小肠多发憩室致肠梗阻 1 例

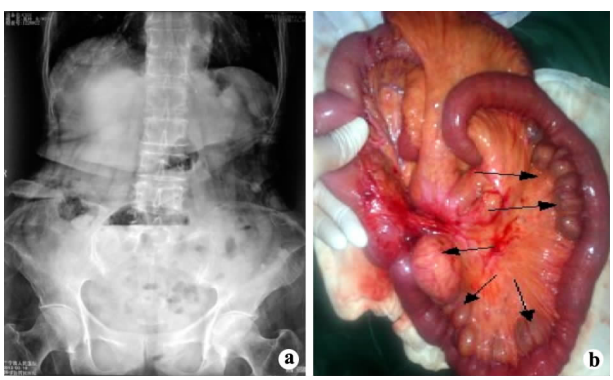
戴观荣,江 玲 (广州军区广州总医院普通外科,广东 广州 510010)

[关键词] 小肠多发憩室;肠梗阻;并发症
[中图分类号] R574.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0579-01

小肠多发憩室在临床上比较少见,其症状体征无明显特异性,只是在出现严重的并发症如肠梗阻、消化道出血、穿孔等时才会引起患者重视,常规检查又难以发现,因而易被误诊为其他外科急腹症,延误诊断和治疗[1]。近期我们收治 1 例小肠多发憩室致肠梗阻病例,现报告如下。

1 资料与方法

患者,女,81 岁,因腹痛腹胀反复发作 20 余年,加重 13 d 入院。患者多次在当地医院诊断为胃肠炎、肠梗阻,予胃肠减压、输液等保守治疗症状缓解。入院前 13 d 再次出现腹痛腹胀,疼痛呈阵发性加剧,无放射性,伴恶心呕吐,呕吐物为胃内容物,肛门停止排便排气,腹部立位平片诊断为小肠梗阻,经胃肠减压等保守治疗后症状无明显缓解而转我院治疗。实验室检查:白细胞 10.64×10^9/L;中性粒细胞:8.83×10^9/L;红细胞:5.18×10^{12}/L;血红蛋白:148 g/L。腹部平片提示:腹部肠腔少量积气、中下腹部见一较宽大液平;双膈下未见游离气体,考虑肠梗阻(图 1a)。入院后完善相关检查,在气管插管全麻下行剖腹探查术,术中探查腹腔见距 Treitz 韧带 50 cm 近端空肠明显扩张,肠壁增厚,远端肠腔狭窄,狭窄处空肠系膜缘有一个约 8 cm × 6 cm × 5 cm 大憩室,远端肠管扭转,肠管系膜粘连严重,局部粘连成角,分离松解憩室、肠管及系膜处粘连后,复位扭转肠管,挤压近段扩张空肠,梗阻远段空肠依次可充盈,大憩室远端空肠见长约 20 cm 肠管系膜缘有多发憩室,多达 12 个(图 1b)。病理提示:空肠扩张处及憩室处肠粘膜均见粘膜慢性炎,小肠固有层及肌层萎缩变薄,肠周淋巴结慢性炎。



a:术前 X 线片,腹部肠腔少量积气、中下腹部见一较宽大液平;b:近端空肠见长约 20 cm 肠管多发憩室

图 1 小肠多发憩室术前 X 线片和术中照片

2 结果

诊断为空肠多发憩室,行空肠部分切除术,术后 10 d 切口拆线出院,恢复良好。

3 讨论

小肠多发憩室临床上并不多见[2],主要是由于肠腔内压力的影响使肠壁薄弱处向外膨出而形成的盲囊,也有可能与饮食因素及局限性肠蠕动亢进有关。通常小肠憩室并不引起临床症状,可能有食欲减退、饭后上腹部不适、腹痛腹胀、恶心呕吐等消化道症状,但无特异性,这也是本例患者反复发作却没有找到病因的原因。但有部分憩室会引起严重并发症如急性憩室炎、溃疡和溃疡出血、肠扭转、梗阻、坏死、穿孔、结石、盲襻症状等急腹症[3]。这与憩室及其出口的大小、位置、肠腔内压力、细菌滋生等因素有关。本例患者有 20 余年腹痛腹胀反复发作的病史,考虑为慢性憩室炎反复发作致肠管周围组织粘连,再加上“梗阻→梗阻减轻或完全消失→再梗阻”的恶性循环致憩室慢慢变大,当憩室较大时,憩室内容物的压迫,冗长的空肠憩室形成扣结或与其他肠管粘连形成纤维索带压迫肠管,最终引起肠梗阻。

由于小肠憩室临床表现复杂多样,缺乏特异性,小肠憩室术前诊断仍然比较困难[4],虽常规采用消化道气钡剂双重造影等检查有 1 ~ 3% 发现率,但一般患者多因出现梗阻、出血、穿孔等并发症状就诊,难行胃肠钡剂检查,诊断还是靠剖腹探查手术和术后病理学检查。对于小肠多发憩室诊断明确的患者,手术治疗效果最佳,可以改善现有症状同时预防严重并发症,故只有对于无明显并发症或心肺功能不适于手术的患者可建议行保守治疗,如低渣饮食、口服广谱抗生素、解痉、抗酸药物应用和定期随诊,而对于憩室诊断明确或保守治疗无效的消化道疾病或发生严重并发症者应积极行手术治疗,根据患者不同情况行不同术式,对于比较集中的憩室肠段可行肠管切除。术后常规病理检查,如病理结果为恶性则行二次扩大手术治疗。

[参考文献]

[1] 吴在德. 外科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008,1516 - 1519.
[2] 张 浩. 小肠多发憩室致肠梗阻 1 例[J]. 沈阳医学院学报 2010; 12(1):37 - 38.
[3] 朱雄伟,陈刚亮,王 强,等. 28 例小肠憩室并发症的临床特点[J]. 中国综合临床,2005,21(4):341 - 341.
[4] 夏 涛,陆才德,俞仲辉. 成人小肠憩室病 9 例误诊分析[J]. 当代医学,2010,16(22):13 - 13.

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305066
[收稿日期] 2013-03-20 [修回日期] 2013-03-29

(编辑:魏 源)