除可见贫血貌外, 其他体征同第一次住院。入院后再次行胃镜检查除见轻度食管下段静脉曲张外, 胃、十二指肠未见异常, 无出血灶。纤维结肠镜检查在结肠肝曲以上结肠段内可见大量黑色积血, 但并未明确具体病灶。综合起来考虑, 此患者消化道出血的部位以小肠可能性大。经适当准备后, 再次行剖腹探查, 术中吸出腹水 1 000 ml, 全程胃肠道外观无异常, 再次用纤维胃镜分别在胃前壁、空肠上段及回肠末端做刺口观察, 胃内及小肠内无出血灶, 但在回盲部及升结肠表面可见到大片黑色陈旧血附着, 怀疑出血灶在此区域内, 行右半结肠切除术, 术后病理报告: 结肠壁黏膜充血, 出血黏膜下血管扩张。术后恢复基本顺利, 现在已随访到距第二次手术 29 个月, 未再有便血, 血红蛋白恢复正常。

会诊讨论

本例患者临床特点: ① 老年, 女性, 反复顽固性便血 4 年, 无呕血; ② 有肝硬化、门静脉高压症病史; ③ 贫血貌, 皮肤巩膜无黄染, 无肝掌或蜘蛛痣, 无腹壁静脉曲张, 肝、脾肋下未触及, 移动性浊音(+); ④ HBsAg(+), B 超、CT 检查示肝硬化、门静脉高压症, 胃镜可见轻度食管静脉曲张, 无出血, 肠系膜血管造影(-), 结肠镜检(-)。

普外科 A 医师 患者慢性病程, 病情顽固, 常规检查及特殊检查均难以查明原因。上消

化道出血的常见原因均不能解释目前的症状,是否为下消化道出血或少见原因的上消化道出血。

普外科 B 医师 消化道出血可表现为呕血或便血或两者兼有。上消化道出血的常见原因溃疡病、食管胃底静脉曲张破裂、胃黏膜糜烂、胆道出血及胃肿瘤等在本病例均不存在,结肠镜检查也未发现结肠病变。因此,出血部位可能在小肠。另外,还需注意肠道出血是否为全身性出血的局部表现。患者有肝硬化,肝功能不良、凝血功能较差。

普外科 A 医师 凝血功能改善后,患者仍有出血表现。ECT 检查曾经怀疑过小肠内出血,因此,出血部位在小肠的可能性极大。其原因可能有:门静脉高压症异位静脉曲张出血、血管畸形、小肠毛细血管扩张症、小肠肿瘤等。此患者两个主要特点是老年及门静脉高压症,因此,应重点考虑异位静脉曲张破裂出血及小肠肿瘤出血。

消化科医师 出血部位可能在小肠,吞线试验可以帮助确定出血部位。

普外科 C 医师 同意以上的诊断分析。此病例病情确实复杂,而主要难点是出血原因及部位的确定。结合患者病史、临床表现及各种检查来看,出血部位在下消化道这一点是肯定的,必要时可行剖腹探查,术中应用纤维胃镜或结肠镜行肠腔内探查,以确定原因。患者反复多次出血,正是手术指征,手术方式视探查结果而定,可行病变肠段切除或其他相应术式。需要指出的是,患者有一基础病理生理状态——肝硬化、门静脉高压症,其出血原因可能还与此有关,因为门静脉高压症除常见上消化道出血外,还可以引起全消化道的病理生理及解剖改变。

最后诊断

下消化道出血;门静脉高压性肠病。

专家点评

消化道出血历来就是内、外科疾病诊治的难点之一,其原因一是因为消化道迂曲绵长,涉及器官多,上至口腔,下至肛管,并涉及肝脏、胆道等。二是因为导致消化道出血的疾病繁多,达数十种之多。这些都为临床诊治(特别是诊断)造成了很大困难,除了几种常见疾病外,一些少见、罕见疾病的诊断有时十分困难。一般来讲,上消化道出血以呕血多见,但往往同时合并有便血;而下消化道出血一般表现为便血,但出血量大时也可表现出呕血。便鲜血者,80%的病灶在回盲瓣以下,而便陈旧血者,病灶往往在回盲瓣以上。本病例的特点为在门静脉高压症基础上间断发作的顽固性黑便,前后病程达4年,但各种特殊检查难以觅到蛛丝马迹,甚至在手术当中稍有遗漏便难以诊断。此患者在第二次手术中,用纤维胃镜反复探查胃肠道,方得以在盲肠及升结肠段探到可疑出血灶,行右半结肠切除术,现便血完全得以控制,最后诊断为门静脉高压症性肠病。门静脉高压症时不仅常伴有门静脉高压性胃病,消化道的其他部位亦可存在与门静脉高压相关的黏膜形态和病理生理变化,文献中的诊断名

称有门静脉高压性肠病、门静脉高压性十二指肠肠病、充血性空肠病、门静脉高压性结肠病、门静脉高压性血管病、充血性肠病等。目前大多数学者支持“门静脉高压性肠病”这一名词。此病症的内镜表现特征为肠黏膜血管扩张、蜘蛛痣和静脉曲张,其他表现有黏膜弥漫性充血水肿、斑片状充血,黏膜脆性增加,黏膜下自发性出血、糜烂等。其主要临床表现为反复发作的消化道出血。一组资料显示在 46 例经肠镜检查证实为门静脉高压性肠病的患者中,有 8 例发生了下消化道出血(便血)。门静脉高压性肠病的发病机制和门静脉高压性胃病相似,即主要为门静脉高压症时胃肠道血管充血和扩张。有一组动物实验观察到门静脉高压症时,大鼠结肠黏膜下小血管内皮细胞和神经纤维的一氧化氮合酶染色强度明显高于正常对照组,结肠黏膜一氧化氮合酶 mRNA 表达量较正常对照显著增加,由于一氧化氮具有血管扩张特性,可能参与了门静脉高压性肠病血管扩张和充血的病理生理过程,并与肠功能异常有一定关系。门静脉高压性肠病患者虽然可能无症状,或仅表现为肠运动功能紊乱和消化吸收不良,但却是肝硬化患者急、慢性下消化道出血的潜在原因之一,其治疗方式可选择门腔分流术,病变肠段切除术, β -受体阻滞剂可能对肠壁病变有改善,但目前有关的系统报道极少。此患者最主要的诊治经验是:① 消化道出血病情复杂,诊断困难,思路要广;② 对于肝硬化、门静脉高压症患者出现消化道出血时,除了上消化道外,全消化道都要加以考虑。

(冷希圣)

第 2 例 胃癌手术后,胃管引流出血液、肠道排黑粪

临床资料

性别:男性 年龄:72岁

主诉:上腹持续性钝痛 2 个月、体重下降 5 kg。

病史:患者于 2 个月前无明显诱因出现上腹持续性钝痛,无呕血及黑便。2 个月体重下降近 5 kg。在当地医院行胃镜检查发现“胃癌”。为进一步诊治,于 2002 年 3 月 5 日收入本院。

患者原有“高血压”病史 2 年。

入院检查:体温 36.7℃,脉搏 64 次/分,呼吸 19 次/分,血压 170/80 mmHg,营养中等,全身浅表淋巴结未触及肿大,心肺(一),腹部平坦,未见胃肠型及蠕动波。全腹软,上腹部有轻压痛,全腹未触及肿块,移动性浊音(一),肠鸣音 5 次/分。直肠指检未见异常。

血常规、肝功能正常。外院胃镜及活检诊断为胃体癌。

入院诊断:胃体癌;高血压病。

诊治经过:入院后6日重新作了胃镜检查,结果如下:胃体距贲门下5 cm 局部见黏膜周边隆起,不规则,中央有一约0.4 cm×0.3 cm 溃疡,表面有白苔(取活检)。胃角处偏前壁见局部隆起,质地较软(取活检)。病理诊断:(胃体)见高-中等分化腺癌浸润;(胃角)黏膜慢性炎,腺体中度不典型增生。

胃体癌诊断明确。完善各项术前检查,未发现远处转移及手术禁忌证。积极术前准备,给予口服降压药将血压控制在150/75 mmHg 以下,于3月14日在全麻下作全胃切除、D4 淋巴结清扫术、Roux-en-Y 食管空肠吻合重建消化道连续性。

手术经过

3月14日在全麻下作全胃切除、D4 淋巴结清扫术、Roux-en-Y 食管空肠吻合重建消化道连续性。Roux-en-Y 重建具体操作如下:空肠于十二指肠悬肌下25 cm 处切断,远断端用缝线器封闭,并加一层浆肌层间断缝合。上提空肠远断端,拟与食管近断端作端侧吻合。食管近断端置入管状吻合器的抵钉座。在远断端离封闭口约30 cm 处对系膜边切开空肠,吻合器器身经此口向上推进与食管作端侧吻合。空肠近断端预置管型吻合器的抵钉座,沿上述空肠切口向下作空肠端侧吻合术。此吻合口击发后,吻合器退出困难,经检查发现是由于吻合器抵钉座未装入塑料圈所致。最后确定无法退出吻合器后,于空肠端侧吻合口上方近端空肠纵行切开空肠,由此取出抵钉座,退出吻合器。检查空肠端侧吻合口,发现前壁吻合裂开约1 cm,遂用徒手缝合修补数针,并于此吻合口加强缝合数针。最后缝合空肠切口。检查腹腔无明显出血后关腹。当日患者入ICU 监护。

会诊讨论

普外科 A 医师 术后次日7点,患者心率偏快,最快118次/分。9点30分鼻胃管引出血性胃内容物550 ml,并排柏油样便200 ml,血红蛋白从手术后当日的121 g/L 下降至99 g/L。血压尚平稳。中心静脉压1.18~1.37 kPa。至下午4时共排暗红色柏油样便5次。期间行输血、止血药、施他宁、去甲肾上腺素加生理盐水灌胃、冷沉淀等处理。下午5时20分呕少量血性胃内容,至6时10分胃管引出血性胃内容物800 ml,血红蛋白进一步下降至80 g/L。考虑为胃癌根治术后早期大出血。

普外科 B 医师 同意 A 医师的诊断,经积极输血等保守治疗无效,在严密观察下,患者有持续性出血征象。当晚9时20分在气管内麻下经原切口入路再手术,开腹后腹腔无积血,空肠稍膨胀,壁增厚,空肠大量血液积存,5个吻合及闭合处无渗漏,于空肠 Roux-en-Y 长臂离食管空肠吻合口30 cm 处切一小孔,经此孔向远端空肠插入胶管1条,用3把肠钳分别阻断肠管空肠端侧吻合口周围肠管。用生理盐水经胶管冲洗该阻断范围肠腔,冲洗200 ml 生理盐水后回抽液变清,不再有血性回抽液,初步排除 Roux-en-Y 空肠吻合口

及其周围的出血。松开上述肠钳,将胶管往食管空肠吻合口方向插入,用一把肠钳在吻合口和空肠盲端间断阻断空肠,反复冲洗,不断有鲜血流出,判定是食管空肠吻合口出血。遂在食管空肠吻合口空肠边平行肠管切开空肠前壁,显露食管空肠吻合口,发现吻合口后壁偏左处出血明显,缝合3针止血。后发现空肠切开处与吻合口之间空肠壁缺血,遂决定切除食管空肠吻合口及其邻近肠祥和食管,重新作食管空肠吻合。封闭空肠断端,经空肠切口用管状端吻合器与食管再次吻合,吻合后检查无出血,关闭戳口。术后诊断:全胃切除术后食管空肠吻合口出血。

普外科 C 医师 第二次术后次日(3月16日)生命体征平稳,无呕血及解黑便。此后康复顺利,术后3日(3月19日)经空肠造瘘管开始给肠内营养液维持。术后第八~十二日间有腹泻,给洛哌丁胺口服后止泻。4月3日(术后19日)停止肠内营养进食半流质后腹痛、腹胀,后出现吞咽困难,4月10日(术后25日)行吞钡X线检查,食管空肠吻合口直径狭窄,口径约0.5 cm,钡剂通过缓慢,吻合口上方食管扩张。4月22日(术后37日)胃镜检查吻合口直径约0.3 cm,用橄榄状扩张器从F21号扩至39号,可顺利通过胃镜。4月29日再次行吻合口扩张术,进食半流质顺利出院。密切随访。于2002年6月3日和6月11日行吻合口扩张术,梗阻症状消失,现健在,营养状况尚可。

病理科医师 患者的病理报告为胃中分化腺癌,浸润胃壁全层;第三组淋巴结、第五组淋巴结见转移性腺癌。送检的第二、四、六、七、八、九、十二、十四、十六组淋巴结未见转移。

最后诊断

胃癌(ⅢA期, $T_3N_1M_0$);高血压病。

专家点评

我院最近10年用管状端端吻合器作胃肠吻合超过1000例次,本例是第一例使用吻合器后吻合口出血。吻合后没有仔细检查吻合口是否有出血是一种失误,如首次手术吻合后核对血压,仔细检查吻合口,采用缝扎止血的补救措施,此种并发症应可避免。

本例由于首次手术作食管空肠 Roux - en - Y 吻合时,胶圈未置入吻合器抵钉座,造成空肠端侧吻合未能切断肠壁组织。在此吻合口上方切开空肠取出抵钉座,并对此吻合口作了手工缝合,造成首次手术形成的吻合口及闭合口共6处,术后消化道大出血,怀疑出血部位在空肠端侧吻合口处。这是由于此处吻合不顺利误导的结果。

分段钳夹封闭灌洗法是术中判断出血部位的一种实用方法。对持续出血病例能比较准确判断出血部位。这种方法简便易行,不失为判断出血部位的好方法,有时可取代术中内镜。

此例再次手术时改用美外吻合器作食管空肠再次吻合,术后发生吻合口狭窄,经先后多

次胃镜扩张吻合口治愈。此患者先后因吻合器行食管空肠吻合发生大出血和狭窄两种并发症实属少见。

(詹文华)

第3例 右臀反复发生脓肿4个月,右下腹包块半个月

临床资料

性别:女性 年龄:32岁

主诉:反复右臀脓肿4个月余,发现右下腹包块半个月。

病史:患者4个月余前始无明显诱因出现右臀红肿疼痛,发热 38°C ,于当地医院切开排脓,术后热退,但右臀脓腔迁延不愈,无排粪样物。半个月前自己扪及右下腹一鸡蛋大包块,质硬,无压痛,增大较迅速,不伴发热,当地医院拟“右髂窝脓肿”于右下腹切开引流术,术中见肿块与升结肠关系密切,穿刺无明显脓液,局部切除取组织活检后关闭切口。活检结果为:慢性炎症组织。患者近4个月无再次发热,无腰痛、腹痛,无腹胀、腹泻,无血便、血尿,无排便习惯改变,无关节肿痛,食欲尚可,体重无下降。既往史无特殊。

入院检查:体温 36.6°C ,脉搏76次/分,呼吸18次/分,血压120/80 mmHg,营养中等,巩膜无黄染,各浅表淋巴结未扪及肿大。心肺(一)。右下腹可见斜形8 cm手术瘢痕,愈合良好。全腹软,无压痛,右下腹深部手术瘢痕下可触及长椭圆形包块,大小约 $7\text{ cm}\times 5\text{ cm}$,质中偏硬,表面平滑,边界不清,无压痛,不活动。直肠指检:直肠下段空虚,未及异常包块,指套无染血。右臀外上象限有一手术瘢痕6 cm,中间为瘘口,约 $3\text{ cm}\times 1\text{ cm}$,瘘管皮下潜行至髂嵴,周围组织无红、肿,皮温不高,无压痛,瘘口内有肉芽水肿,少量清亮分泌物,非脓性,非粪样,无干酪样物。脊柱无畸形,各棘突无压痛,四肢各关节无肿胀、畸形、压痛,活动自如。

外院右下腹包块活检:慢性炎性组织。腰椎、骨盆X线片:未见异常。血常规:白细胞计数 $4.31\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞52%,红细胞计数 $3.66\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白101 g/L。肝功能及血生化正常。粪便和尿常规未见异常。癌胚抗原0.50 mg/L;血沉18 mm/h。免疫五项: IgG 12 g/L, IgA 1.42 g/L, IgM 0.93 g/L, C_3 1.03 g/L, C_4 0.21 g/L。

入院诊断:右下腹包块并右臀瘘管性质待查:①升结肠克罗恩病?②升结肠结核?③升结肠癌?

诊治经过:入院后完善相关检查,结果如下:胸部X线照片:心肺膈未见异常;右臀瘘管造影:右臀脓腔,前上方有瘘管2 cm,不通腹腔;中下腹CT:升结肠区及右臀部病变,考