

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2016.20150230

急性结肠穿孔 15 例诊断与治疗

姚斌, 朱东波, 茅旭平

江苏省张家港市中医医院普通外科, 张家港 215600

[关键词] 急性结肠穿孔; 急腹症; 诊断; 手术治疗

[中图分类号] R 656.9 [文献标志码] B

Diagnosis and treatment of acute colon perforation: a report of 15 cases

YAO Bin, ZHU Dong-bo, MAO Xu-ping

Department of General Surgery, Zhangjiagang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhangjiagang 215600, Jiangsu, China

[Key Words] acute colon perforation; acute abdominal disease; diagnosis; surgical treatment

急性结肠穿孔是一种常见急腹症, 病因复杂多样, 临床表现差异较大。急性结肠穿孔患者一般病情较重, 处理不及时或不当, 往往引起严重的感染性休克甚至死亡^[1]。本研究通过回顾分析近年来我院收治的急性结肠穿孔患者的临床资料, 结合文献, 探讨急性结肠穿孔的病因、好发部位、急诊诊断和手术方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择江苏省张家港市中医医院 2009 年 1 月—2013 年 12 月收治的 15 例急性结肠穿孔患者。其中, 男性 7 例, 女性 8 例; 年龄 51~93 岁, 平均(69.1±11.1)岁; 3 例合并 2 型糖尿病, 5 例合并原发性高血压; 从就诊到手术 2~30 h, 平均(14±8.1)h。

1.2 临床表现及诊断 15 例患者中, 10 例出现弥漫性腹膜炎体征, 3 例出现局限性腹膜炎体征, 2 例无明显腹膜炎体征。全组患者均行腹盆腔 CT 检查, 13 例发现腹腔游离气体伴病变肠段管壁增厚; 1 例病变肠段周围筋膜增厚, 炎性渗出; 1 例表现为不全性肠梗阻。所有患者均经手术探查证实为急性结肠穿孔。

1.3 手术 全组患者均行急诊手术探查, 根据结肠穿孔部位及具体情况(如肿瘤情况、肠管水肿情况、腹腔内炎症及污染情况, 患者的一般情况等)选择相应的手术方式, 如右半结肠肿瘤穿孔行穿孔修补或右半结肠切除术; 左半结肠穿孔行穿孔修补

或病变肠段切除+近段结肠造口术等。术后常规放置引流管或自制双套冲洗引流管。对于造口的患者, 根据患者恢复情况, 术后 3~10 个月行二期造口回纳术。

2 结果

全组患者均行急诊手术, 术中证实结肠肝曲穿孔 2 例, 降结肠穿孔 1 例, 乙状结肠穿孔 12 例。穿孔原因: 肿瘤性穿孔 6 例, 肠道异物致穿孔 3 例, 非特异性溃疡穿孔 1 例, 自发性穿孔 5 例。3 例肠道异物致穿孔的穿孔部位均为乙状结肠, 其中 1 例行乙状结肠部分切除+吻合术, 1 例行乙状结肠部分切除+远端关闭近端造口术, 1 例行穿孔修补+横结肠造口术。1 例乙状结肠溃疡穿孔行乙状结肠部分切除+吻合术, 术后病理组织学检查结果证实为非特异性溃疡。6 例结肠肿瘤性穿孔病例中, 2 例位于结肠肝曲, 均行根治性右半结肠切除术; 4 例位于乙状结肠, 其中 3 例行肿瘤切除+远端封闭近端造口术, 1 例因肿瘤广泛浸润伴腹腔内播散无法切除而行穿孔修补+乙状结肠造口术。5 例自发性穿孔病例, 4 例为乙状结肠穿孔, 其中 3 例行穿孔修补+横结肠造口术, 1 例行乙状结肠部分切除+远端封闭近端造口术; 另 1 例为降结肠自发性穿孔, 行穿孔修补+横结肠造口术。

11 例造口患者中, 7 例分别于一期手术后 3~10 个月行二期造口回纳术, 1 例因肿瘤无法切除而未行造口回纳术, 1 例 93 岁患者因年老体弱而放弃

[收稿日期] 2015-12-19

[接受日期] 2016-06-01

[作者简介] 姚斌, 副主任医师. E-mail: 13812995118@163.com

二期手术,1例因经济原因放弃二期手术,1例于急诊手术后因感染性休克无法纠正致多器官功能衰竭而死亡。

15例患者中,合并感染性休克4例,发生率为26.7%。1例术后因休克无法纠正,最终因多器官功能衰竭死亡,死亡率为6.7%;余14例经治疗后无严重并发症发生,顺利出院。15例患者住院12~63 d,平均(21.8±13.3)d。

3 讨论

急性结肠穿孔是普外科常见的急腹症。非创伤性结肠穿孔常见的病因包括肿瘤、粪块堵塞、异物、肠套叠、扭转、嵌顿疝及自发性穿孔。急性结肠穿孔病情复杂,症状多样,处理不当可引起严重后果,甚至威胁患者生命。本组急性结肠穿孔以肿瘤性穿孔最为多见(6/15),且以乙状结肠为好发部位(4/6),与文献^[2]相符。穿孔可由肿瘤侵蚀正常肠壁,肿瘤内发生缺血、坏死,或并发感染引起;也可由肿瘤阻塞肠管引起闭袢性梗阻导致肠管内压增大,肠壁毛细血管供血障碍,再加上炎症因子和毒素的作用,导致继发性肠穿孔。乙状结肠管腔相对较小且走行扭曲,因此是肿瘤穿孔的好发部位。自发性结肠穿孔是指在非器质性病变,如癌症、憩室、粘连等情况或外伤情况下突然发生的穿孔,多见于老年人,好发于乙状结肠。由于老年人身体机能退化,机体反应差,自发性肠穿孔早期缺乏典型的临床表现,误诊率高,术后并发症及病死率均高^[3]。本组自发性结肠穿孔发生占第2位(5/15)。中国的老龄化趋势越来越明显,60岁以上的老人所占比例越来越高。对于疑有消化道穿孔或急性腹膜炎的老年患者,应警惕本病发生的可能,以免延误诊断。

急性结肠穿孔患者往往伴有明显的腹痛、局限性或弥漫性腹膜炎体征,影像学检查大多可发现腹腔游离气体,因此穿孔往往不难诊断,但穿孔部位较难确定,易误诊为上消化道穿孔。本组多数患者出现局限性或弥漫性腹膜炎体征(13/15)。全部患者接受腹盆腔CT检查,其中发现腹腔游离气体,病变肠段管壁增厚,病变肠段周围筋膜增厚、炎性渗出积液等14例。将腹盆腔CT表现结合患者临床症状、体征有助于外科医师判断手术指征和确定手术部位。CT可以提供详细的解剖学信息,尤其适用于腹部检查^[4]。消化道穿孔的CT直接征象为消

化道壁增厚、连续性中断和内容物外溢,病变周围脂肪间隙有炎性渗出及积液。CT检查不需要患者保持立位,而且可以提供气腹窗,与X线立卧平片相比,能很好地显示腹腔游离气体及液体,可早期诊断消化道穿孔^[5]。

由于结肠内容物呈半固态或固态、流动性小、化学性刺激不重,急性穿孔初期症状不典型;后期因粪性腹膜炎,细菌大量繁殖,可引起严重的感染性休克及中毒症状,并发症多、病死率高。对于急性穿孔,早期手术极为重要,术中全面探查及彻底清洗腹腔,正确处理病变部位肠管、放置腹腔引流管是手术成功的关键。术式应由病变部位及术中情况决定,右半结肠穿孔可根据实际情况行穿孔修补或右半结肠切除术,术后有效引流;左半结肠穿孔一般行穿孔修补或病变肠段切除术+近端结肠造口术或双腔造口术,待患者恢复后,于术后3~6个月行造口回纳术。术后积极抗休克、抗感染、补液、维持水电解质平衡、维护重要脏器功能及营养支持治疗,同时要保持腹腔引流管通畅^[6]。

综上所述,急性结肠穿孔病情复杂、症状多样,处理不当易引起严重后果。腹盆腔CT检查有助于提高本病的诊断率,同时有助于外科医师判断手术指征和确定手术部位。该病应尽量早期诊断、早期手术。合理的手术方式及引流、术后积极治疗能提高临床疗效,降低死亡率。

参考文献

- [1] 陈智,薛超荣,林炳镛,等.急性结肠穿孔22例临床分析[J].中国普通外科杂志,2011,20(4):394-397.
- [2] 张锡友,陈轩.老年急性结肠癌性肠梗阻的诊断及外科治疗体会[J].中国普外基础与临床杂志,2008,15(11):851-852.
- [3] 周厚吾,杨丰帅,杨运泉,等.老年人自发性乙状结肠穿孔:附21例报告[J].中国普通外科杂志,2013,22(4):485-488.
- [4] Lu N, Feng XY, Hao SJ, et al. 64-slice CT Perfusion imaging of pancreatic adenocarcinoma and mass-forming chronic pancreatitis[J]. Acad Radiol, 2011, 18(1): 81-88.
- [5] 胡昌盛,陆娜,冯晓源,等. CT在消化道穿孔早期诊断中的价值[J]. 中国临床医学, 2013, 20(4): 554-556.
- [6] Nam JK, Kim BS, Kim KS, et al. Clinical analysis of stercoral perforation of the colon[J]. Korean J Gastroenterol, 2010, 55(1): 46-51.