维普资讯 http://www.cqvip.com

急性细菌性痢疾并发结肠坏死穿孔五例报告

朱育洪*

一、临床资料

本组5例，其中男2例，女3例。年龄最小3岁零8个月，最大35岁。发病至就诊时间最短11天，最长1月，病情突然加剧2天3例，4天者2例。

临床表现：腹痛、突然加剧5例，腹泻、粘液血便和/或脓血便伴里急后重5例，腹部压痛4例，拒按压1例，肌紧张2例，反跳痛4例，腹胀伴肠鸣降低和/或消失4例。腹部肿块1例，气腹3例，肠积气、液平面1例，高热(39～40℃)，畏寒4例，低热(36.5℃)1例。

化验：白细胞与中性粒细胞升高4例，减少(4.4×10^9/L)1例。大便常规粘液血便或脓血便5例，镜检红细胞、白细胞多5例，脓细胞成堆5例。阿米巴检查4例均(－)。血肥大试验1例(－)。

手术：手术距入院时间最短1小时零30分钟，最长5小时。手术类别经穿孔置管引流2例，修补穿孔、回肠造瘘1例，回肠末端造瘘1例，升结肠、回肠造瘘1例。腹腔引流4例，腹腔、盆腔引流1例。5例均用加入纤菌肽和卡那霉素的大量冷生理盐水冲洗腹腔及盆腔。手术至死亡时间，术后当日1例，第2日3例，第36日1例。死亡原因中毒性休克4例，中毒性心肌炎，重症感染伴持续高热1例。

二、讨　论

(一)病理解剖：细菌性痢疾的病变部位以乙状结肠和直肠为主。重症患者可累及全部结肠、回盲部与回肠末段。本组病例肠道严重病损部位，盲肠3例，其中一例盲肠壁大部分坏死，并累及升结肠。附近的回肠、阑尾充血，穿孔达5处之多；另一例降结肠部分坏死，结肠穿孔的数目1～5个，穿孔的大小不等，直径约0.2～1.5cm。穿孔边缘的肠壁糜烂、坏死，经穿孔外露的肠粘膜亦呈黑色、坏死改变。

(二)误诊原因分析：本组术前确诊2例，误诊3例，现将误诊原因分析如下，

1.误诊为肠套叠及急性阑尾炎穿孔：肠套叠为婴幼儿最常见的一种肠梗阻，具有腹痛、呕吐、腹泻、肿块四大主要临床特点。本例男孩，3岁零6个月，腹痛、腹泻11天，由泡沫样稀便至入院前4天解粘液血便，呕吐10多次，右下腹扪及一约5×3cm腊肠样肿块。拟诊"肠套"而作钡灌肠，但因未见"肠套"征象而被否定。继之，又以腹膜炎，右下腹明显压痛而诊断为急性阑尾炎穿孔并弥漫性腹膜炎给予手术。手术证实为盲肠壁片状坏死、穿孔，

为什么又再次误诊为急性阑尾炎穿孔？考虑小儿急性阑尾炎发病率高，病史不清，检查不合作，症状、体征不典型。阑尾壁薄极易穿孔，穿孔后又因大网膜发育不全而不易包裹局限，容易形成弥漫性腹膜炎，全身中毒较早而严重，危险性大等。忽视了患儿急性细菌性痢疾史和及其可能导致之结肠病损，是造成本例再次误诊之主要原因。

2.误诊为伤寒肠穿孔：伤寒肠穿孔的特点是穿孔的时间常在伤寒发病的第2～3周，病变多在回肠末段，发病初期常侵犯肠壁集合淋巴泸泡或孤立淋巴泸泡，引起充血、水肿，"并在此基础上可发生不同程度的坏死、溃疡"。当肠腔内压力增高时，即可发生肠穿孔。穿孔多在距回盲部50～100cm内回肠的肠系膜对侧肠壁。回盲部很少发生穿孔。本例入院后按菌痢治疗，疗效不佳，因持续高热(38～39℃)，白细胞4.4×10^9/L，N0.41，L0.59。初诊伤寒肠穿孔并急性弥漫性腹膜炎而手术。手术证实为盲肠壁大部分坏死，前壁有蚕豆大小穿孔，洞口为坏死结肠粘膜所覆盖。回肠、阑尾充血、水肿。忽略菌痢病史，着眼于持续高热与低血像是造成本例误诊的原因。

3.误诊为腹部术后肠粘连致急性肠扭转、坏死穿孔：粘连性肠梗阻多见于腹部手术后肠袢间的粘连或粘连带所致，并可发生急性肠扭转，出现剧烈腹痛、呕吐、腹胀、排气排便停止。严重者可引起肠壁缺血坏死、穿孔，急性弥漫性腹膜炎。本例因急性菌痢住院治疗，无明显好转，住院4天出现恶心、呕吐、腹胀、排气排便停止。结合患者4年前有胆道蛔虫手术史，腹透双膈活动好，未见气腹，肠腔胀气并有液平面，因而异致误诊。

(三)治疗：要把抢救病人生命放在治疗的首位。早期确诊和早期手术是降低死亡率，减少并发症的关键性措施。

* 作者单位：550004　贵州省贵阳市贵阳医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com

1、严格控制感染：急性菌痢并发结肠坏死穿孔的主要问题，是粪便性弥漫性腹膜炎、腹腔内严重感染伴中毒性休克，病情十分险恶。除全身应用抗生素外，腹腔内严重感染的良好处理，是提高治疗率，减少并发症、降低死亡率的一项重要措施。在积极抗休克的同时，要尽早手术。术中必须尽量清除腹腔内粪汁、脓液和渗液、坏死组织等感染源。并用大量冷生理盐水冲洗腹腔，每100毫升内加入杆菌肽5000单位卡那霉素1克。安置适当有效的腹腔和骶前引流，保持引流通畅十分重要。术后还要注意腹腔或盆腔残余脓肿、肠瘘的发生与切口感染。

2、对病损结肠的处理：应根据病人全身状态、休克程度、肠管病损情况，以及穿孔后至手术的时间等，采取不同的措施。要求手术简单、短时、有效。既要迅速地探查，又要防止术中遗漏。迅速初步缝合穿孔，以免肠腔内容物继续漏入腹腔增加感染；经穿孔置管，或缝合穿孔在其附近端行肠管造口术，对全身情况极差，严重休克的重症病人，仍是一种应急、简捷、省时的可取方法，但要警惕术后再穿孔的可能；对多发、散在、病损肠管范围广泛，肠壁大片坏死，伴严重休克的病例，处理是十分困难的，可先将病损肠管外置，待病人全身情况好转后再进行二期手术。

3、全身支持疗法：急性菌痢导致体质消耗、全身生理机能紊乱，机体抵抗力降低，并发穿孔后中毒症状更加严重，多有不同程度的中毒性休克，除积极应用抗生素控制感染与及时施行手术外，积极的支持疗法十分重要，如维持水与电解质平衡、营养支持等以改善全身情况，提高疗效。

4、病原治疗：积极合理的治疗痢疾不仅可加快恢复过程，并可消灭结肠粘膜组织内的病原菌，控制和/或消除肠道的继续病损，以取得满意临床效果。(1)氟喹诺酮类合成抗菌药对多种肠道感染有效，可用环丙沙星200mg，以5%葡萄糖50～100ml稀释，于30～60分钟内滴注完毕，每日2次，但此药不宜用于小儿和孕妇。(2)氨基糖甙类抗生素肌肉注射为辅助治疗，如丁胺卡那霉素0.2～0.4g，日2次，庆大霉素8万单位，日2～3次，其次为氨苄青霉素4～8g/天，静脉滴注为主。亦可用磷霉素钠2～6g/天，静脉滴注，与氟喹诺酮联合应用者协同作用。

5、防止循环衰竭：(1)扩充血容量：首选平衡盐液，输入量应根据病情而定，一般休克越重、输入量越大，常需超量补充。可根据尿量与中心静脉压调整输液量及速度。(2)疏通微循环：使用低分子右旋糖酐，以解除微循环红细胞聚集，并使用血管活性剂，以解除微循环血管的痉挛，首选阿托品，儿童0.03～0.05mg/kg，成人每次20～25mg，静脉注射，每5～15分钟/次，面色转红，四肢转暖，血压回升稳定后减少用药次数或停用。(3)纠正酸中毒：常使用5%碳酸氢钠液静滴，作用快，效果好。(4)防治DIC：加贝酯是一种蛋白酶抑制剂，加抑制凝血酶、Xa因子、纤溶酶和血小板凝集，对防治DIC有一定效果。(5)强心升压：常选用多巴胺，既有增加心肌收缩力，改善心功能及升高血压的作用，又有改善肾脏等重要脏器的灌流。(6)防治脑水肿和呼吸衰竭：应早期控制过多含钠溶液的输入，以预防脑水肿，当有呼吸衰竭早期迹象时，即应快速输入20%甘露醇或25%山梨醇，直至脑水肿症状消失，注意保持呼吸道通畅。给氧以提高血氧分压，并可用山梗菜碱、利他灵或回苏灵等呼吸兴奋剂。(7)降温止惊：高热易引起惊厥，加重脑缺氧和脑水肿，可综合使用物理降温，安乃近和亚冬眠疗法，争取短时间内将体温降至36～37℃，冬眠时间不超过12～24小时，惊厥不止者，可静脉注射安定0.1～0.4mg/kg或水化氯醛溶液灌肠30～60mg/kg或苯巴比妥钠肌注5～8mg/kg。

参考文献

1. 王季午主编. 传染病学. 上海：上海科技出版社，1979，8.
2. 王季午主编. 传染病学. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1985，5.
3. 相马哲夫等. 大肠穿孔的治疗方针. 外科诊疗(日)，1984，26(11)：252.
4. 陈启锋等. 菌痢性结肠穿孔1例. 局解手术学杂志. 1996，5(2)：45.

(收稿：1998－05－10)