参考文献:

[1] Schwarze S R, Dowdy S F. *In vivo* protein transduction: intracellular delivery of biologically active proteins, compounds and DNA[J]. Trends Pharmacol Sci, 2000, 21(2): 45—48.

[2] 梁英民, 孙 强, 蒋姗姗, 等. PTD-BCR/ABL 融合蛋白的表达及其跨膜转运[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2001, 17(4): 377—380.

[3] 梁英民, 蒋姗姗, 孙 强, 等. BCR/ABL 融合蛋白的表达和纯化及其抗血清的制备[J]. 第四军医大学学报, 2001, 22(14): 1 315—1 317.

[4] Green M, Loewenstein P M. Autonomous functional domains of chemically synthesized human immunodeficiency virus Tat trans-activator protein[J]. Cell, 1988, 55(6): 1 179—1 188.

[5] Frankel A D, Pabo Co. Cellular uptake of the Tat protein from human immunodeficiency Virus[J]. Cell, 1988, 55(6): 1 189—1 193.

[6] Vives E, Brodin P, Lebieu B. A truncated HIV-1 Tat protein basic domain rapidly translocates through the plasma membrane and accumulates in the cell nucleus[J]. J Biol Chem, 1997, 272(25): 16 010—16 017.

[7] Schwarze S R, Ho A, Vocero-Akbani A, *et al*. *In vivo* protein transduction: delivery of a biologically active protein into the mouse[J]. Science, 1999, 285(5433): 1 569—1 572.

(编辑 张大春)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)04-0424-01

自发性乙状结肠穿孔1例

A case report of colon sigmoideum perforation

石 彦, 宋 爽, 靳明林 (第三军医大学附属西南医院普通外科, 重庆 400038)

患者, 廖×, 男, 69岁。因便秘4 d, 负重后突发左下腹剧痛并迅速扩展至全腹而就诊。有冠心病、动脉硬化病史10年。查体: 急性病容, 烦躁不安, 血压10/6.5 kPa, 腹膨隆呈板状, 指肛检查扪及大量质硬粪块。腹部平片示结肠内大量粪便贮积, 未见膈下游离气体及肠梗阻征象, 诊断性腹穿抽出黄色混浊伴恶臭液体, 涂片脓细胞(+++)。拟诊: 空腔脏器穿孔伴弥漫性腹膜炎、中毒性休克。在积极抗休克的同时全麻下剖腹探查, 术中见: 腹腔充满淡黄色粪液, 大网膜移向左下腹, 腹膜及肠管广泛充血水肿并附有脓苔, 结肠内大量结燥粪便, 降结肠及直肠内扪及质硬粪石, 乙状结肠肠袢对系膜缘有一直径1 cm穿孔, 边缘粘膜外翻, 附有大量脓苔。取穿孔旁组织送冰冻病理检查示: 急性缺血坏死性肠炎。大量生理盐水冲洗腹腔至清亮, 甲硝唑冲洗腹腔后行乙状结肠袢式造瘘术, 左、右结肠旁沟放置血浆管, 盆腔放置烟卷引流。术后诊断: ①自发性乙状结肠穿孔伴弥漫性腹膜炎; ②中毒性休克。术后经积极抗感染及营养支持治疗, 患者痊愈出院。

讨论

自发性乙状结肠穿孔临床罕见, 也称为粪性溃病, 自发性大肠破裂, 结肠粪性穿孔[1], 平均发病年龄60岁, 无性别差异, 约60%的患者有便秘史[2]。Tokunaga 等[2]报道该病的好发部位为腹膜返折附近直肠前壁、直肠乙状结肠交界处对系膜缘和乙状结肠肠袢对系膜缘。分析本病例并结合文献, 造成自发性乙状结肠穿孔的原因主要有: ①乙状结肠袢到直肠乙状结肠交界处是结肠最狭窄部位, 大便结燥时不易通过而形成机械阻挡作用使肠内压增高, 局部易缺血, 甚至造成溃疡直至穿孔; ②乙状结肠最下动脉与直肠上动脉之间的Drummond动脉弓较细甚至缺乏, 该处肠管的血供差, 尤其是老年人合并有动脉硬化时更是如此, 这是该部位容易发病的解剖学依据; ③大便用力过猛、负重、导泻等可造成结肠内压突然增高的因素均为该病的诱因。

本病术前不易确诊, 多在手术时明确诊断[3], 我们认为当出现下列情况时应高度怀疑本病的可能: ①老年便秘患者突然出现左下腹疼痛并迅速蔓延至全腹而表现为弥漫性腹膜炎; ②指肛检查于直肠扪及质硬干结粪块; ③诊断性腹穿抽出混浊伴粪臭液体; ④腹部平片示结肠内粪便贮积伴肠腔扩张, 但不一定有膈下游离气体; ⑤问及大便用力过猛、突然搬运重物或导泻等诱因; ⑥有高血压、动脉硬化的病史。

彻底清洗腹腔、充分引流是治疗该病的关键。对穿孔的处理应依据具体病情选择, 主要方法有: 穿孔肠段袢式造瘘、病变肠段切除Hartman造瘘、穿孔修补近端结肠双腔造瘘。术中尽量排出结肠内贮积的粪便对降低肠腔内压、减少毒素吸收、加快肠功能恢复有积极作用。预后主要取决于就诊时间早晚、手术是否及时、破口部位及大小、术中清洗是否彻底及术后抗感染营养支持治疗力度和有无合并症等[4]。

关键词: 自发性; 乙状结肠; 穿孔
中图法分类号: R656.1 文献标识码: B

参考文献:

[1] 王长江. 自发性大肠破裂4例分析[J]. 中国实用外科杂志, 1995; 3(11): 673—674.

[2] Tokunaga Y, Hata K, Nishitai R, *et al*. Spontaneous perforation of the rectum with possible stercoral etiology: report of a case and review of the literature[J]. Surg Today, 1998, 28(9): 937—939.

[3] 孙明臣, 赵 萍, 吴 潼. 自发性结肠穿孔11例诊治体会[J]. 腹部外科, 1998, 11(5): 222—223.

[4] 吕洪海, 薛克修, 胡 军. 宿便性结肠穿孔病因分析与对策[J]. 新乡医学院学报, 1999, 16(4): 343—344.

(编辑 谢义霞)

作者简介: 石 彦(1973—), 男, 山东省济南市人, 硕士研究生, 医师, 主要从事腹腔感染及胃肠道肿瘤诊断与治疗方面的研究。电话(023)68754000—73074

收稿日期: 2001-11-12; 修回日期: 2002-03-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net