

- common bile duct after laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration: A clinical analysis of 8 cases[J]. Int J Med Sci, 2012, 9(9):225-227.
- 5 Park KS, Sim YJ, Jung H. Migration of a Hem-o-lok clip to the ureter following laparoscopic partial nephrectomy presenting with lower urinary tract symptoms[J]. Int Neurourol J, 2013, 17(2): 90-92.
 - 6 Seyyedmajidi M, Hosseini SA, Hajiebrahimi S, et al. Hem-o-lok clip in the first part of duodenum after laparoscopic cholecystectomy[J]. Case Rep Gastrointest Med, 2013, 25(2):1634.
 - 7 Hung SF, Chung SD, Wang SM, et al. Bladder migration of Hem-o-lok clips after laparoscopic radical nephroureterectomy and bladder cuff excision[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2011, 21(3):e130-e131.
 - 8 Banks EB, Ramani A, Monga M. Intravesical weck clip migration after laparoscopic radical prostatectomy [J]. Urology, 2008, 71(2):351, e3-e4.
 - 9 Kadekawa K, Hossain RZ, Nishijima S, et al. Migration of a metal clip into the urinary bladder[J]. Urol Res, 2009, 37(2):117-119.
 - 10 Bientinesi R, Di Gianfrancesco L, Pugliese D, et al. Endourethral migration of a Hem-o-lok clip after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy [J]. Urologia, 2015, 82(4):242-244.
 - 11 Jaeger CD, Cockerill PA, Gettman MT, et al. Presentation, endoscopic management, and significance of hemostatic clip migration into the lower urinary tract following radical prostatectomy [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2015, 25(10):800-803.
 - 12 Tunnard GJ, Biyani CS. An unusual complication of a Hem-o-lok clip following laparoscopic radical prostatectomy [J]. Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2009, 19(5):649-651.

(收稿日期 2016-06-27)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

肠脂垂坏死误诊阑尾炎8例临床分析

黄高石 陈舍黄

肠脂垂坏死是肠脂垂血运障碍导致的一种少见急腹症,多好发右半结肠。其临床症状、体征缺乏特异性,易与阑尾炎等急腹症相混淆,导致误诊。目前肠脂垂坏死的国内外报道较少,缺乏相应的诊疗指南^[1],其发生常见原因包括肠脂垂过长导致扭转坏死、肠脂垂血管栓塞、外源性压迫导致坏死等^[2]。本次研究探讨肠脂垂坏死的发病原因,总结诊治经验,减少误诊率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2008年4月至2016年4月浙江大学邵逸夫医院武义分院收治的8例肠脂垂坏死患

者,术前均符合阑尾炎诊断标准,术后病理均提示肠脂垂坏死。8例肠脂垂坏死患者中男性6例、女性2例;年龄32~55岁,平均(40.52±6.37)岁;体重指数25~33 kg/m²,平均(28.35±2.36)kg/m²。有糖尿病病史5例。临床症状:5例出现右下腹部疼痛,1例剑突下转移至右下腹部,2例脐周转移至右下腹部;其中3例疼痛较剧,呈绞痛,另5例表现为胀痛。均无放射痛,无恶心呕吐。腹泻等症状。发热2例、体温37.5~38.5℃。发病时间0.5~50 h。5例右中下腹部压痛及反跳痛,3例典型麦氏点压痛,结肠充气试验阳性,肠鸣音活跃。化验结果:血常规白细胞7.8~19.5×10⁹/L,中性0.56~0.90,C-反应蛋白15~213 mg/l,尿常规:少量红细胞合并隐血+有2例,尿蛋白+~++有4例,入院随机血糖>11.1 mmol/L有4例。甘油三酯1.6~

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.05.035

作者单位:321200 浙江金华,浙江大学邵逸夫医院武义分院普外一科

5.6 mmol/l,胆固醇4.6~7.5 mmol/l。2例下腹部B超有少量积液,6例未查B超。3例腹部平片提示:膈下未见游离,4例提示右侧腹腔有一小液气平面。

1.2 手术方法 6例探查腹腔镜,探查肠系膜血管;1例中转开腹;2例常规右下腹部麦氏切口,发现误诊后延长切口探查。

2 结果

8例术中均可见肠系膜脂肪肥厚,结肠脂垂肥大,6例单个肠脂垂坏死、1例3个肠脂垂坏死、1例大片肠脂垂坏死,坏死肠脂垂呈不规则,大小不均坏死改变,且均在系膜侧,坏死肠脂垂表面呈花斑状充盈微小血管,脂肪垂距离回盲部约2~8 cm。1例腹腔镜中发现大片肠脂垂坏死,中转开腹探查结肠血供及肠系膜血管是否存在血栓情况。8例均行阑尾切除术,坏死肠脂垂切除活检。术中未见阑尾增粗、表面化脓等情况。术后病理提示:肠脂垂缺血坏死,急性单纯性阑尾炎。1例中转开腹出现切口脂肪液化,经换药后切口愈合出院,其余7例顺利康复出院。

3 讨论

肠脂垂为附着结肠浆膜外的脂肪组织,数量约100~150个,长度约0.5~5 cm。肠脂垂坏死原因主要为:①血管栓塞:主要为三高人群,周围血管动脉粥样硬化导致微血管栓塞。②周围器官炎症累及肠脂垂血管高凝导致血管栓塞。③肠脂垂扭转:肠脂垂细长,游离程度大且末端肠脂垂肥大,该类肠脂垂容易发生扭转,导致缺血坏死^[3]。肠脂垂坏死症状,体征缺乏特异性,坏死肠脂垂与阑尾炎位置较近,容易与阑尾炎等急腹症相混淆。其临床表现一般为体位突能转动后出现局限性而非转移性剧烈疼痛,较少发生发热、恶心、呕吐、纳差等症状,体征

表现为局限性腹部触痛。肠脂垂坏死表现为无菌性坏死性炎症,渗出量有限、诊断性穿刺难于抽出液体,渗出一一般为淡血性,无菌性坏死炎症同样会引起白细胞、中性粒细胞及C反应蛋白升高,腹部B超及CT难于提供有意义资料^[4]。本组病例患者中均存在典型阑尾炎症状及体征,且有微小血栓形成条件,从大体标本判断栓塞。大部分在术中及术后病理确诊。

随人们营养状况改变,三高人群增多,血栓性疾病发病率逐年升高,对肥胖人群及三高人群要重视血栓性疾病发生,常规监测D-二聚体(栓塞性疾病有一定临床意义),必要时行CT或MRI检查。要充分考虑及排除血栓性疾病可能性。对不典型阑尾炎要多位医师联合会诊,分析其可能存在各种疾病可能性,减少误诊。肠脂垂坏死处理:单个肠脂垂坏死,一般不影响结肠血供,可行单个坏死肠脂垂切除术。大片肠脂垂坏死常影响肠管血供情况,可行相应处理。术后常规服用调脂,抗凝药物。

参考文献

- 1 Oh HB, Arab N, Teo L, et al. Snapshot in surgery: intraperitoneal encapsulated fat necrosis[J]. Clin Case Rep, 2015,3(2):131-132.
- 2 阮鹏,董媛,刘勇,等.肠脂垂坏死一例[J].中国医师进修杂志,2011,34(8):76-77.
- 3 孙泽群,阮鹏,王斌,等.肠脂垂坏死临床诊疗探讨[J].湖北医药学院学报,2011,30(3):312-313.
- 4 裘晓群.超声对肠脂垂炎的诊断价值[J].全科医学临床与教育,2015,13(3):323-324.

(收稿日期 2016-05-27)

(本文编辑 蔡华波)

欢迎投稿

欢迎征订