32 例结肠癌合并阑尾炎的病例分析

马文超,张伟辉,薛东波,赵 松,高 博 (哈尔滨医科大学附属第一医院普通外科,黑龙江 哈尔滨 150001)

[摘 要] **目的** 探讨结肠癌合并阑尾炎的原因,减少误诊漏诊概率。**方法** 对哈尔滨医科大学附属第一医院 2006 年 1 月至 2013 年 3 月期间的 1 094 例结肠癌患者进行回顾性分析。**结果** 在 1 094 名结肠癌患者中,有 31 例首诊时都诊断为急性阑尾炎,行阑尾切除术;1 例诊断为阑尾周围脓肿,非手术治疗。其中 6 名患者术中发现回盲部肿瘤,24 名患者术后 1 年内被诊断结肠癌,1 名患者术后切口不愈合,引流管持续引出褐色液体,1 例非手术治疗复发。**结论** 结肠癌本身临床症状不典型,当并存阑尾炎时往往表现出阑尾炎的症状,容易造成误诊漏诊。因此临床医生对阑尾炎患者应提高警惕,术前应仔细询问病史,及时行相关检查,必要时术中探查,以减少误诊漏诊的概率。

[关键词] 结肠癌;阑尾炎;病例分析

[中图分类号] R735.35;R656.8 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)06-0620-02

Analysis of 32 patients with colon cancers co-existing with appendicitis

MA Wen-chao, ZHANG Wei-hui, XUE Dong-bo, ZHAO Song, GAO Bo (Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin Heilongjiang 150001, China)

Abstract: Objective To explore the reason of colon cancer with appendicitis and reduce the rate of misdiagnosis. **Methods** We carried out analysis retrospectively to analyze 1 094 hospitalized patients with colon cancer in the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University from January 2006 to March 2013. **Results** Among 1 094 colon cancer patients, 31 patients who firstly diagnosed with acute appendicitis received appendectomy, 1 patient with appendiceal abscess received non-surgical treatment. Among 31 patients with acute appendicitis, 6 patients were found to be with ileocecal tumors during surgeries; 24 patients were diagnosed with colon cancer within one year; incision of 1 patient did not heal, with continuous drainage of brown liquid; the appendicitis of 1 patient who received non-surgical treatment was recurrent. **Conclusion** As lack of typical symptoms, colon cancer is prone to misdiagnose and diagnose incorrectly when the cancer co-exists with appendicitis and symptoms of appendicitis were showed firstly. Therefore, clinicians should be vigilant for patients with appendicitis. In order to induce the rate of misdiagnosis, it is essential that requesting disease history carefully, timely and relevant inspection and appropriate exploratory surgery for the patients with appendicitis.

Keywords: colon cancer; appendicitis; case analysis

结肠癌是临床上最常见的消化道肿瘤之一,其症状主要表现为出现无特殊诱因的大便习惯改变,持续性腹泻或便秘,便频、粪便伴脓血、黏液、血便;或出现持续性腹痛、胀气、腹部不适。当结肠癌患者并存阑尾炎时,患者通常主要表现出右下腹痛,发热,白细胞升高等阑尾炎的症状,临床经验较少的医生往往只满足于阑尾炎的诊断,行非手术治疗或仅行阑尾切除术,从而导致对结肠癌的误诊或漏诊。因此当结肠癌与阑尾炎两病并存时,准确而全面的诊断最为重要,以免延误结肠癌的治疗。本文作者通过查阅本院 2006 年至 2013 年的病例,结合相关参考文献对结肠癌合并阑尾炎做了详细的病因分析,以期对该类疾病的诊断与治疗起到参考意义,从而减少临床误诊和漏诊概率。现将相关内容报告如下。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201306016

[收稿日期] 2013-06-13 [修回日期] 2013-06-28

1 资料与方法

1.1 临床资料

本院 2006 年 1 月至 2013 年 3 月经手术证实的结肠癌合并阑尾炎患者 32 例,男 17 例,女 15 例,45 岁以下 5 例,45 岁以上 27 例,平均年龄 48.4 岁。32 名患者都曾因右下腹疼痛,伴发热而被诊断为急性阑尾炎。其中 24 例(75%)在阑尾切除术后表现为右下腹胀痛,停止排便排气,触及右下腹包块,经过肠镜检查发现结肠肿瘤;6 例(19%)患者在外院行阑尾切除术,术中发现回盲部肿瘤,因医院条件有限无法处置,转入我院;1 例患者因 1 个月前在外院行阑尾切除术后引流管持续引出褐色液体而入我院治疗,行肠镜检查诊断结肠癌;另有 1 例患者在外院诊断为阑尾周围脓肿,行非手术治疗后复发,来我院诊治,行肠镜检查,结果诊断结肠肿瘤。

1.2 方法

32 例患者在我院接受手术治疗,术中发现右半结肠及回盲部肿瘤 24 例(65.6%),行右半结肠切除术;横结肠癌 3 例(9.4%),行结肠肿瘤切除术,肠端端吻合术;左半结肠及乙状

结肠癌 9 例(25%),行左半结肠切除术。

2 结果

术后病理检查:高分化腺癌 8 例,中分化腺癌 20 例,低分化腺癌 4 例,未分化腺癌 0 例。结肠癌病变部位:右半结肠及回盲部 21 例(65.6%);横结肠 3 例(9.4%);左半结肠及乙状结肠 8 例(25%)。本组患者术后经过切口换药均痊愈出院,未出现死亡病例。

3 讨论

阑尾炎为急性病,早期就可以表现出症状,而结肠癌早期没有症状。有些结肠癌患者经常表现出阑尾炎或阑尾周围脓肿的症状,当两病并存时往往给临床医生的诊治带来了困难,对此我们应当给予高度重视,找到两病并存的原因至关重要[1]。我们认为结肠癌合并阑尾炎与以下几个因素有关:①结肠癌癌细胞转移导致阑尾淋巴回流受阻。当结肠癌发生淋巴转移时,阑尾的淋巴回流受阻,从而导致阑尾水肿、缺血、坏死,使阑尾本身抗感染能力下降。而且阑尾的基底部狭小,回盲瓣肿胀关闭,阑尾局部渗出,分泌黏液增多,引起阑尾梗阻,为细菌感染创造有利条件,从而造成急性阑尾炎[2]。②肠腔内发生菌群改变;正常的人体肠道内存在大量细菌,多达 400 ~ 500 种,总数量约为 1×10^{14},其构成迄今为止尚未完全明确。细菌约占正常成人粪便重量的 60%,其中 80% 由 6 种主要细菌构成,包括拟杆菌属、双歧杆菌属、乳酸杆菌属、梭菌属、肠球菌属和肠杆菌属,每个菌属均包括许多菌种[3]。有文献均显示肠道细菌与结直肠癌之间存在明显关联[4],具核梭杆菌存在于癌区黏膜内而很少出现在正常人体肠道内。将大肠癌患者粪便移植到无菌的小鼠肠道内,则该小鼠肠黏膜出现异常隐窝灶(ACF)和细胞增殖;如果应用化学诱癌剂,则较之对照更容易出现大肠癌[5]。上述研究表明肠道菌群的改变与结直肠癌有明显的关联,而肠道内菌群的失衡则有可能使异常的细菌侵入阑尾腔内,在阑尾腔内繁殖,分泌内毒素和外毒素,损伤黏膜上皮并使黏膜形成溃疡,细菌穿过溃疡的黏膜进入阑尾肌层[6],导致阑尾炎。③结肠癌侵及阑尾周围血管,导致血管的痉挛收缩,坏死。阑尾动脉是一条细小的终末动脉,当结肠肿瘤侵及阑尾周围血管时,可使阑尾血管因痉挛收缩而导致缺血、坏死,使细菌侵入而由内向外引起阑尾炎。严重时还可发生阑尾坏疽、穿孔[1]。④结肠癌造成患者免疫功能异常,增加了阑尾的易感性。阑尾具有 B 细胞和 T 细胞,研究表明阑尾具有发育良好的淋巴器官的形态特征,所以阑尾具有重要的免疫功能[7]。结肠癌患者体内的营养物质被大量消耗,使人体免疫力下降,而阑尾含有大量淋巴组织,吞噬细胞,可因吞噬细胞而造成阑尾管腔的狭窄,促使了阑尾炎的发生。⑤肠道动力学的改变。结肠的生理功能是经过结肠各种运动的搅拌和翻转,吸收水分,无机盐和葡萄糖,参与机体对水电解质平衡的调节,完成对食物残渣的加工,形成,储存和排出粪便[8]。结肠的运动形式包括袋状往返运动,分节推进运动与多袋推进运动、蠕动、团运动[9]。结肠运动主要依靠肠源性神经系统调节,另外植物神经系统中枢神经系统神经递质及多种激素也参与结肠运动调节,结肠动力性能也就是结肠自发运动的能力,包括结肠的收缩和舒张运动以及结肠内容物在肠道内的运转。首先,当肿瘤细胞浸润肠系膜或肠道的肌肉或神经,或副神经丛引起假性肠梗阻,造成肠道蠕动障碍,肠内容物因无法顺利通过肠道,将使原来已经膨胀的肠道血流量加倍,但因其他器官的供血量不变,将导致肠液的分泌量增加,进而影响液体及电解质的分布,形成混乱的情形,并导致血管内容量减少,肠道的血流动力学改变,若再与上述肠道内加量的血流作用,肠道压迫的情况将因此而产生,如发生在回盲部或阑尾,则可诱发急性阑尾炎的发生[10]。其次,发生结肠癌后刺激结肠,使结肠节段性收缩加强。如果回盲瓣功能良好,可使结肠癌病变上段的结肠腔内压力升高。而肠腔内压力与肠腔半径成正比,回盲部为全结肠最宽大部位,压力最高,阑尾腔内径最小,压力最低。当肠腔内压力持续升高时,这种压力差最为显着,可致阑尾引流不畅,从而发生急性阑尾炎[1]。由以上肠腔压力与结肠癌病变部位的关系可知,这种肠腔压力与癌肿和回盲部之间的距离有关,结肠肿瘤距离回盲部位置越近越容易并发阑尾炎。

在诊治过程中应注意:①久治不愈的阑尾周围脓肿,如触及右下腹包块,不要只满足于阑尾周围脓肿的诊断,应及时行肠镜检查;②中老年患者在行阑尾切除术时,应该采用右下腹经腹直肌或腹直肌外侧缘探查切口,以免造成结直肠癌的误诊、漏诊。术中若发现阑尾病变与临床表现不符合时,应该扩大切口,探查末端回肠、结肠,如果术中发现不能确诊的异常肿块,应切除后行术中冰冻病理检查;③对于年龄大于 45 岁的患者,急诊行阑尾切除术,如果术中探查未见异常,待术后切口愈合后应行肠镜检查,以减少漏诊;④对于行阑尾切除术后仍然出现腹痛,腹胀,腹泻,便血,切口不愈合及贫血或肠梗阻的患者,要考虑存在结肠肿瘤的可

(下转第 624 页)

量杯取软化水的水样100 mL,在多参数水质测定仪中进行硬度值测试,钙、镁离子含量小于等于0.03 mmol/L为软化水的合格标准。当水质检测合格后,再分别取用软化水和纯化水(也可同时取用),并记录各自的取水量。将设备连续试运行10 d分为1个检测组,经连续3个检测组后进行测试数据汇总和分析。设备运行状态和运行数据均达到或优于设计指标值,见表1。

表1 野外池塘水产水试验的测试结果

周期	纯化水电导率(μS/cm)	软化水硬度(mmol/L)	合格纯化水供水量(L)	合格软化水供水量(L)
10 d	3.8~8.0	≤0.03	3 225	11 000
20 d	3.3~8.2	≤0.03	6 600	22 500
30 d	3.4~8.3	≤0.03	9 440	28 000

3.2 汛期江河水的产水试验

江河水含泥沙较多,浑浊度较大,且水质与地震灾区和洪涝灾区的野外水源较接近,水处理过程中澄清和沙滤的难度较大。将样机放置在汛期的河边取水,每天正常开机4 h,每10 d软化再生处理1次,观测设备运行状况。纯化水和软化水生产试验的频次和监测方法同上述池塘水的产水测试,结果设备运行状态和造水质量与池塘水的产水试验结果无明显差别。

3.3 产水稳定性及供水试验

以汛期江河水为造水水源,将样机处于自动运行状态进行连续产水试验,共运行20 d,以测试设备的运行稳定性、产水能力、供水能力和耗材使用周期。结果平均24 h内纯化水和软化水的连续取水量分别达2 080 L和12 100 L,设备在无故障、无报警状态下的最短运行时间为137 h,PP过滤器和沙滤过滤器的最短更换时间为186 h,RO滤膜最短更换时间为154 h,软化再生最短间隔时间为26 h。参照平时医院100张床位数医院在器材洗消和伤口处置的平均用水量(伤口清创和医疗器材灭菌的纯化水使用量约为750 L/d,医疗器材洗消的软化水使用量约为3 500 L/d),其纯化水和软化水的消耗分别仅为试验样机平均产水能力的36.1%和28.9%[5]。由此说明,该样机正常运行能满足100张床位数以上移动式医院开展灾害救援的器材洗消、伤口清创和应急饮用等基本需求。

本次研制的车载式多功能水处理器,不仅创建了野外条件下软化水、纯化水的一体化生产与供给技术,并且通过模拟试验证实能适应灾区的野外条件和野外水源,为解决我国较大规模灾害条件下开展医疗救援的用水困难和移动式医院建设,提供了新方法和新设备,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 张志强,李 忠,杨 轶. 灾害医疗救援队医疗装备配置方案的研究[J]. 中国医学装备,2012,9(5):19-21.
[2] 方 欢,朱京慈,张丽梅. 国内外野战救护装备的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2011,28(8B):22-24.
[3] 郭树森,付 磊,葛 毅. 地震应急医学救援各阶段的卫勤力量使用[J]. 人民军医,2012,55(4):286-287.
[4] 朱 弋,王振洲,徐志荣,等. 医用纯水制作技术原理及要素分析[J]. 医疗装备,2011,24(5):14-15.
[5] 陈 科,王庆梅,罗跃全,等. 一种医院消毒供应中心集成水处理设备的研制[J]. 局解手术学杂志,2013,34(1):34-36.

(编辑:左艳芳)

(上接第621页)

能;⑤对于经过长时间保守治疗且症状未见缓解的慢性阑尾炎患者,在拟行手术前应行肠镜检查,另外CEA,CA199等肿瘤标记物检测也有一定意义。

结肠癌本身临床症状不典型,当并存阑尾炎时往往表现出阑尾炎的症状,容易造成误诊漏诊,尤其年龄在45岁以上的患者更应该注意,因此临床医生对中老年患者患阑尾炎应提高警惕,仔细询问病史,及时行相关检查,必要时术中探查,以减少误诊漏诊的概率。

[参考文献]

[1] 王 健,周俊强,叶林加. 回盲部肿瘤误诊为阑尾炎15例分析[J]. 局解手术学杂志,2008,17(1):30.
[2] 曹 亮,周海平. 表现为阑尾炎的结肠癌34例分析[J]. 内蒙古中医药,2011,30(14):54-55.
[3] 白 鹏,吕愈敏,顾 芳. 细菌16SrDNA荧光定量PCR法分析溃疡性结肠炎患者肠道菌群变化[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2008,17(7):566-571.
[4] Kostic AD, Gevers D, Pedamallu CS, et al. Genomic analysis identifies association of Fusobacterium with colorectal carcinoma[J]. Genome Res,2012,22(2):292-298.
[5] Wang T, Cai G, Qiu Y, et al. Structural segregation of gut microbiota between colorectal cancer patients and healthy volunteers[J]. ISME J,2012,6(2):320-329.
[6] 戴显伟. 外科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2007:126-131.
[7] 杨金镛,崔自介. 普通外科诊疗术后并发症及处理[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:157-162.
[8] 张国林. 结肠炎[M]. 北京:科学技术出版,2000:22-30.
[9] 叶 鸣. 便秘[M]. 南昌:江西科学技术出版,2001:76-81.
[10] 陈敏钧. 癌症治疗护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:226-231.

(编辑:周小林)