维普资讯 http://www.cqvip.com

21—23 腹膜炎，阿米巴性，外科手术，

9872(7)

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 3 期总第 7 期

阿米巴性腹膜炎的手术治疗

贵阳医学院外科 郭光麟
（贵州贵阳，邮政编码 550004）

R656.4

临床资料 例 1 住院号：80254，女，38 岁。因腹泻 2 月余，剧烈腹痛 6 小时急症入院。

入院前两个多月，因饮生水后出现腹泻，每日 10 多次，量少，均为脓血样便，里急后重，无畏寒发热。经治无效，腹泻加重，每日 20 多次，仍为脓血样便。入院前一周出现下腹隐痛及腹胀，以“阿米巴痢”收入某传染病院，给以卡巴砷、土霉素等治疗。腹泻无明显好转，解脓血粘液便，腹痛、腹胀，里急后重日渐加重。入院前 6 小时，突发剧烈腹痛，经诊断为“腹膜炎”转入我院。体检：T36.8℃，P120，R24，BP14/10Kpa。神清，急重病容，痛苦表情。心肺（－）。全腹膨胀，肌张力明显增强，压痛及反跳痛、左下腹为最，拒绝扪诊。肝浊音界缩小，有移动性浊音，肠鸣消失。肛指：左上前方触痛，指套有脓血粘液便。

白细胞 29×10^9/L，N82%，L18%，红细胞 29×10^{12}/L，血色素 8g。大便暗红，粘液稀便，镜检：红细胞 2～6，白细胞（＋），找到阿米巴滋养体。尿黄，清，比重 1010，蛋白（＋），镜检：脓球 1～3，混合管型 0～3，颗粒管型 0～1；二氧化碳结合力 25ml%。临床诊断：阿米巴痢疾并肠穿孔、急性弥漫性腹膜炎，酸中毒，治疗：于入院后 2 小时又 30 分急症手术，见腹腔内大量混浊液体从切口喷出，未察觉气体溢出。左下腹有脓性液，乙状结肠周围有大量纤维素，乙状结肠有多处片状发黑坏死区。整个结肠均变硬增粗，诊为阿米巴性肉芽肿。小肠明显充气，壁增厚，肠腔内有大量粪便积存，呈慢性肠梗阻征象。手术以乙状结肠壁坏死区附近的组织遮掩坏死面并予缝合。回肠末端造瘘，腹腔内烟卷引流。

术后诊断：1. 阿米巴性痢疾；2. 结肠阿米巴性肉芽肿坏死并急性弥漫性腹膜炎；3. 慢性肠梗阻。术后经多方抢救无效，于术后 4 日死亡。

例 2 住院号：73939，女，$3\frac{8}{12}$岁。因高热 15 天，腹泻 7 天，腹胀 2 天由某传染病院转入我院。15 天前开始发热，持续 39～40℃，注射青霉素等不退热，疑为“伤寒”住入某传染病院，入院后 7 天，大便次数日渐增多，每天由 10 多次增至 30 多次，粘液、脓血便，里急后重。入院后 9 天开始腹胀，出现面色苍白，烦躁不安，初诊为“肠穿孔”（由痢疾或肠伤寒引起）转入我院。体检：T39℃，P148，R36，BP13/10Kpa。急重病容，面色苍白，唇色绀，肺（－），心率 160～180，律齐。腹明显膨胀，肌张力增强，压痛及反跳痛，以右下腹为最，肝脾扪不清，肝浊音界存在，未试出移动性浊音，肠鸣低。肛指：血性大便。红细胞 3.5×10^{12}/L，血色素 10.5，白细胞 4.5×10^9/L，N63%，L37%，尿黄浊，红细胞 2～8，白细胞 1～8，白细胞 1～2，溶组织职权米巴 0～3，二氧化碳结合率 57.4ml%。

腹透：双膈下未见游离气体，肠道胀气，无液平面。临床诊断：阿米巴痢疾并肠穿孔，中毒性休克。入院后即积极抢救，并给以阿的平、氯霉素等治疗，但因家属坚决不同意手术，于住院第 3 天自请出院。

例 3 住院号：81584，男，5 岁。因腹泻、腹痛半月，腹痛加剧伴腹胀 36 小时，由某传染病院请急会诊后转入我院。

半个月前开始腹痛，解粘液脓血样大便，每次量少，每天约 20～30 次，明显里急后重，并发轻度脱肛，发热，无畏寒。经诊断为“阿米巴性痢疾”收入某传染病院。住入该院后，大便中曾查出阿米巴滋养体及包囊体，采用氯化奎宁及土霉素联合治疗，疗效不佳。在该院住院的 5 天内，每天仍解粘液脓血样便 30～40 次，体温波动在 38～39℃间。36 小时前突发剧烈腹痛并逐感腹胀。检查发现右下腹明显压痛，肌紧张及反跳痛，肝浊音界缩小，肠鸣消失。仍继续观察并作双侧肾囊封闭，在作右肾囊封闭时，进针 4cm，抽出巧克力色脓液。以“阿米巴痢疾并肠穿孔、急性弥漫性腹膜炎”转入我院。体检：T38.7℃，P160，R34，BP 未测出。消瘦，重危病容，明显腹水征，面色苍白，唇绀，呼吸浅快，鼻翼扇动。双肺呼吸音粗糙，满

维普资讯 http://www.cqvip.com

布干、湿性罗音。心率快，心尖区可闻吹风性Ⅰ级缩鸣。腹膨隆如蛙腹状，全腹肌张力增强，压痛，反跳痛，以右下腹为最。肝上界在第4助隙，右肋下触及约 3cm。肠鸣消失。肛指：脓血便。血色素 13 克，白细胞 7. 4×10^9/L，N65%，L32%，大便稀红粘液，镜检白细胞 1～6，膜透：肠道积气，未见气腹。临床诊断：1. 阿米巴痢疾并肠穿孔，急性弥漫性腹腊炎、中毒性休克；2. 阿米巴肝脓肿；3. 肺部感染。住院经过：入院后即行积极抢救，但因病情危重，急速恶化，于入院后 3 小时死亡。

讨论：阿米巴性腹膜炎是阿米巴病的严重并发症，约占阿米巴病并发症发生率的 3. 1%。它可发生于阿米巴肝脓肿穿破、结肠阿米巴肉芽肿糜烂、破溃、阿米巴性结肠穿孔或阿米巴性缺血性坏死性结肠炎，其中尤以后二者的病情最为严重。多见于暴发型阿米巴痢，常有剧烈腹痛、腹泻，并伴严重的中毒性休克，起病急，发展快，予后差，死亡率极高。甘入等报告的 10 例中仅 1 例治愈，9 例死亡[1]，Barker 氏（1958）报告的 19 例中仅 5 例治愈，死亡 14 例，已具以说明其予后之恶劣。患者机体的极度衰竭及严重的中毒性休克是造成本症死亡率极高的主要原因。

病理特点：阿米巴滋养体寄存于盲肠，升结肠或结肠的其他部位。Clarr 氏统计阿米巴侵击结肠部位：盲肠 87. 3%，升结肠 57. 1%，直肠 39. 6%，乙状结肠与阑尾各占 33. 3%。严重病例可侵及全部结肠与回肠下端，一般以盲肠、升结肠为最重，横结肠较少见[2]。

结肠内的缺氧状态，大肠肝菌、产气荚膜杆菌等细菌的繁殖，有利于滋养体的生存，并借其伪足与分泌之溶组织的透明质酸酶、水解蛋白酶与明胶酶等作用损害肠壁形成溃疡。随病情的进展，即渐侵入粘膜下层，形成多数散在的粘膜下脓肿。当微小血管被侵蚀、破坏，脓肿破裂，临床上即出现含阿米巴滋养体的脓血便与阿米巴痢疾症状。如侵蚀较大血管则出现肠出血。如阿米巴侵击肠壁，致结缔组织过度增生、水肿，则可形成极似肿瘤的阿米巴性肉芽肿块，或使结肠壁变硬，管腔狭窄。结肠纤镜检查可见肠粘膜增生性实质性突入肠腔的肿块或狭窄变直，呈失去正常结肠袋形的僵直肠段。此类病理改变，极难与结肠肿瘤或溃疡所形成之结肠肠壁病变相鉴别[1,3]。

如侵蚀肌层及浆膜则可造成肠穿孔、肠壁坏死，急性弥漫性腹膜炎等严重并发症。Luvuno 氏等（1985）认为阿米巴性结肠肠壁坏死，系由阿米巴滋养体侵入结肠血管壁，并有血栓形成栓塞，使被供应段之结肠出现大小不等、散在、局限或广泛性的，不同程度的肠壁或肠段缺血性坏死。有人手术发现阿米巴病患者之盲肠、升结肠及右半横结肠呈灰白色坏死，液化成糊状，恶臭，降结肠和乙状结肠严重充血水肿，僵硬，并有多数坏死区[4]，与全结肠坏死，阑尾烂掉，回肠末端 3cm 水肿溃烂[5]的严重病例。从结肠、阑尾与回肠末端血运供应的局解情况来看，此二例结肠等的严重病理改变，似与 Luvuno 氏等阿米巴性血栓闭塞性坏死性结肠炎的发病机理相符合。

诊断与鉴别诊断：临床上本症必须在粪便中找到阿米巴滋养体才能确诊。本文 3 例均符合此诊断标准。对持续高热患者，如本文例 2，则需与肠伤寒穿孔相鉴别，本症也必须与暴发型菌痢所致之结肠急性穿孔鉴别，前者可应用肥达氏反应试验，后者可于粪便中是否查出阿米巴滋养体以资佐证。

本文例 3 在住某传染病院期内，大便中查出阿米巴滋养体与包囊体，证实为阿米巴痢，但又从右肋季角进针 4cm 穿刺进抽出巧克力色脓液与坏死组织块，则该患儿合并有阿米巴性肝脓肿。然而在其转入我院 36 小时之前突然剧烈腹痛，逐渐腹胀，右下腹明显压痛、反跳痛及肌紧张，肝浊音缩小，肠鸣消失，继之全腹膨胀，肌张力增强，压痛，反跳痛，但仍以右下腹为最。高热，血压未测出。此例急性弥漫性腹膜炎则应鉴别系由阿米巴肝脓肿破溃所致，还是由阿米巴性结肠穿孔引起？该患儿突发剧腹痛，临床主征表现在右下腹，而不是原发于右上腹，继之右半腹，而后局限在右下腹，肝区剧痛或明显压痛，此系阿米巴肝脓肿穿破之重要表现，且病情表现较轻。但该患儿病情进展速猛，伴严重中毒性休克，于转入我院 3 小时后即死亡，故可说明该患儿之急性弥漫性腹膜炎系由阿米巴性结肠穿孔所致，而原发部位即在盲肠。

治疗：应用抗阿米巴药是治疗本症的基本措施，未经抗阿米巴药物治疗而施行手术者的死亡率极高。然而由于病人机体的极度衰竭、中毒性休克及心功能衰竭等原因而不能耐受依米丁等快速有效的抗阿米巴药物治疗。

手术治疗首先是应争取尽可能的早期确诊，

维普资讯 http://www.cqvip.com

9873(8)

才能做到争取时机早期手术治疗，但常由于警惕性不高而被延误。采取何种术式还应因引起本症的不同病因而各异。如本症源于阿米巴性肝脓肿破溃，则应作好肝脓肿的引流和腹腔引流；阿米巴性结肠穿孔，应于积极准备后即行手术修补穿孔，但术后应密切注意再穿孔的可能；阿米巴性坏死性结肠炎而有明显腹膜刺激征象者应早期手术，并根据手术所见结肠坏死部位、节段或广泛性程度不同而采取相应肠段的切除、近端肠造瘘；对节段性或片状局限结肠坏死，全身情况允可时可考虑肠切除后一期吻合术。术中腹腔内充分地冲洗，清除坏死组织、感染源与引流十分重要。冲洗液中可加入适量的选用的抗生素等药物，有人报告[4]术中或术后用甲硝唑注射液灌洗，术后静脉滴注甲硝唑。近年来临床上对甲硝唑的应用越来越广，它既可口服、静滴或伤口的局部应用，治疗感染，也可用来冲洗腹腔治疗局限性或弥漫性腹膜炎，但应警惕该药使用后可出现精神症状(6)，尤以静脉应用甲硝唑较口服易出现，症状也较重，它可发生在应用期或刚停用后。临床报告多发生在用该药的3～9天内。因此，如需静脉应用该药，一般以不超过一周为佳。术后还须积极治疗阿米巴，抗治休克，纠正水电解质及酸碱失衡，应用广谱抗生素控制混合感染。

参考文献

1. 甘人，等. 阿米巴性腹膜炎10例分析和探讨. 中华内科杂志 1963；11（4）：270.
2. 王季千主编. 传染病学. 上海科技出版社，1979.
3. 马应雷，等. 肠阿米巴病临床分析. 中华传染病杂志 1984；2（4）：237.
4. 贺景平. 结肠阿米巴病二例分析. 实用外科杂志 1987；2（10）：523.
5. 李明堂. 阿米巴病疾致全结肠坏死一例. 实用外科杂志 1987；7（2）：70.
6. 闻兆章，等. 甲硝唑静脉应用出现精神症状4例报告. 实用外科杂志 1987；7（4），封三.

23—24

255例胆石症手术漏诊胃癌2例分析

铜陵有色职工总医院 章帮兴 唐 斌

（安徽铜陵，邮政编码244000）

R735.2

胆石症是胆道系统中最常见的疾病，发病虽与胃癌无关，但这二种疾病同时存在于同一个病人的情况，在临床上仍有可能，有时注意到胆石症而忽略胃癌同时存在，以致失去同时手术良机，造成不良后果。我科自1987～1990年施行胆石症手术255例，漏诊胃癌2例分析如下：

临床资料

例1. 男性，61岁，上腹部反复疼痛20余年，曾B超诊断“胆囊炎”，“胆石症”，保守治疗无好转。于1987年2月16日入院。检查：体温39.2℃，右上腹有压痛，无反跳痛，白细胞11×10⁹/L，中性0.86，B超示：“急性胆囊炎”，给予抗菌素、激素治疗及对症处理，次日巩膜黄染，疼痛加重，右上腹出现反跳痛和肌紧张而手术探查，术中见胆囊张力大，胆总管扩张约2cm，脓性胆汁及数枚小结石。行胆囊切除，胆总管切开取石，“T”型管引流。术后恢复顺利，预期出院。出院后二月出现上腹部不适用胀痛，无黄疸体温正常，多次就诊及B超检查，拟诊“胆总管炎症”、“胆道术后综合症”，给予治疗症状无改善，反而加重。术后15个月，呕吐、黑便、纳差，消瘦，左锁骨上淋巴结肿大。于1988年8月17日再入院，行胃肠钡餐检查示：“胃窦幽门前区狭窄，不排除恶变”。胃镜检查及病检和脱落细胞检查均提示：“胃癌”可能。左锁骨上淋巴结病检：“转移性粘液腺癌”，部腹探查见：整个胃小弯、幽门至贲门均癌性浸润，周围脏器也被广泛侵犯，腹腔内淋巴结广泛转移。术后3个月病故。

例2. 女性，53岁，上腹部反复疼痛7余年，B超检查示：“胆囊炎、胆石症”，保守治疗无效，于1987年4月7日入院，行胆囊切除，术中证实胆囊内结石，术后恢复顺利，预期出院。出院后2周，上腹部不适胀痛伴腰背疼痛，术后2个月上述症状渐重，多次就诊和B超检查示：“胆总管炎症”给予消炎利胆治疗无效，术后8月出现腹泻、纳差、偶有呕吐，逐渐消瘦，于1988年1月3日拟诊“慢性胰腺炎”再次入院。胃肠钡餐检查示：“胃窦癌”而手术探查，术中是胃窦部6×5cm大

胃肿瘤；漏诊；胆结石；外科手术