doi:10.11659/jjssx.09E015115

·病例报道·

粘连性肠梗阻误诊急性阑尾炎1例临床分析

朱国新 (武警贵州省总队医院急诊科,贵州 贵阳 550005)

Adhesive intestinal obstruction misdiagnosed as acute appendicitis:1 case of clinical analysis

ZHU Guo-xin (Department of Emergency, Armed Police Hospital of Guizhou Province, Guiyang Guizhou 550005, China)

[关键词] 粘连性肠梗阻;误诊;急性阑尾炎;临床分析
[中图分类号] R574.2 [文献标识码] B [收稿日期] 2015-11-25

急性阑尾炎和肠梗阻是急诊临床工作中常见的急腹症,根据典型的病史、具有特征性的症状和辅助检查等均不难诊断。而先天性肠粘连较为罕见,患者可以没有腹腔感染、创伤、肿瘤、异物及腹部手术等既往史。如果患者的症状不典型,没有特殊既往史,没有动态的影像学跟踪检查,加之临床急诊医生不加以仔细鉴别诊断,则容易出现误诊误治。我院收治1例先天性粘连性肠梗阻误诊为急性阑尾炎患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,43岁,因腹痛20 h入院。入院前患者无明显诱因出现腹部脐周疼痛,无牵涉痛,伴恶心、呕吐数次,呕吐物为胃内容物,呕吐后腹痛稍缓解,且未排气。查体显示:未见胃肠型及蠕动波,脐周压痛,无肌紧张及反跳痛,肝脾未扪及,未扪及腹部包块,双肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃,未闻及气过水声。既往无腹部外伤及手术史。腹平片示:双膈下未见游离气体,胃及肠管轻度淤张,未见明显气液平面。腹部CT示:腹腔多量肠管淤张。血常规WBC 6.99×10^9/L,N 94.6%,尿常规阴性。予以患者禁饮禁食、输液抑酸、解痉治疗,并观察腹痛情况。入院10 h后患者腹痛仍未缓解,再次查体显示:腹部平坦,未见胃肠型及蠕动波,全腹散在压痛,伴肌紧张,以右下腹部明显,肝脾未扪及,未扪及腹部包块,双肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃,未闻及气过水声。复查血常规WBC 13.57×10^9/L,N86.8%,遂考虑急性阑尾炎。

1.2 方法

对患者行阑尾切除术,取右下腹阑尾切口,术中见阑尾无明显充血、水肿,阑尾约6 cm×0.5 cm×0.5 cm大小,阑尾周围无明显渗液,切除阑尾送病理检查。术后予以输液消炎治疗。术后第3天患者感腹胀,伴腹部绞痛,无恶心、呕吐,未排气,复查立位腹平片提示:肠管扩张,可见明显气液平面。考虑肠梗阻,再次予以患者手术治疗,行剖腹探查术,取右中下腹腹直肌切口,术中见腹腔内少量淡黄色积液,小肠明显扩张,广泛粘连,在距回盲部约70 cm处有约15 cm长回肠被粘连带压成环,其下回肠明显变小,无扩张,被压肠管血运好,探查至回盲部,见切除阑尾处无异常,升结肠、横结肠、降结肠未见扩张,未扪及肿大淋巴结及包块,遂行肠粘连松解术,于右下腹放置腹腔引流管1枚。常规关腹,将部分切除粘连带送病理检查。

2 结果

术后予以患者补液、消炎、胃肠减压对症治疗。于第2次术后7 d临床治愈出院。病理结果显示:急性单纯性阑尾炎(图1);腹腔送检物符合粘连带改变。

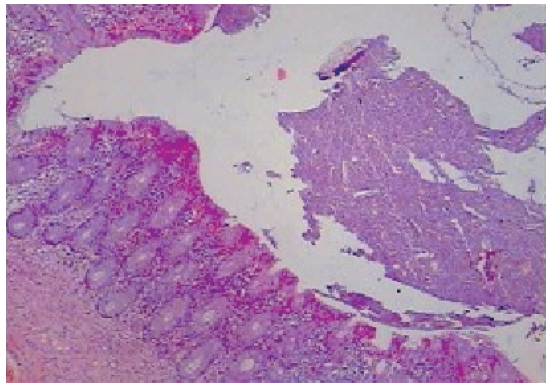


图1 急性单纯性阑尾炎

3 讨论

本例患者出现误诊,主要原因有:①对患者病程时间的把握不准确。典型的急性阑尾炎腹痛发作开始于上腹部,逐渐移向脐部,数小时后转移并局限在右下腹,约70%~80%的患者具有这种典型的转移性腹痛的特点[1]。而该患者腹痛约30 h后才转移至右下腹,这显然与急性阑尾炎病程时间不相符合,所以临床上常见的转移性右下腹痛不能只单纯地考虑急性阑尾炎。②对急性阑尾炎与肠梗阻所致的腹痛性质没有进行认真地鉴别。急性阑尾炎为炎症性腹痛,多为持续性钝痛,腹部有固定压痛点伴肌紧张,炎症扩散时可致肠鸣音减弱或消失[2]。而粘连性肠梗阻由于梗阻部位以上强烈肠蠕动即发生腹痛,之后由于肠管过度疲劳而呈暂时性迟缓状态,腹痛也随之消失,故腹痛是阵发性绞痛性质,腹痛发作时可见肠型和蠕动波,因肠管膨胀,可有轻度压痛,且压痛位置多不固定,肠鸣音亢进,可闻及气过水声或金属音。③先天性肠粘连在临床中较少见。肠粘连和腹腔粘连带可分为先天性和后天性两种。先天性较少见,可因发育异常或胎粪性腹膜炎所致;后天性者多见,常由于腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起,临床上以手术后所致的粘连性肠梗阻为最多[3]。该患者既往无腹

部外伤及特殊病史,出现肠梗阻症状后,在第2次术中才证实为粘连性肠梗阻,其腹腔所形成的肠粘连可考虑为先天性,而先天性肠粘连在临床中并不多见[4],这就要求临床医生在临床实践中需要更加注意此类疾病的辨别。④未重视肠梗阻早期影像学的改变。该病例首次立位腹平片及腹部CT仅提示腹腔肠管淤张,未见液气平面。大多数急性肠梗阻病程早期仅部分小肠梗阻,随着肠管内容物增多及肠管壁水肿才出现完全性肠梗阻症状。该患者在第1次术后出现肠梗阻症状,复查了立位腹平片后,才考虑为肠梗阻。这提示对急腹症患者要在临床实践中动态观察腹部X线平片变化:腹部X线检查显示"C"形或"U"形改变及肠管扩张,即使未见明显气液平面,也应考虑肠梗阻。气液平面常发生于梗阻4~6 h后,故定期复查X线片有助于及时发现有诊断价值的征象[5]。对于术后病理报告为"急性单纯性阑尾炎",笔者认为这是由于在对该患者行第1次手术时,阑尾切除过程中对阑尾的钳夹、牵拉、切割等刺激,造成了阑尾的"炎症"反应,而并非真正感染所致。

总之,临床急诊科医生在遇见急腹症的患者时,一时诊断不能明确的,要严密观察腹痛性质,反复查体,特别是腹部的体征,必要时动态观察影像学的变化,才能分清主次矛盾,做出准确决策,做到不误诊误治,以减少患者的痛苦和经济负担[6]。

[参考文献]

[1] 夏穗生. 腹外科急症诊断与治疗[M]. 西安:世界图书出版公司,2003:309-312.

[2] 孟 镔,胡振龙,曹 剑,等. 阑尾炎临床局解手术学分析[J]. 局解手术学杂志,2006,15(3):208-209.

[3] 陈孝平. 汪建平. 外科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013:373-393.

[4] 曹广涛,李 伟,王新伟,等. 先天性广泛粘连性肠梗阻10例诊治体会[J]. 中国现代普通外科进展,2013,16(3):230-232.

[5] 赵元顺. 粘连性肠梗阻误诊为急性阑尾炎五例分析[J]. 临床误诊误治,2009,22(9):27.

[6] 朱国新,赵 鸿,陈 杨,等. 急性阑尾炎术前合并小肠穿孔漏诊1例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2009,18(4):289-290.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.01E016040

甲状腺癌合并重症肌无力患者机器人手术疗效观察

齐小梅,杨 英,方燕梅 (第三军医大学西南医院乳腺外科,重庆 400038)

Clinical observation of robotic surgery for treatment of thyroid cancer combined with myasthenia gravis:a case report

QI Xiao-mei, YANG Ying, FANG Yan-mei (Department of Breast Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

[**摘 要**] **目的** 探讨甲状腺癌合并重症肌无力患者采用机器人手术的治疗效果。**方法** 收集并整理本院收治的1例甲状腺癌合并重症肌无力患者资料,结合文献学习该病的诊治经验。**结果** 患者积极手术后,配合围手术期治疗,恢复较好。**讨论** 甲状腺癌合并重症肌无力患者需要早期确诊,及早手术治疗,配合围手术期治疗,疗效显著。

[**关键词**] 甲状腺癌;重症肌无力;手术;治疗

[**中图分类号**] R737.11 [**文献标识码**] B [**收稿日期**] 2015-12-11

甲状腺癌是临床常见的一种头颈部恶性肿瘤,约占恶性肿瘤总发病率的1%~2%,近年发病率有迅速上升趋势,女性发生率高于男性[1]。重症肌无力(myasthenia gravis,MG)是一种以横纹肌神经肌肉传导障碍为特点的自身免疫性疾病[2],主要累及神经肌肉接头突触后膜烟碱样乙酰胆碱受体,表现为骨骼肌病态疲劳,具有晨轻暮重的特点,休息后缓解。目前甲状腺癌的治疗以外科手术治疗为主,通过手术就能达到根治的目的。传统手术方法为颈部开放性切口下行次全切或全切术,近年来随着腔镜技术的发展、微创外科的概念已深入人心[3]。机器人微创手术系统是现代多项技术的高科技产物,目前主要运用于以心胸外科为主的各大手术中,因其微创、精准受到患者的认可。本例患者确诊重症肌无力3年一直行胆碱酯酶抑制剂治疗,因检查确诊合并甲状腺癌来我科行手术治疗,成为我科首例甲状腺癌合并重症肌无力的患者,为了积累相关诊治经验,现将此患者的治疗总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,19岁,因言语不清伴四肢无力约3年,近期因无明显诱因出现打喷嚏,伴鼻腔不适来我院就诊,系统检查后确诊为"重症肌无力",住院治疗好转后出院长期服用溴吡斯的明片,每次60 mg,每天3次。1周前因参加学校运动赛后出现全身无力、吞咽困难、视物重影等入住我院神经内科治疗,彩超检查示:甲状腺右叶中上14 mm×9 mm×13 mm的低回声区,甲状腺癌待查。于1周后以"右甲状腺结节待查"转入我科。入科时查体:双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,眼球活动可;饮水无呛咳,言语清楚,四肢肌力、肌张力均正常,继续口服溴吡斯的明片,每次60 mg,每天3次。完善专科疾病相关检查,做