

色体标本。

参考文献

- [1] 药泽榕,魏魏,苗聪秀. 外周血淋巴细胞培养制备染色体改良方法的研究[J]. 中国优生与遗传杂志, 1993, 1(2): 45-46.
- [2] 赵小平,陈绍坤,黄燕,等. 外周血淋巴细胞培养及染色体制备过程中的问题分析[J]. 现代预防医学, 2009, 36(11): 2108-2112.
- [3] 马强,刘青松,蔡燕,等. 外周血淋巴细胞培养及染色体制备的几点体会[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(14): 1641-1642.
- [4] 任莉萍,李娟,潘亚丽,等. 人的外周血淋巴细胞培养及染色体制作技术[J]. 生物学通报, 2011, 46(3): 54-55.
- [5] 徐文瑜,陈彦明,黄月娇. 外周血染色体制备成功方法的

探讨[J]. 中国社区医师, 2013, 15(8): 222-223.

- [6] 钟慧军,陆宏. 细胞生物学实验教学指导[M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2009: 36-38.
- [7] 刘爱生,朱春燕. 外周血淋巴细胞培养及染色体高分辨标本制备方法[J]. 中国优生优育, 2013, 19(2): 82-85.
- [8] 谢志威,张晶,李卫凯. 外周血染色体制备改良方法的应用[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(1): 82-83.
- [9] Henegariu O, Heerema NA, Wright LL, et al. Improvements in cytogenetic slide preparation: controlled chromosome spreading, chemical aging and gradual denaturing [J]. Cytometry, 2001, 43(2): 101-109.
- [10] 侯艳香. 人外周血淋巴细胞培养染色体制备及影响因素[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(7): 874-875.

(收稿日期: 2015-03-18 修回日期: 2015-05-20)

经肛门结肠注气寻找结肠粪性穿孔隐匿性破口 1 例

舒 东, 钟兴玲(重庆市忠县中医医院普外科 404300)

【关键词】 结肠粪性穿孔; 手术; 技巧

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 15. 071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)15-2298-02

结肠粪性穿孔(SP)是指因粪石或粪块压迫引起肠壁缺血、形成溃疡,继而发生的结肠穿孔^[1-2]。SP的临床发生率,但病死率却很高。近年来,关于SP的研究主要集中于SP的诊断与治疗方式。腹部CT检查已经成为公认的比较好的检查手段,手术成为了治疗SP的主要方式。通过提高对SP的认识,缩短发病到接受手术治疗的时间,这类患者最终常常是可以治愈的。然而,也有存在极少数SP破口位置比较隐匿的情况,术中常规探查很难发现,常让术者束手无策。盲目手术探查对患者创伤大,故需运用相应技巧。忠县中医医院成功在术中使用生理盐水浸泡结肠加导尿管经肛门结肠注气的方法,发现SP隐匿破口病例1例,现将病例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,65岁,因“突发左下腹疼痛约8h”入院。约8h前患者用力排大便时突感左下腹剧痛,后呈持续性疼痛,渐进性加重。伴有恶心,未呕吐,无腹胀。既往史有慢性便秘史。入院查体:患者腹平,腹肌紧张,压痛,以左下腹为主,反跳痛不明显。腹部X线透视:腹腔未见游离气体。B超:膀胱直肠陷凹少量积液。血常规:白细胞和粒细胞百分比(N%)正常。入院诊断为急腹症:弥漫性腹膜炎?胃肠穿孔?结肠肿瘤?予以静脉常规输液、扩容、抗感染治疗,完善急诊术前准备。

1.2 治疗方法 将患者送入手术室,在持续硬膜外麻醉下行下腹正中切口予以腹腔探查。术中见:下腹部少许浑浊积液,肠袢间有一5mm×4mm×3mm大小粪粒。吸尽积液,常规探查腹腔脏器未发现异常,小肠、结肠、直肠无局部炎性水肿,未发现破口。手术停顿约5min后,术者囑台下护理人员用小号导尿管插入患者肛门,术者将温生理盐水2000mL倒入患者腹腔,肠管浸泡于生理盐水中,台下护理人员用50mL空针经导尿管持续向肠管注气,术者观察浸泡在生理盐水中的肠管发现在乙状结肠—肠脂垂下有气泡冒出,分离开肠脂垂见肠壁有一小破口,直径约4mm,破口边缘无明显水肿及硬结,邻

近肠断无病变。拔出注气尿管,吸尽腹腔液体,予以穿孔段乙状结肠外置造口,关腹,结束手术。术后予以强效抗生素联合应用,补液,持续胃肠减压,以及营养支持治疗。术后患者恢复良好,术后3月再次行二期肠切除肠吻合术。

2 讨论

2.1 概况与发病机理 SP是一种少见的急腹症,多见于老年人。该病常无临床特异性表现,易漏诊、误诊,延误治疗,病死率极高^[3-4]。其病因主要与慢性便秘有关,腹内压突然升高可能是其发生的诱因。有学者认为避免SP发生的最好的方式是早期识别与治疗老年人便秘^[5]。另外,一些基础疾病、使用一些药物和不当的生活习惯可能是该病发生的危险因素^[6-8]。因为这类患者常有慢性习惯性便秘史,慢性便秘可能是粪性溃疡的主要致病因素。其发病机制概括起来,主要在于干结粪块直接机械压迫、粪块淤积导致肠内压升高的直接和间接作用引起了肠黏膜缺血、溃疡和穿孔。SP好发于乙状结肠和直肠乙状结肠交界处,因为此处易形成粪块,且结肠远端血供较差,且乙状结肠和直肠乙状结肠管腔最窄,肠腔压力高^[9]。

2.2 诊断与治疗 SP治疗的关键在于尽可能缩短术前准备时间,尽早手术^[10]。然而其术前诊断常常是临床上的一道难题,误诊及延误治疗的情况时有发生。主要原因可能在于该病临床不多见,临床表现不特异,临床医生缺乏对SP的认识和重视程度不够^[11-12]。近年来,影像学检查方法的发展在SP诊断上的运用,在一定程度上提高了SP的阳性诊断率^[13-15]。结合既往史、诱因、临床表现和影像学检查辅助快速诊断SP,但事实上其术前确诊率仍然很低,最终诊断大多数在术中才能确定。

当临床上高度怀疑SP后,早期手术和彻底清洗腹腔对于患者来说尤为关键。因为SP发生后,可能出现肠内容物外漏污染腹腔,引起继发性腹膜炎、全身感染、感染性休克,甚至继发多器官功能障碍综合征导致死亡,这也是SP高病死率的重要原因之一^[16]。而手术是目前最直接有效的去除(下转封3)