

过程,患者钡灌肠检查在先,然后再行腹部增强 CT,由于结肠穿孔之缘故,导致钡剂从肠腔内随结肠憩室的小穿孔处渗透至肠腔外,形成上述 CT 征象,而医生忽略了这一特殊影像,从而延误乙状结肠炎到透壁性穿孔的诊断。

任何疾病的诊断,医生不能单一凭借相关辅助检查,还应结合患者自身特点及临床过程,抓住细节,一追到底。针对此病例,对于怀疑有结肠憩室穿孔的患者未能很好地把握钡灌肠检查时机,一般认为需待憩室炎症体征完全缓解后至少 1 周以上才能进行钡灌肠检查,而此患者入院后一直有反复左下腹疼痛及左下腹压痛、轻度肌紧张体征,第 4 天上述症状并未缓解,进行钡灌肠检查后症状、体征有所加重,故不能完全排除医源性穿孔可能,虽然最终得以确诊并取得满意的治疗效果,但该病例的临床经过提醒,类似患者进行钡灌肠检查时应警惕钡灌肠可能会导致或加重结肠憩室穿孔。另外,临床医生应仔细阅读 CT 影像图片,并结合临床特征以确定诊断,制定正确的

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.054

胰源性区域性门脉高压症术后并发胃结肠瘘 1 例

余道武,苟毅,周健,黄中荣,曹洪,余天露[△]

(重庆医科大学附属永川医院肝胆外科 402160)

中图分类号:R619

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)04-0573-02

胰源性区域性门脉高压症是肝外型门脉高压症的一种,与门脉高压症一样可以上消化道出血、脾功能亢进为主要临床症状就诊;施行脾切除联合胃贲门周围血管离断术仍是治疗该类疾病的有效方法,但手术难度及术后并发症的发生率较非胰源性门脉高压症高。现将本科室 2012 年收治的 1 例胰源性区域性门脉高压症术后并发胃结肠瘘诊治体会报道如下。

1 临床资料

患者,女,44 岁。因“反复黑便 1 月余,突发呕血 1 h”于 2012 年 12 月 29 日入院。既往史:9 年前,因急性重症胰腺炎入住本院治愈;同年,因继发“粘连性肠梗阻,胰腺假性囊肿”,行肠粘连松解,胰腺囊肿引流(术中发现结肠脾曲粘连梗阻);6 年前再次因肠梗阻手术,结肠脾曲粘连成角,难以分离,行横结肠、乙状结肠短路吻合术;既往无乙肝病史。入院查体:生命体征平稳,中度贫血貌,心肺无异常,无肝掌及蜘蛛痣,无腹壁静脉曲张,腹部可见多处手术瘢痕,肝肋下未扪及,脾脏肿大,肋缘下可扪及,质地中等,较固定,第 I 线 4 cm,第 II 线 5 cm,第 III 线—1 cm。辅助检查:血常规提示中度贫血(WBC $3.2 \times 10^9/L$,Hb 78 g/L,PLT $96 \times 10^9/L$);凝血象、肝、肾功能等正常,HBV(—)、HCV(—)。胃镜:食管静脉中度曲张,胃底静脉重度曲张。腹部彩超:门静脉主干内径 1.0 cm,脾大,脾侧脾静脉迂曲增宽内径约 1.2 cm,胃底静脉明显迂曲扩张,最宽内径约 0.7 cm,呈蜂窝状改变,提示区域性门脉高压。上腹部 CT 示:食管胃底及脾门区静脉曲张、巨脾。入院诊断为胰源性区域性门脉高压症,食管胃底静脉曲张破裂出血、脾脏肿大伴轻度脾亢、中度贫血。入院后常规术前准备(包括肠道准备),于 2013 年 1 月 10 日全麻下行脾脏切除联合胃贲门周围血管离断术。术中示:肝脏质地软,无明显肝硬化改变;胃与胰腺、脾门及结肠脾曲间致密粘连,左上腹似冰冻腹腔;胃底周围及胃小弯静脉血管曲张明显,直径最粗达 1.5 cm,术中在游离胃底与脾门粘连时,发生大出血,为控制出血,快速将脾脏切除,导

治疗方案。

参考文献:

- [1] Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, et al. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon: thin-section helical CT findings[J]. AJR, 1999, 172(2): 601-604.
- [2] 于嵩, 王志刚, 郑起. 结肠憩室炎的诊疗进展[J]. 国际外科学杂志, 2008, 35(6): 419-422.
- [3] 沈峰. X 线对结肠憩室病的诊断[J]. 现代预防医学, 2008, 35(10): 1987-1988.
- [4] 李志勇, 赵海燕, 伍建林. 结肠憩室炎的 CT 研究进展[J]. 大连医科大学学报, 2008, 30(5): 480-482.

(收稿日期:2014-09-08 修回日期:2014-10-10)

致胃壁及结肠脾曲肠壁损伤,给予修补;术中出血约 4 000 mL,给予输红细胞悬液、血浆、冷沉淀,手术时间约 300 min。术后治疗情况:常规给予保留胃管,1 周患者胃肠功能恢复,术后第 9 天开始进食;术后 10 d 复查肝功基本正常,血常规示中度贫血(Hb 75 g/L),术后 2 周切口上端有渗液,伴食物样残渣流出,经口服亚甲蓝证实为胃瘘;患者无发热及腹膜炎体征,从切口放置引流管,胃肠减压,给予肠外营养及对症支持治疗;术后 5 周,试进流质饮食后约半小时,患者肛门排出未经消化食物。消化道造影证实为胃结肠内瘘,术后 6 周经鼻腔放置空肠营养管,行肠内营养,经肠内营养支持治疗 5 个月,行胃镜及消化道造影检查,胃外瘘及胃结肠瘘已愈合。目前患者进食、大便等正常,病情康复较好。

2 讨论

区域性门脉高压亦称为左侧门脉高压、局限性门脉高压、脾胃区门脉高压等,占肝外型门脉高压症的 5%,是引起上消化道出血的罕见原因^[1],是一种惟一可以治愈的门静脉高压症^[2]。根据病因,区域性门脉高压可分为胰源性、脾源性和腹膜后源性 3 类,其中以胰源性最常见^[3]。随着胰腺疾病发病率和诊断水平的提高,对本病的诊断率逐渐上升。胰腺的良、恶性疾病均可以导致区域性门脉高压症,尤其胰腺的急、慢性炎症,特别是重症胰腺炎后并发不同程度区域性门脉高压症的报道并不少见,作者报道的该例患者既往就有明确的重症胰腺炎病史。对于没有肝病背景的孤立性胃底静脉曲张应怀疑区域性门脉高压,其临床特点:(1)多有胰腺疾病;(2)多为孤立性胃底静脉曲张,反复呕血或黑便;(3)脾肿大;(4)肝功能正常。肠系膜血管造影是诊断区域性门脉高压的金标准,但随着无创检查如彩色多普勒超声、CT、MRI 的普及应用,血管造影已很少用。通过上述检查了解原发病变、脾脏大小及肝脏有无病变和门静脉血流情况,内镜发现的孤立性胃底静脉曲张常是诊断区域性门脉高压的重要线索^[4]。其治疗方法主要有以下几种。

(1)保守治疗:即不宜于外科手术及介入治疗者,可采用内科药物治疗,主要是针对原发病及降低门静脉压力的药物;非出血者主要是针对胰腺基础疾病的治疗,可用抗凝药物防止脾静脉血栓的形成,预防性使用胃黏膜保护药。伴有出血者可立即予药物止血、三腔二囊管压迫止血及对症支持,但远期疗效欠佳,经内科治疗后均应转外科手术。(2)介入治疗:包括选择性脾动脉栓塞术或经皮脾动脉栓塞等,但是均不能根本解决问题,亦可产生如脾脓肿、脾梗死等并发症。目前临床上较少应用,主要用于不能耐受手术,原发疾病不能去除不宜手术者及重度胃底静脉曲张、中重度脾亢需要处理者。(3)外科治疗:胃底静脉曲张无出血史者,行单纯脾切除术即可缓解高压。胃底静脉曲张且有出血史者,行脾切除加贲门周围血管离断术^[5]。本例患者无肝病病史,术前肝功能正常,术中见肝脏形态及质地正常,有食道-胃底静脉曲张,据上述临床特点,诊断区域性门脉高压明确。结合患者有出血及脾大表现,有施行脾切除联合胃贲门周围血管离断术手术指征;术后并发胃结肠瘘,经肠外、肠内营养治疗后,顺利康复。作者的体会:区域性门脉高压症合并脾肿大、脾亢、上消化道出血者,脾切除联合胃贲门周围血管离断术,仍是首选的方式;理论上对区域性门静脉高压症患者可以进行分流手术,但实际上由于胰腺病变造成的血管解剖困难和脾静脉栓塞及分流术后脾功能亢进的存在,分流手术治疗区域性门脉高压的疗效有限,临床很少应用。当然也有文献报道^[6]对主要累及胰头病变引起的胰源性门脉高压,大多为外压型,去除病变部位后若脾静脉阻塞改善,可考虑保留脾脏。但术前应充分估计手术难度,备足血源,术中分离致密粘连,防止大出血,尽量减少对胃肠壁的损伤是手术的关键。一旦发生大出血时,快速切除脾脏是控制出血的有效方法。估计手术难度较大者术前如行血管造影及脾动脉栓塞对术中出血的控制有利,可考虑;同时为减少术中粘连,可适当予地塞米松治疗 5 d 等。对于早期无出血史的患者,也可选择脾动脉栓塞介入、食道曲张静脉套扎等治疗^[5],但也有导致脾梗死、异位静脉曲张形成的风险。本例患者术后发生胃瘘及胃结肠内瘘,其原因可能:胃壁、结肠壁损伤;术后贫血未及时得到纠正;彻底断流术后胃壁缺血、坏死;胃瘘后局部感染侵蚀修补的结肠壁。如何

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.055

扁平肥厚型脑膜瘤 1 例并文献复习

夏海龙¹,杨刚²,汪奇柏¹,马书明^{1△}

(1.重庆市红十字会医院/江北区人民医院神经外科 400020;

2.重庆医科大学附属第一医院神经外科 400016)

中图分类号:R651.1

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)04-0574-03

脑膜瘤为成人颅内最常见的良性肿瘤,约占所有颅内肿瘤的 20%。按其生长形态特点可分为类球型和扁平肥厚型脑膜瘤(MEP)。前者临床多见,诊断和治疗相对容易;而后者发病率低,起病隐逸,早期诊断困难,易误诊、漏诊,治疗难度大,一直是神经外科医生的一大难题。现将左侧蝶骨嵴颅-面巨大沟通性 MEP 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,60 岁,因“左眼突出 9 年,视力下降 2 年,头痛 6 个月,加重 15 d”入院。9 年前患者无明显诱因出现左眼突出,呈缓慢进行性加重。头颅 CT 示:左侧额部局部颅骨明显增生

避免术中胃肠壁损伤、保证断流术后胃壁尤其胃底的血供、纠正贫血、改善全身营养状况等是预防术后胃瘘的关键。据张斌^[7]报道,脾切除术后并发胃瘘,经局部通畅引流,肠外营养及肠内营养的应用,改善营养状况,等待时间(3~6 个月,甚至更长),多能自行愈合。本例患者发生胃、结肠瘘后,原拟于术后 6 个月再次行手术治疗,但经积极肠内外营养支持治疗、外漏引流及瘘口细心护理等保守治疗后痊愈,对于此类患者的治疗,作者认为还要充分评估再次手术的风险,谨慎行事。另外,该例患者成功的救治、顺利康复,与医务人员即时、有效、耐心细致的医患沟通及患者和家属积极配合是分不开的。

总之,胰源性区域性门脉高压症手术治疗仍然是首选、有效的治疗方法,术前应充分估计手术的难度,准备充分,如肠道准备;在出血完全控制的情况下,应仔细检查有无胃肠道等周围器官的损伤,及时处理,防止手术并发症的发生,同时积极有效处理相应的并发症,以减少患者的痛苦。

参考文献:

- [1] 唐杰,曹传平,王建荣.胰源性门脉高压症所致的上消化道出血[J].北京医学,2003,25(2):136.
- [2] John PL,David MN,Duabe I,et al. Sinistral portal hypertension splenectomy or expectant management[J]. Ann Surg,1993,217(1):35.
- [3] 张东海.胰源性区域性门脉高压症[J].胃肠病学和肝病杂志,2001,10(1):22-24.
- [4] 张谊.区域性门静脉高压症研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2006,18(5):323-325.
- [5] 张谊,廖毅.区域性门静脉高压症的诊断与治疗[J].肝胆胰外科杂志,2009,21(1):34-36.
- [6] 王凯,余斌,管洪庚.胰源性区域性门脉高压症临床诊治[J].中国现代医药杂志,2008,12(1):18-19.
- [7] 张斌.脾切除术后并发胃瘘的临床治疗[J].中国实用医药,2012,32(8):60-61.

(收稿日期:2014-09-19 修回日期:2014-10-15)

伴破坏,颅内未见异常软组织影(图 1、2),考虑诊断为骨纤维异常增殖综合征,未予治疗。2 年前出现进行性左眼视力下降,伴有左眼睑肿胀,结膜充血。6 个月前出现头痛,能忍受,口服止痛药可缓解,15 d 前出现剧烈头痛,伴恶心,未呕吐,并感右侧肢体乏力。查体:神清,左眼睑明显肿胀,左侧眼球突出,左眼视力下降,无复视、眼球活动受限,无视野改变。右侧肢体肌力 IV 十级,左侧肢体肌力正常,余神经系统查体(-)。术前头颅 CT 示:左侧额部局部颅骨增生和破坏较 9 年前加重(图 3、4)。增强 MRI 示:左侧额部颅内占位性病变,左额部颅骨增生明显,左侧额部皮下包块(图 5)。