维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.3

淋病性膀胱炎及膀胱憩室结石伴双输尿管开口阻塞误诊1例

徐 刚 （巴南区中医院泌尿外科，重庆 401321）

[关键词]] 前列腺摘除术;高龄患者
[中图分类号] R579 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0202-01

淋病性化脓性膀胱炎引起双输尿管开口炎性阻塞，同时伴双肾重度积水感染急性肾功能不全，代谢性酸中毒，在临床上十分少见。我科2003年6月收治1例双尿管下段结石伴双肾重度积水发生误诊，现报告如下。

1 临床资料

患者男性，43岁，已婚，因双腰部反复胀痛一年加重10 d，伴高热、寒颤，脓尿1 d入院。查：T 39.8 ℃，BP 115/70 mmHg，神清，精神差，心肺阴性，双肾区压痛，叩痛明显，双输尿管下点压痛，膀胱区压痛，无叩痛，外生殖器正常，前列腺检查正常。血常规检查结果：WBC 9.4×10^9/L，RBC 3.22×10^{12}/L，HgB 89 g/L，N 0.821，L 0.107，M 0.72，Bu 28.6 mmol/L，Cr 337.9 μmol/L，K^+ 3.84 mmol/L，Na^+ 137.2 mmol/L，Cl^- 110.9 mmol/L，ica 1.01 mmol/L，Tca 2.08 mmol/L，Tco 26.3 mmol/L，AG 20.0 mmol/L。B超提示：双肾增大，形态不规则，双肾实质可见大小不等的囊性液区，肾窦内回声不集中，约3.4 cm，双输尿管上段扩张1.5 cm，下段可见1.2 cm×0.8 cm的结石影，KUB+IVP，双输尿管下段行径处各有高密度影，IVP双肾及输尿管未显影。尿培养淋病双球菌阳性。

患者入院后，三联有效抗生素运用、纠正代谢性酸中毒、电解质紊乱。急诊手术，在术中发现双侧输尿管扩张1.5 cm，稍水肿，穿刺有白色混浊的尿液，沿输尿管下段走行未找到结石，游离膀胱两侧壁，发现各有一憩室，内有1.0 cm的结石，怀疑输尿管开口有异常，切开膀胱，见双输尿管开口水肿充血阻塞。取出结石，切除憩室并缝合，双输尿管开口放6F猪尾巴管留置，冲洗术区，缝合膀胱，放置引流管左右各一根，缝合各层。保留导尿。

2 结果与讨论

患者术后继续纠正代谢性酸中毒，电解质紊乱，纠正急性肾功能不全，加强抗感染，全身支持等处理，切口一期愈合，25 d拔猪尾巴管。半年后B超复查，双肾形态正常，无积水征。淋病双球菌引起泌尿系统如此严重的感染，导致代谢性的酸中毒，急性肾功能不全，非常少见，特别是膀胱两侧壁憩室内结石，与输尿管下段走行重叠巧合，在术前诊断上的准确性十分困难。手术探查十分重要，术中处理得当，纠正代谢性酸中毒快速、使患者由多尿期进入恢复期快，达到肾功能恢复正常。

[收稿日期] 2004-12-08 [修回日期] 2005-3-30

（编辑：邱全光）

老年性胃十二指肠溃疡急性穿孔60例诊治体会

于乐群 （营口市第二人民医院普外科，辽宁 营口 115000）

[关键词] 老年性;溃疡病;穿孔;腹膜炎特点
[中图分类号] R573.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0202-02

人体进入老年期，各重要脏器在形态及功能方面均发生一定的退变，机体的代偿能力和适应能力低下，老年性溃疡病急性穿孔是胃十二指肠溃疡最常见的并发症。文献报道[1]老年人胃十二指肠溃疡急性穿孔约占同期溃疡病急性穿孔的10%~15%。我院自2001年1月至2003年2月共收治老年胃十二指肠溃疡急性穿孔60例，现将临床资料分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组60例，男46例，女14例。年龄60~87岁，平均69.2岁。经病理和临床证实有胃溃疡急性穿孔22例，十二指肠溃疡急性穿孔38例。既往有溃疡病史38例。就诊时间：发病12 h内就诊27例，超过12 h就诊33例。临床表现：60例均有不同程度的腹痛、压痛及肠鸣音减弱或消失。其中9例仅有轻度压痛，无明显腹膜炎，发热5例；低血压12例；恶心、呕吐34例；水电解质酸碱平衡紊乱24例。血白细胞计数大于10.0×10^9/L 32例，中性粒细胞大于80%有35例。60例均拍立位腹部平片或腹部透视，其中24例未见膈下游离气体。14例行腹腔穿刺，2例阴性。延误诊治9例（急性阑尾炎4例，急性胃肠炎1例，冠心病心绞痛发作2例，慢性支气管炎急性发作2例）。

1.2 结果

60例均行剖腹探查术，穿孔位于十二指肠球部前壁37例，胃窦前壁16例，小弯侧5例，幽门前2例。穿孔直径大于等于0.5 cm 40例。术式：修补术24例（单纯修补术22例，穿孔修补

[收稿日期] 2005-01-12 [修回日期] 2005-03-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

加胃空肠吻合术2例),胃大部分切除术36例(毕Ⅰ式6例,毕Ⅱ式30例)。术后并发症25例(41.67%)。

1.3 预后

治愈52例(86.67%),死亡8例(13.33%)。其中修补组死亡6例,胃大部分切除组死亡2例。死亡原因:多器官功能衰竭6例,呼吸循环衰竭2例。平均住院时间18.2 d。有合并症者30例,死亡8例;无合并症者30例,死亡0例,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

2 讨论

随着老年生理机能的下降,老年人反应迟钝,对疼痛敏感性差,很多实验表明:老年人神经元突触减少,甚至消失,突触结构变形,中枢神经无传递机制及周围神经的冲动传导速度都明显减慢,且各脏器发生退行性变,免疫功能低下,再加之腹肌萎缩对炎症应激反应迟钝,从而使临床表现与病情变化不一致。当老年人胃十二指肠溃疡急性穿孔后,临床表现较轻,不能真实反映出疾病的严重程度,就诊时间偏晚,误诊率高。本组36例(60%)穿孔超过12 h就诊;低热5例(8.33%);9例中无明显的腹膜刺激征,且立位腹部平片或腹透未见膈下游离气体,而术中见腹腔污染严重,其中4例腹腔渗液超过1 000 ml。其次老年溃疡病患者常有一种或多种原有疾病,一旦溃疡病急性穿孔易造成临床症状重叠,相互掩饰,病情复杂,甚至因原有疾病发作而掩盖了腹部症状,造成误诊,本组9例误诊即属此类,其中2例在慢性支气管炎急性发作中发生十二指肠溃疡穿孔,直至发生中毒性休克后才注意了腹部体征而得以确诊。合并症的存在也常使临床医师在治疗上顾此失彼,以致延误。因长期的溃疡病史,造成营养不良、贫血。穿孔发生后易引起水电解质酸碱平衡紊乱,使麻醉和手术的风险增加,降低了抗病能力和手术耐受性,影响术后恢复。本组30例(50%)有合并症,并存内科疾病中以心脑血管疾病、肺部疾病、糖尿病为主。本组表明术前有合并症者死亡率高(26.67%)。因此,作者认为老年溃疡病穿孔一旦确诊,当合并较严重的心、脑、肺、肝、肾疾病和糖尿病等,在起病的第一个6 h作细致的临床监护和内科治疗是必要的,如监测期间病情恶化,应及时中转手术。只要手术时机和手术方式选择得当,可使治愈率大大提高,死亡率降低。

手术时机、术式的选择及对手术耐受性的估计对溃疡病急性穿孔的预后关系重大。虽然随着麻醉、术中、术后监测及术后护理水平的提高,高龄和穿孔时间不再是手术禁忌。然而,根据本组的临床特点,手术中应抓住主要矛盾,主要方法力求从简。原则上急诊根治性手术的死亡率不高于穿孔缝合或非手术治疗。适应证包括两个方面,一是根治手术的必要性,二是耐受手术可能性[2]。否则宜选择修补术。本组行修补术24例,术后死亡4例。胃大部分切除术36例,死亡4例。对十二指肠溃疡急性穿孔病人,考虑到单纯修补术后溃疡复发率较高,可在修补的同时行高选择性迷走神经切除术以降低溃疡病复发率。

老年溃疡病术后并发症主要与术前未被控制的合并症及腹腔污染严重程度有关,其中肺部合并症居首位。本组术后并发症25例(41.67%),死亡8例(32%);而无并发症者无一例死亡。因此术后并发症的防治是降低老年人手术死亡率的关键。具体措施是:①术后鼓励患者咳嗽及深呼吸,体位引流,适当的吸入氧气,早期拔除各种引流管,早期床上和离床活动,持续有效的胃肠减压;②加强心肺肾等重要器官功能的监护,继续治疗合并症,防治多器官功能衰竭;③动态监测水电解质酸碱平衡,避免水钠潴留;④合理应用抗生素;⑤恰当的营养支持,防治低蛋白血症;⑥行修补术者,术后继续予抗酸剂治疗。

[参考文献]

[1] 张中声,郑扶民,林增源,等. 老年急腹症[M]. 天津:天津科技翻译出版公司, 1997. 256.
[2] 吴阶平,裘法祖,黄家驷. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,1996.1101.

(编辑:邱全光)

急性阑尾炎的超声诊断

万培娟 (黑龙江省森工总医院超声室,黑龙江 哈尔滨 150040)

[关键词] 急性阑尾炎;超声诊断
[中图分类号] R714.255 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0203-02

急性阑尾炎是外科最常见的急腹症,可发生于任何年龄,以青少年居多,发生在儿童、孕妇和老年患者时诊断尤其困难,单凭临床症状及实验室检查很难正确诊断,而随着医学影像学的发展,超声检查已为国内外学者所认可。本文对经手术证实的不同类型的急性阑尾炎超声声像图特征进行了分析,现报告如下。

[收稿日期]2005-01-15 [修回日期]2005-02-23

1 临床资料

本组48例,男26例,女22例,年龄5~67岁,平均45岁。全部经手术及病理证实为急性阑尾炎。仪器采用美国HP8500GP超声诊断仪,探头频率3.5 MHz,患者取仰卧位,探查腹部后,对右下腹及麦氏点处做重点检查,适当加压,观察阑尾的走向、大小、管腔、管壁回声及其与周围脏器的关系。