

 临床思维指南



外科疾病

误诊误治与防范

虽然对一些复杂疾病完全避免误诊误治是不可能的，但是我们倡导积极地讨论误诊误治问题，勇于吸取教训，这是提高诊疗水平的阶梯，也是对病人负责的表现。本丛书为临床医生减少失误提供了宽广的思路。

● 李荣 主编

Waike Jibing Wuzhen Wuzhi Yu Fangfan

 科学技术文献出版社

临床思维指南

外科疾病

误诊误治与防范

主 编	李 荣				
副主编	梁发启	陈 凜	胡小东	李玉坤	
	晋援朝				
编 委	郭 伟	唐 云	罗成华	李沛雨	
	郑 伟	田 文	刘小平	孔庆龙	
	夏绍友	徐文通	李席如	尹 太	

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

外科疾病误诊误治与防范/李荣主编.-北京:科学技术文献出版社,
2004.2

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-4473-X

I. 外… II. 李… III. ①外科-疾病-误诊 ②外科-疾病-治疗失误
IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 124751 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话 (010)68515381,(010)58882952

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 薛士滨

责 任 编 辑 陈 红

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王芳妮

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京金鼎彩色印刷有限公司

版 (印) 次 2004 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×960 16 开

字 数 273 千

印 张 15.75

印 数 1~5000 册

定 价 24.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书是临床思维指南丛书中的一个分册,是目前我国第一部全面系统地介绍外科疾病误诊误治及防范规律的现代专著,由解放军总医院富有数十年临床经验的外科专家撰写,具有权威性、系统性和实用性。书中详细分析了外科典型误诊误治案例,讨论了相应的诊断与鉴别诊断思路,对提高临床医护人员的思维水平,具有一定的参考价值,适合广大外科临床工作者及医护院校师生阅读。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

前 言

近年来,随着科学技术水平的突飞猛进,医疗科学技术相应发展很快,外科的范畴逐渐扩大,参与外科医疗实践的医务人员大量增加,对外科专业基础和专业理论的深度和广度的要求也不断提高。但在医疗实践活动中,由于边缘人员的增多,业务技术水平、临床工作经验以及思维判断能力等方面的差异,在疾病诊治过程中发生差错、失误和缺陷者时有发生,尤其是新的医患关系和诊疗观念发生变化后,临床医疗纠纷逐渐增多,不仅给病人造成痛苦和损失,引发不良的社会影响,也给医疗单位及从医个体带来很多烦恼和不幸,耗费很多精力,特别对普通外科来说,常见病多发病多,从业人员多,发生医疗诊治疏漏和纠纷者众多。因此,对身处医疗一线的初中级临床医生和广大基层医务人员来说,帮助他们开阔思路,总结经验,吸取教训,提供前车之鉴,是我们编写此书的主要目的。

本书以作者所亲历和亲见的院内外病例为基础,结合解剖、生理及病理生理学基础理论和最新进展,对发生误诊误治的各个病例进行了综合分析,提出了防范要点。在讨论中注重诊治的思维过程,由浅入深,由表及里,以达去伪存真。内容上力求精要、翔实,详尽剖析。观点上注重理论与实践相结合,突出务实性、操作性,使普通外科医生在临床工作中有所参考和遵循。

由于作者的学识经验有限,书中谬误实难避免,欢迎各方同道批评指正。

编者

目 录

第 1 章 急腹症	(1)
第 2 章 腹部创伤	(24)
第 3 章 上消化道大出血	(49)
第 4 章 下消化道出血	(62)
第 5 章 腹壁疝	(73)
第 6 章 胃十二指肠疾病	(93)
第 7 章 结肠直肠疾病	(133)
第 8 章 阑尾炎	(155)
第 9 章 脾脏疾病	(169)
第 10 章 原发性腹膜后肿瘤	(180)
第 11 章 血管外科疾病	(186)
第 12 章 甲状腺疾病	(201)
第 13 章 乳腺疾病	(225)

急腹症

第一节 概 述

急腹症是消化系统及腹内脏器疾病中最常见的症状,是以急性腹痛为主要特征,并伴有胃肠功能紊乱或急性全身症状等一系列表现的一种普通外科临床的常见病、多发病,具有起病急、发展快、病情重、变化多和病因复杂等特点,如不及时作出正确诊断并进行必要的手术治疗,常会带来灾害性后果,甚至危及生命。它涉及到内、外、妇、儿等多科,包括腹部消化、泌尿、生殖等三个系统器官的炎症、梗阻、出血、损伤、循环障碍、感染中毒等各个方面,甚至腹腔脏器以外的疾病,亦可引起类似急腹症病变的表现。约有 1/3 的患者并不典型,在急诊条件下,许多化验、辅助检查尚未进行,临床资料不全,要想立即作出正确的诊断和鉴别诊断,有时确实十分棘手。这就要求我们外科医生对各种急腹症要有充分的了解,掌握其特点、病情变化规律,仔细采集病史,全面进行体格检查及施以必要的辅助检查,并将众多资料按解剖及病理生理特点进行分析归纳,以期做到及时诊治。现结合作者亲身经历和体会,对急腹症的某些方面谈谈自己的经验教训。

一、急腹症的病因

急腹症的病因繁杂,常涉及内、外、妇、儿等科别,但亦可简单分为腹腔脏器疾病和腹外脏器疾病两大类,每一类又分为器质性改变和功能失调两种情况。功能性失调包括痉挛、麻痹、神经机能紊乱和器官功能暂时性失常、体液失衡等;病程较久的功能障碍最终可发展成为器质性病变。器质性病变包括组织脏器的炎症、损伤、破裂、穿孔、出血、梗阻、套叠、扭转、疝入嵌顿、绞窄、坏死或代谢异常、结石等,常需外科处理。

腹腔脏器病变引起的急腹症常见的有:①腹腔脏器的急性炎症;②胃肠急性穿孔;③腹腔脏器梗阻或扭转;④腹腔脏器破裂出血;⑤腹腔脏器血管病变;⑥腹腔脏器其他疾病,如急性胃扩张、痉挛等。而腹腔以外脏器或全身性疾病引起的急腹症常见的有:①胸部疾病,如肺炎、胸膜炎;②风湿性疾病;③中毒性及代谢疾病;④急性溶血;⑤腹型癫痫;⑥神经官能症。

急腹症的常见病因

疾病分类	常见病因
腹腔脏器疾病	
1. 腹腔脏器急性炎症	急性胃炎、急性胃肠炎、急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、急性腹膜炎、急性出血性坏死性肠炎、急性局限性肠炎、回肠憩室炎、急性肠系膜淋巴结炎、急性肝炎、结核性腹膜炎、急性细菌性痢疾、急性阿米巴痢疾、肝脓肿、急性食物中毒、急性附件炎、急性盆腔炎、急性肾盂肾炎
2. 腹腔脏器急性穿孔	胃或十二指肠穿孔、急性肠穿孔
3. 腹腔脏器阻塞或扭转	急性胃扭转、胃黏膜脱垂症、急性肠梗阻、胆道蛔虫病、胆石症、肾与输尿管结石绞痛、大网膜扭转、急性脾扭转、卵巢囊肿蒂扭转、妊娠子宫扭转
4. 腹腔脏器破裂出血	肝破裂、脾破裂、肾破裂、异位妊娠破裂、卵巢囊肿破裂
5. 腹腔脏器血管病变	肠系膜动脉急性阻塞、肠系膜动脉粥样硬化、肠系膜静脉血栓形成、急性门静脉血栓形成及肝静脉血栓形成、脾梗塞、肾梗塞、腹主动脉瘤、夹层主动脉瘤
6. 腹腔脏器其他疾病	急性胃扩张、胃(肠)痉挛、痛经

续表

疾病分类	常见病因
腹外脏器疾病	
1. 胸廓与肺部疾病	肋间神经痛、肋软骨炎、(膈)胸膜炎、食道炎、肺炎、气胸、肺脓肿、肺癌
2. 心脏疾病	急性心肌梗塞、心绞痛、急性心包炎、急性右心衰竭
3. 全身性感染疾病	腹型流感、腹型疟疾、败血症、急性播散性肺结核
4. 全身性非感染性疾病	糖尿病、尿毒症、血卟啉病、急性风湿热、过敏性紫癜、荨麻疹、腹型癫痫、腹型偏头痛、脊髓痨危象、结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮、铅中毒、铊中毒、神经官能症性腹痛

二、病史资料的采集

充分深入地收集病史资料,并对这些资料进行全面、仔细、确切的分析,但又要抓住重点,是正确诊断急腹症的一个重要前提,具体应做到以下几点。

(一)患者的一般情况

如年龄、性别、住地等,它们往往可以提供一些发病的线索,为诊断提供必要的范围。因为不同的年龄组有不同的多发病,而且有些疾病只发生在特定的年龄组;注意病人的性别,也有助于某些急腹症的诊断;了解患者的住地,对诊断一些当地多发病、常见病提供了十分有利的线索。

(二)仔细询问既往病史

既往病史的了解,对于急腹症的诊断与治疗,可以提供重要的根据。应着重于了解过去有无类似发作,发作频率及规律,以往的患病、手术史、月经生育史、外伤史以及长期接触某种有害物质的职业史等。

(三)详询起病情况

起病的缓急,有否诱因,与劳动饮食等的关系,对急腹症的诊断和鉴别诊断有很大的帮助。起病急剧并迅速恶化者,多见于实质性脏器破裂,空腹脏器穿孔或急性梗阻,急性出血坏死胰腺炎等。疼痛开始较轻但进行性加重者常为腹腔器官炎

症性疾病。腹部外伤后的腹痛,可能是内脏器官破裂引起的腹腔及腹膜后出血所致。

(四)对常见症状及伴随症状的了解和分析

急性腹痛是急腹症最常见的症状,也是最重要的诊断依据,通过对腹痛性质的了解,一般就可明确疾病的性质。因此主要应了解腹痛发作的情况,主观感受,腹痛的部位,腹痛的程度,腹痛的放射,腹痛的范围,以及是否伴随有恶心呕吐,发热、大小便异常,黄疸,休克,腹部肿块等症状。

(五)体格检查

对于急腹症病人,进行全面迅速系统的体格检查是取得正确诊断的重要步骤,无论是阳性体征或阴性体征都同样具有诊断意义。首先要了解病人的一般情况,然后再重点检查腹部体征。全身一般情况的检查,应注意病人神志、面容、营养状况、姿势、皮肤、巩膜、心肺状况、生命体征及尿量等情况。进行腹部检查时,应注意以下几点:①充分显露腹部,上界包括两乳部,下界到腹股沟部,两侧达腋后线,这样可充分暴露下胸部,整个腹部,腹股沟部,会阴部,不致遗漏胸腔,腹股沟,阴囊等所引起的急腹症的诊断。②正确标准的腹部检查体位,同时还要根据不同的检查目的,可采用侧卧、俯卧、立位,坐位,截石位、胸膝位等。③完整的腹部检查基本程序:要按望、触、叩、听的顺序进行,直肠指诊断不可缺少,女性病人需要时应做盆腔检查。④腹部检查时要联系解剖结构,大多数急腹症病人的腹部病理征象与病变脏器的解剖部位相符合。

三、急腹症的辅助性检查

急腹症时选择辅助检查的项目,应依据病人的具体情况,有目的地选择,不能盲目扩大检查项目,以免给病人造成痛苦,增加费用,同时又无益于诊断,还会延误对病人的诊断和治疗。

(一)血液检查

红细胞与白细胞及分类计数,对于出血性及炎症性急腹症的诊断有一定意义,对于病情尚未稳定的患者,应反复检测,有助于了解出血或炎症的变化。血色素的测定也往往能观察贫血和出血的情况。血小板计数可以评估脾功或造血系统的状

况,凝血试验对评定肝功能异常、休克或 DIC 所致的凝血功能障碍有一定意义,血液生化、电解质、酸碱平衡的测定,则是围手术期处理的依据。

(二) 尿液检查

测定尿液中的有形成分(如红细胞、白细胞、脓细胞和管型)和无形成分(如蛋白质、酮体、糖、淀粉酶)以及比重、酸碱度,对急腹症的诊断和鉴别诊断,以及判断肾功能状态和手术麻醉选择,均有意义。梗阻性黄疸时,尿三胆的检查对诊断有一定帮助。尿淀粉酶的测定,对胰腺炎的诊断有一定帮助。妊娠试验对某些妇科疾病的诊断必不可少。

(三) 大便检查

上消化道出血时可有潜血阳性或黑便,肠套叠时可见黏液血便,肠道炎症时可有脓血便,镜检时可见红白细胞增多。大便镜检还可发现寄生虫卵或各种细菌菌落或真菌菌丝等。

(四) X 线检查

X 线检查在急腹症的诊断和鉴别诊断中是一项十分重要的辅助检查方法,包括透视、平片和造影检查。检查前应了解病情,有的放矢,严防病情突变。

(五) 超声波检查

B 超检查可发现胆道系统的结石、炎症是否扩张,肝脾胰各种病变,同时还能发现有无腹水、肿块,鉴别肿块的性质,腹腔有无游离气体等。急腹症的 B 超检查是最常用的无创性检查之一,具有很高的诊断价值,但与操作者的经验密切相关。

(六) 内镜检查

对消化系统病变的诊疗具有十分重要的价值,特别是对消化道出血部位的诊断及治疗有着特殊的意义。

(七) 诊断性腹腔穿刺术

诊断性腹穿是急腹症尤其是肠道外科疾病的一项重要诊断手段。由于操作简单,比较安全,阳性率就达 90% 以上,有较大的实用价值,临床上十分常用。但外科医生在掌握好腹穿的适应证、禁忌证和操作步骤的同时,还要对穿刺结果进行正

确分析。

四、急腹症的诊断程序

急腹症的诊治是否正确与及时关系到病人的生命安危。为尽早明确诊断,应在完成病史采集、体格检查和必要的辅助检查之后,对所得资料进行综合分析,作出正确的病因诊断。

诊断方法与步骤

1. 诊断资料的收集

急腹症患者的所有诊断资料,都必须在有限的时间内完成。危急病例,在诊断资料收集的同时,还需进行必要的应急治疗。

(1)病史采集 做到简洁迅速,真实全面。应着重了解发病时的情况,腹痛的性质,腹痛的程度、腹痛的部位,腹痛的转移和放射,腹痛同时伴随的症状,还应注意既往史、手术史、外伤史及一些特殊疾病史和家族史。

(2)体格检查 要善于“查颜观色”,患者的表情、容貌、姿态、体位、步态等,都可为诊断和反应病情的严重程度起到初步的判断作用。体温、脉搏、呼吸和血压必须常规测量,以提示重要生命器官的功能情况及患者的感染中毒状态。腹部检查无疑作为重点,视、触、叩、听各有其特殊价值,缺一不可,肛内或阴道指检有时是必需的,最好是常规检查。

(3)实验室辅助检查 除血尿便常规检查作为例行检查项目外,其他辅助检查如生化、X线、超声、心电图、内镜等特殊项目,应根据必要和可能选择性进行。要善于解释各种检查结果。

(4)诊断性腹穿 腹腔穿刺并根据抽出液体性质、镜下观察,淀粉酶测定,细菌涂片检查,是一种简单而有价值的诊断方法。

2. 外科急腹症诊断的建立

外科急腹症的诊断是在临床资料收集的基础上,通过综合分析和诊断范围逐步缩小的方法最后明确的。

(1)在接触急腹症病人后的第一个问题,应尽快鉴别是外科急腹症,还是内科疾病引起的急性腹痛,因为第二种情况禁止手术治疗,而外科急腹症绝大多数必须

尽早及时手术才能痊愈。

(2)其次,急性腹膜炎是在排除非外科急腹症之后确立的。

(3)弄清原发病变的性质是诊断的第三步。

(4)对尚难明确或有待鉴别的病例,如情况允许,可行动态观察,同时进一步收集诊断资料,并在观察期间给予适当治疗。

(5)排除其他病因的鉴别诊断。

(6)最后及时正确地处理。

第二节 误诊为急性腹膜炎的罕见病 ——特发性收缩性肠系膜炎

【前言】 特发性收缩性肠系膜炎是一种罕见的特发性、非肿瘤性、瘤病样肠系膜炎性疾病,以肠系膜增厚、缩短、脂肪组织非特异性炎症和坏死为主要病变,有时可形成炎性假瘤。其病因、病原体和自然病程均不清楚。国外文献多为个案报道,而国内尚未见文献报道,因其少见且症状表现复杂多样,无特异表现或特殊指标,临床上常误诊为其他疾病,有时病理亦可因缺乏经验而不能确诊导致延误治疗或误诊为其他疾病。

病例 患者男性,20岁,安徽农民,未婚,主因腹部持续性剧痛伴发热1天入院。1996年8月6日晚7时无明显诱因出现左中腹部持续性疼痛,性质为剧痛,伴发热,疼痛无放射,弯腰时可稍缓解疼痛,有恶心症状,但未呕吐,自行口服“消炎药和止痛药”,无缓解,于1996年8月7日晚8时来我院急诊科就诊,查体:体温 38.6°C ,脉搏96次/分,呼吸21次/分,血压95/60 mmHg,痛苦面容,神清,皮肤巩膜无黄染,心肺无异常,腹平坦,未见胃肠型及蠕动波,左中腹压痛,反跳痛,腹肌紧张,未及肿块,移动性浊音阳性,肠鸣音弱,直肠指检无异常。血常规 Hb 118g/L, WBC(白细胞计数) $17.3 \times 10^9/\text{L}$,中性80%,尿常规、血生化常规正常范围,淀粉酶正常,腹部穿刺,抽出淡黄色混浊液体,内有絮状物。腹穿涂片检查:红细胞25~30个/高倍视野,白细胞20~25个/高倍视野,细菌培养结果阴性。腹腔B超检查:腹腔中量积液,未见游离气体,肝胆胰无异常,未探及肿块,小肠无扩张。急诊科以“急性腹膜炎,消化道穿孔可能性大”收入院准备急诊手术治疗。

急诊剖腹探查发现,腹腔淡黄色混浊液体约1500 mL,有絮状物,肝胆胰脾无异常,近端空肠明显扩张,空肠系膜根部见肿块约 $7\text{ cm} \times 8\text{ cm} \times 7\text{ cm}$,质硬,表面不光滑,覆盖有大网膜和脓苔样物质,部分肿块及大网膜呈紫黑色,与距屈氏韧带

约 170 cm 处空肠粘连无法分离,粘连近端空肠明显扩张,横结肠中段亦与肿块粘连,肿块周围小肠系膜挛缩,小肠系膜有淋巴结肿大,且呈融合趋势。怀疑为小肠系膜淋巴瘤,决定行肿块及部分空肠切除,空肠端端吻合术。术后给予抗感染及营养支持,恢复顺利,如期拆线出院。术后病理结果:小肠系膜特发性肠系膜炎,病变处见淋巴细胞、浆细胞为主的慢性炎性细胞浸润,脂肪坏死及泡沫、多核巨细胞反应以及广泛的纤维母细胞、胶原纤维增生,其中一处见多房性小脓肿形成,肠系膜淋巴反应性增生改变,病变累及小肠外肌层形成瘤样肿块,局部小肠不完全机械性梗阻,黏膜下层高度水肿,淋巴管扩张,浆膜层充血及纤维素性炎症。术后随诊 3 年,未见复发,健在。

【教训及防范措施】 本病为罕见病,国内未见文献报道,缺乏对本病的认识,极易误诊。但从本例病人来看,有几点值得吸取经验教训:①查体要仔细,全面而应重点突出,前面已经讲过,对于急腹症的病人的查体是十分重要的,不仅要全面系统查体,而且还要重点突出,腹部体征即是我们查体的重点。如果查体时认真一些,本例病人就不难发现左中腹部的肿块,即使病人压痛、反跳痛明显,腹肌紧张,但只要病人配合,腹部 7 cm×8 cm×7 cm 大小的肿块还是很容易触及的,而且病人并不肥胖。②腹部 B 超检查误导:B 超检查发现腹腔内有大量积液外,无其他阳性发现,且穿刺抽出淡黄色混浊液体,故使人怀疑为消化道穿孔。③排除消化道穿孔的方法很简便,腹穿内容物涂片找细菌种类及食物残渣,即可明确诊断。

【讨论】 特发性收缩性肠系膜炎是一种罕见的非特异性肠系膜炎症性疾病。1955 年 Crane 等首次报道了此病。长期以来,本病有很多命名,包括:硬化性肠系膜炎、缩窄性肠系膜炎、肠系膜脂膜炎、肠系膜硬化性脂性肉芽肿、肠系膜黄色肉芽肿、脂质硬化性肠系膜炎、肠系膜脂性营养不良、肠系膜 Weber—Christan 病等,目前较多作者用“特发性收缩性肠系膜炎”命名。

特发性收缩性肠系膜炎的病因及病原体目前并不清楚,在所有的手术切除标本中均找不到致病菌,有人推测本病为自家免疫性疾病,但亦有学者认为,与自身免疫、感染、手术和创伤有关。病变部位主要发生在小肠系膜根部,其他部位少见,主要表现为小肠系膜根部的单发、多发或弥漫性脂性组织的非特异炎性坏死病灶,亦可累及大肠和网膜,如同本例病人。主要病理改变为肠系膜脂肪组织变性、坏死,炎症和纤维化。镜下见肠系膜脂肪组织存在不同程度的坏死、液化、巨噬细胞吞噬脂质形成泡沫细胞及淋巴细胞浸润,可有少量浆细胞和嗜酸性细胞;纤维化表现为成纤维细胞和胶原纤维增生。病变可扩展到肠管边缘,使肠管固定、粘连、狭窄或梗阻。

本病多见于中老年人,男性多于女性,50~69岁年龄组发病率最高,儿童偶见报道,病程可数天至10余年,其症状包括:不同程度的腹痛,从轻度疼痛到急性腹膜炎样剧痛,低中度发热,体重降低,贫血,恶心呕吐,腹泻和肠梗阻表现。体征主要为腹部压痛,触及深在、固定、边界不清之腹部包块。最常见的临床表现为腹痛,腹部包块和肠梗阻。实验室化验无特异性,影像学检查能发现肠系膜占位。本病临床极少能术前诊断。常误诊为肠系膜炎性疾病、结核或恶性肿瘤。剖腹探查和活检是确诊的惟一方法。

本病在表现为腹膜炎或肠梗阻时需要外科手术治疗,遇有肠系膜明显病变且较小时可切除,术中冰冻病理检查;如病变广泛,术中冰冻明确诊断后,肠系膜病变可不切除或仅清除坏死组织,而以处理肠梗阻等并发症为主,手术宜小,诊断明确者可用类固醇激素和免疫抑制剂治疗。文献报道本病预后较好,有人认为是一种自限性疾病,不易复发。

第三节 第三型腹膜炎的误诊

【前言】 病人经过腹部胃肠肿瘤手术和化疗后,身体的免疫力低下,各种黏膜屏障功能下降,导致细菌移位或菌群失调,使腹腔内感染不能局限而发展成为持续性的弥漫性腹膜炎,即是第三型腹膜炎。由于感染毫无局限的倾向,病情并不因积极的外科手术处理而好转,却经常相继出现序贯性多器官功能障碍或衰竭,而最终死亡。临床过程提示,由于病人是处于免疫力全面受抑制下继发的弥漫性感染,因此采用一般的治疗方法是不可能让病情逆转的。因此,对于第三型腹膜炎应做到早期诊断,早期治疗,方可发生逆转病情的可能,阻止发生序贯性多器官功能衰竭。

病例 患者男性,46岁,某医院内科医师,1996年5月诊断为直肠癌,在全麻下行直肠癌腹会阴根治术,术中给予氟脲嘧啶750 mg化疗,放疗3 000拉德,癌肿距齿状线3 cm,为溃疡型管状和低分化腺癌,9 cm×6 cm×5 cm,侵及浆膜外脂肪组织,淋巴管及毛细血管内见癌栓形成。1996年6月19日进行第1次FOM方案化疗(氟脲嘧啶、表阿霉素、甲环亚硝脲),患者感腹胀、纳差,但无恶心呕吐,1996年8月20日第2次采用FOM化疗。第4天(8月24日)出现恶心呕吐,腹胀明显,给予胃复安无缓解,腹部平片示腹部胀气明显,肠内未见气液平面,给予灌肠后无明显缓解。8月25日患者腹胀无缓解,腹隆起,无压痛、反跳痛,体温38.5℃,WBC计数 1.8×10^9 g/L,腹平片示小肠内有气液平面,考虑为不完全肠梗阻,给予胃肠减压、抗感染治疗,胃管抽出咖啡色胃液约450 mL。诊断为肠梗阻的理由是:

腹部手术后肠粘连或肿瘤复发引起,化疗出现胃肠道反应加重粘连性肠梗阻或诱发引起粘连性肠梗阻。

经过上述处理后,各种症状不但无缓解,而且还逐渐加重,胃液 1 600 mL,体温 38.4℃,双肺呼吸音清晰,腹胀明显,压痛、反跳痛,腹肌紧张,移动性浊音(-);肠鸣音弱,WBC $6.5 \times 10^9/L$,中性 92%,OB(+),CRP 33.2 mg/dL,CEA 2.0,AFP < 25 ng/mL,血沉 17 mm/h,尿(-),腹穿涂片未见细菌和真菌;淀粉酶和脂肪酶升高,B超示肠梗阻、淤胆。考虑为肠梗阻,伴有肠穿孔坏死,化脓性腹膜炎或急性胰腺炎,转入我科。以上述诊断进行急诊剖腹探查,开腹后见腹腔大量淡黄色液体,小肠充血、水肿、小肠间隙均有积液,腹膜浆膜面广泛覆盖着脓苔样渗出物。未见肠梗阻、穿孔、坏死或局部脓肿。术后诊断:第三型腹膜炎。术后患者相继出现心包积液、双侧胸腔积液,胸腹水穿刺涂片未见瘤细胞。

【教训及防范措施】 在重症、免疫能力低下、老年、衰弱的病人,临床主要表现为全身性感染的症状,如心血管系统高功能状态、发热、高代谢等脓毒症状,但却无法明确感染部位,病人可能做过多次腹部手术或放疗、化疗,这种状态下病人出现急性腹膜炎时,应考虑第三型腹膜炎的诊断,及时尽早处理,提高机体免疫力,给予新鲜血或血浆以及谷氨酰胺等免疫增强剂和促进肠黏膜代谢功能,同时增强肠道黏膜屏障功能,对症处理,使病人尽快度过炎症期,防止引发其他器官功能衰竭,避免灾害性后果的发生。

【讨论】 患者出现全身免疫力全面低下的状况是诱发第三型腹膜炎的前提条件,常相继出现序贯性多器官功能衰竭而最终死亡。第三型腹膜炎病人的腹腔内渗出液培养的细菌常是表皮葡萄球菌、假单胞菌属、念珠菌属等非致病菌和抗生素耐受的革兰氏阴性细菌等条件致病菌,与继发性腹膜炎时主要为大肠杆菌和脆弱类杆菌完全不同。这些非致病菌或条件致病菌,在病人免疫力低下时入侵患者机体内即可致病,并常表现有感染的扩散和菌血症。对于感染细菌的来源,有证据证实可能来源于肠道,因为从小肠道内培养出的菌种与腹腔液中的菌种相同。这是由于机体免疫力低下和黏膜屏障能力下降时,肠道内细菌移位所致。

多种因素可促使肠道细菌移位。首先是在肠黏膜屏障受破坏如肠黏膜病变、休克、内毒素血症、低血压或长期肠外营养支持时,这些均可促使细菌移位。其次,肠道内的细菌量增加,亦可促使肠道细菌移位。如肠梗阻或肠内容物停滞,使肠道内菌群滋生过盛,引起机体免疫机能障碍。肠道内有庞大的细菌群和大量的内毒素,同时它也是多种损伤因素的靶器官。在这些损伤因素存在的情况下,肠道内的细菌及内毒素可以源源不断地从肠道移位,进入门静脉血循环、淋巴、腹腔腔内,最

后导致多器官衰竭。

第三型腹膜炎进入晚期后,治疗是十分棘手的,一般的外科手术引流难于奏效,所以重点应放在预防上。预防应着重于:①对于严重创伤、重症、重大手术病人,应维持良好的组织血循环灌注;②持续平衡的营养支持;③保护胃肠黏膜免受损伤;④保持肠道菌群平衡,合理使用抗生素;⑤尽早恢复胃肠道营养;⑥使用增强免疫和肠黏膜功能的药物,如力肽(谷氨酰胺双太)。

第四节 早期急诊再剖腹探查的经验教训

【前言】 早期急诊再剖腹探查手术是指第1次腹腔手术后,在2个月之内因急腹症需要再次剖腹探查的手术治疗,是一种严重的腹部手术并发症,在临床工作中也是并不少见的急腹症之一。出现上述情况时,由于犹豫不决的心理而不能及时采取剖腹探查,常常导致手术时机的延误,术后死亡率较高。再次急诊剖腹探查率的高低可以反映一个医院或科室的医疗质量、手术者的技术水平以及工作作风是否深入细致。作为一名普通外科医生,应尽量避免再次急诊剖腹探查的发生,减少患者的痛苦以及减轻患者不必要的经济负担。

病例 患者,男性,57岁,干部,主因腹膜后脂肪肉瘤术后复发半年入院。患者于1995年在外院诊断为原发性腹膜后脂肪肉瘤行腹膜后肿瘤切除术,术后1年复发。复发肿瘤位于左下腹腹膜后,部分包绕左髂血管、输尿管,与降结肠关系密切,无明显界线,故于1996年4月16日转入我院行复发肿瘤切除,同时切除受侵犯的左半结肠,横结肠直肠吻合术。术中因肿瘤包绕髂血管,在分离肿瘤时,将左髂内动脉分破,用5-O Prolene线修补;术中将髂外动脉鞘打开,但未明显损伤髂外动脉壁。术后第8天(1996年4月24日)凌晨4:30,患者突然大汗淋漓、呼吸急促、心慌。查体:体温38℃、脉搏100次/分,呼吸30次/分,血压9.5/6.0 kPa,双肺呼吸音清晰,心律齐,腹软,无腹胀,无压痛、反跳痛,无腹肌紧张,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃,腹腔引流管无引流液流出,考虑为低血糖反应,给予补充葡萄糖注射液。同时急查血常规、血生化、电解质,白细胞 $20.0 \times 10^9/L$,中性82%,血红蛋白9.3克,电解质、血糖、血气正常。患者经上述处理后无缓解,并出现左下腹胀、左下腹穿抽出不凝血,考虑为腹腔内出血,暂观察给予补充血容量,同时使血压保持在一个低水平状态、防止升压过快,引发大出血。4月24日10:15,患者感左下腹胀加重伴有剧痛,随后出现引流管流出大量新鲜血液,此时脉搏120次/分,血压30/60 mmHg,考虑为腹膜后脂肪肉瘤术后腹腔大出血,失血性休克,急诊再次