

自发性结直肠破裂早期误诊原因探讨(附 25 例分析)

王华强, 庞 勇(重庆市南川区人民医院普外科 400062)

【关键词】 自发性; 结直肠破裂; 误诊原因

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 14. 082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)14-1913-02

结直肠破裂是普外科的常见病,但自发性结直肠破裂却是普外科的罕见病。自发性结直肠破裂是指结直肠在无明显病理改变(肿瘤、憩室、溃疡等)或无外伤以及排除机械性肠梗阻的情况下,突然发生的破裂,是临床上比较少见的疾病,因无特异性检查方法极易误诊。近十多年,其发病率有明显上升的趋势^[1]。由于结直肠的部位特殊,检查方便,理应得到及早诊断及合理治疗。但是由于其无特异性的临床表现和体征,结直肠破裂早期误诊及漏诊在临床屡见不鲜^[2]。本院自 2000~2011 年间共收治有完整病历记载且经手术证实的自发性结直肠破裂患者 25 例,入院时大多数腹腔污染较重,一期修补不现实,均需作造瘘再行二期手术。现就其早期误诊原因分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 25 例自发性结直肠破裂患者,男 18 例,女 7 例,男女比例为 3.5 : 1.0。年龄 22~79 岁,其中大于 40 岁 24 例(96%),小于 40 岁 1 例(4%)。

1.2 发病至确诊时间 3 h 内确诊者 7 例(28%),3~8 h 内确诊 12 例(48%),9~12 h 内确诊 4 例(16%),超过 12 h 确诊 2 例(8%);将从初诊到确诊超过 3 h 定为早期误诊,共 18 例(72%)。

1.3 临床表现 突发性下腹疼痛伴腹胀者 20 例(80%),有黏血便史者 7 例(28. %),有便秘史者 11 例(44%),排尿困难者 4 例(16%),有里急后重感者 4 例(16%),贫血消瘦者 3 例(12%),低热病史者 2 例(8%),高热 2 例(8%)。

1.4 误诊情况 自发性结肠穿孔临床少见,缺乏特异的临床表现,术前确诊率低,极易误诊,需依靠剖腹探查诊断。Serpell 和 Nicholls^[2]报告术前误诊率为 89%。本组误诊率为 100%,误诊为急性胃十二指肠穿孔 18 例(72%),急性化脓性阑尾炎并穿孔 6 例(24%),尿潴留 1 例(4%),其中尿潴留 1 例后因腹膜炎体征明显仍以空腔脏器穿孔探查。

1.5 入院时病情 25 例患者入院即有腹膜炎体征 24 例(96%),3 h 内表现出来的有 7 例(28%),3~8 h 内表现出来 12 例(48%),9~12 h 内表现出来 4 例(16%),超过 12 h 表现出来 1 例(4%)。并发中毒性休克 3 例(12%)。

1.6 诊断 提高术前确诊率的关键在于对本病的认识。在临床工作中应重视以下诊断策略:(1)详细询问病史。对于病因不明的急性腹痛老年人,尤其伴有习惯性便秘史或动脉粥样硬化史,本次发病前有肠腔内压升高为诱因(如用力排便、剧烈咳嗽、灌肠、服泻药等)者;(2)腹痛特点:多在用力排便或增加腹压后突然出现腹痛,以下腹部持续性胀痛为主,伴有下腹部下坠感及便意感或肛门排出血性液体;(3)腹膜炎体征:腹痛逐渐加重,出现腹膜炎体征且感染中毒症状严重,易发生休克;(4)直肠指征:指套血染,直肠内扪及质硬粪块,有血便;(5)腹穿:

可抽出混浊粪性液体,本组 5 例(20%)有此征象;(6)立位腹平片:可见膈下游离气体,本组 6 例(24%)有该征象。但无膈下游离气体并不能排除本病,原有的结肠扩张充气影缩小有助于诊断本病。本组所有患者无 1 例术前确诊,所有患者均在剖腹探查后明确诊断。

1.7 术中证实 乙状结肠穿孔 13 例(52%),直肠穿孔 12 例(48%),考虑便秘引起穿孔 5 例(20%),不明原因 20 例(52%)。

2 结 果

所有患者均因弥漫性腹膜炎而进行剖腹探查,术中发现直乙交界处结肠对系膜缘有 1.0~2.5 cm 破裂穿孔,腹腔污染重,局部炎症反应水肿明显,局部清创修剪破口,行单层缝合修补。乙状结肠或横结肠近端造瘘,襻式造瘘 6 例。远端关闭,近端单腔造瘘 19 例。腹腔彻底冲洗后于盆底放置腹腔引流管关腹,术后给以加强抗感染及营养对症支持治疗,6~12 个月后行二期造瘘还纳术。所有患者均治愈出院,其中 3 例合并切口感染均对症治疗痊愈。

3 讨 论

就本组病例而论,早期误诊与下列因素有关。

3.1 对该病认识不足和重视不够 本组病例中,农村患者占多数,部分患者对该病缺乏科学常识,早期自认为仅是便秘或消化不良。特别是老年患者认为本身便秘很正常,既不重视,又不就医,延误诊治。绝大多数患者均在基层卫生室反复就医,由于某些医务人员缺乏有关自发性结直肠破裂的基本知识,诱导患者,认为便秘没什么大不了的。本身因为听得少,没有经验且又对该病认识不足,未予以治疗,或给予对症或中西药治疗,但有没有效果,没有对患者进行随访,使病情延误。

3.2 病因及发病机制 确切病因至今未明了,可能与下列因素有关:(1)解剖因素。由于大多数人的边缘血管弓止于乙状结肠直肠动脉,而乙状结肠直肠和直肠上动脉之间并无吻合,故乙状结肠和直肠交界处存在着生理性的缺血因素,有 sudeck 临界点之称^[3],本组所有患者均发生在直乙交界处。特别是老年人血供差,更容易发生。(2)病理因素。乙状结肠比其他结肠细,且弹性相对较差,肌层薄,较硬粪便易滞留此处;排便时乙状结肠平滑肌收缩,肠内压增加,压力分布不均,易导致破裂使局部的肠内压持续升高,导致长期的缺血状态^[4-5];当腹压突然升高时,可能引起急性穿孔,本组 5 例患者术中发现结肠腔内有较多硬结干燥的大便,术后追问病史有长期的便秘史。

3.3 诊断及鉴别诊断 自发性结直肠破裂穿孔因其发病率高,无特异性检查方法,是临床不易确诊的原因之一。本组所有患者术前无一例确诊,均以急性胃十二指肠溃疡穿孔、急性

化脓性阑尾炎并致腹膜炎而进行剖腹探查,术前得以明确诊断,综合文献资料以及本科的治疗体会,自发性结直肠破裂穿孔有以下临床特点:(1)本病多见于老年患者,年龄大于 60 岁。(2)病程短,起病急,自述突发剧烈腹痛,呈进行性加剧,腹痛开始于左下腹及脐周偏左,腹痛很快扩散至全腹;反复追问病史,无明确外伤病史,中毒症状较重,部分患者就诊时即有中毒性休克症状。(3)辅助及化验检查:腹部立位 X 线片部分患者有隔下游离气体(本组 3 例,占 12%),下腹部腹腔穿刺可抽出淡黄色混浊液体(本组 6 例,占 24%),外周血象均有不同程度的升高,部分患者以中性粒细胞升高为主。(4)体格检查:有明显的腹膜炎体征,细细体会仍可发现脐周偏左、左下腹体征较重,综合以上临床表现应想到本病的可能。自发性结直肠破裂的诊断标准:(1)破裂部位的肠壁无肉眼可见的病变;(2)肠管内无异物及通过障碍;(3)腹部未发现粘连、内疝和腹外疝;(4)能排除对肠壁直接外力和医源性因素所致的肠管损伤。本组所有患者均符合上述标准。

3.4 手术方法 目前对本病的处理常规有以下 3 种方法:(1)病变肠段切除加近端造瘘;(2)穿孔处修补关闭加近端造瘘;(3)穿孔肠段外置造瘘。本组所有病例穿孔均发生在直乙交界附近,因其穿孔部位相对较低,均采取修补穿孔处,关闭远端,

近端造瘘的手术方法。其中修补加近端襻式造瘘 6 例,单腔造瘘 19 例。半年至 1 年后 2 次手术时,因造瘘肠管炎性水肿消退,腹腔粘连相对较轻,手术比较容易。因此,自发性结直肠破裂,第 1 次手术因腹腔污染较重,行乙状结肠单腔造瘘,半年或 1 年后行乙状结肠和直肠端吻合术是最佳选择。

参考文献

- [1] 杨金龙. 自发性结肠破裂临床研究现状[J]. 当代医学, 2009,15(31):11.
- [2] Serpell JW, Nicholls RJ. Stercoral perforation of the colon [J]. Br J Surg, 1990,77(12):1325-1329.
- [3] 董剑达,郑志强. 自发性结直肠破裂的病因分析[J]. 山西医科大学学报, 2001,32(1):47-48.
- [4] 纪光伟,黄安,吴峰. 自发性结直肠破裂的外科治疗(附 5 例报道)[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005,11(2):141-142.
- [5] 李树伟. 自发性结肠破裂的病因分析及诊治[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2007,21(6):462-463.

(收稿日期:2012-11-16 修回日期:2013-02-22)

脂浊对生化检验结果的影响机制及解决办法

李 勋(湖北省荆州市中心医院检验医学部 434020)

【关键词】 脂浊; 生化检验; 影响机制; 解决办法

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.14.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)14-1914-02

在临床生化检验工作中常会遇到不同程度的脂浊血清,如不处理,脂浊将会对检测结果产生很大的影响。但是目前处理脂浊样本的常用方法之中,很少有方法能完全消除脂浊对所有生化项目的干扰,检验人员只有根据实际工作中遇到的情况及实验室的实验条件,选择最适当的方法来获得理想的实验结果。

1 脂浊产生的原因

脂浊产生的原因包括原发性高脂血症、继发性高脂血症以及餐后、输注脂肪乳后抽血等。原发性高脂血症可分为 6 型,其中 I 型、III 型、IV 型、V 型以及少数 II b 型患者的血清易产生脂浊,而 II a 型、多数 II b 型患者的血清外观澄清,较少产生脂浊^[1]。继发性高脂血症是由于某些原发性疾病如糖尿病、肾病在发病过程中导致脂质代谢紊乱,进而出现的高脂血症,该类患者的血清也易产生脂浊。餐后、输注脂肪乳后抽血引起的样本脂浊是人为因素引起的,可以通过空腹、输注脂肪乳后数天再采血纠正。因此本文讨论的方法主要是针对原发性和继发性高脂血症引起的样本脂浊。

2 脂浊影响生化检测结果的机制

脂浊可以通过多种途径影响生化检测的结果^[2]:(1)目前很多生化项目都是用比色、比浊等分析方法进行测定的,而脂浊对光线有一定的散射作用,因此脂浊血清的样本空白吸光度值会升高,从而对吸光度产生正向干扰。(2)血清中水分被不溶性的脂浊微粒所取代,因此除三酰甘油等少数项目以外,脂浊可以使大多数血清成分产生负误差。(3)脂浊血清由于血

清黏度加大及脂浊微粒的屏蔽效应,可以减少抗原抗体结合的概率,从而对免疫比浊法产生一定的影响。(4)脂浊使分析物分布呈非均一性,因此测定过程中的随机误差加大。

3 消除脂浊对生化检验结果影响的方法

对于轻中度脂浊的血清,常常不需要对其进行特殊处理,只需在选择测试方法、监测波长时注意如下几点^[3]:(1)如果该项目是用一点终点法测定,则应该再设置样本空白这一附加分析参数,因为样本空白是样本加空白试剂所得到的吸光度,在设置该参数后可以扣除样本的本底吸光度。(2)两点终点法特别是双试剂两点终点法比一点终点法的抗干扰能力强,在分析过程中,如果监测波长同样本中脂浊微粒的吸收光谱有重叠时,通过选用两点终点法可以消除样本空白引起的干扰。(3)速率法是通过连续测定酶促反应过程中某一反应产物或底物的浓度随时间变化的多点数据,求出酶反应初速度,间接计算酶活性浓度,因此速率法对脂浊样本也有一定的抗干扰能力。(4)通过选择合适的双波长可以消除脂浊对检测结果的影响。但是设置时要求被测样本在测定波长、辅助波长处有相同的吸光度。

但是对于重度脂浊血清,由于样本的本底吸光度过高,上述方法已经不能消除脂浊对检测结果的影响,必须对样本进行预处理,具体方法有如下几种:(1)生理盐水稀释法:曾经较为常用,可在一定程度上降低样本空白而提高测定的准确性,但是该法并不能完全消除脂浊对测定结果的影响,特别是要注意样本稀释后由于黏度、张力、pH 等物理或化学特性的变化(基