·病例报告·

老年急腹症合并膀胱巨大憩室患者一例

熊繁,陈广,董慧,黄光英*
(华中科技大学同济医学院附属同济医院中西医结合科,武汉 430030)

【关键词】 老年人;急腹症;膀胱;憩室;肠慢性血吸虫病
【中图分类号】 R532.21 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2021.02.029

1 临床资料

患者男,83岁,因“腹痛伴便血11 h”入院。患者于2018-10-31晚食用3个柿子后出现腹胀,2018-11-01凌晨5:00出现腹痛伴有便血,遂至当地县人民医院就诊,当地医院给予抗炎、镇痛及对症处理后,腹痛症状不能缓解,于当日下午16:00转诊至我院。既往体健,6年前曾有便血病史,未至医院就诊,后便血自行停止。

入院查体 体温36.2℃,脉搏106次/min,呼吸26次/min,血压114/67 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。心界不大,心律齐,未闻及明显杂音,双肺呼吸音清,未闻及明显干、湿啰音。腹部膨隆,全腹紧张伴有压痛,无明显反跳痛,未闻及肠鸣音,双下肢无水肿。

辅助检查 血常规:白细胞2.07×10^9/L,血红蛋白152 g/L,血小板164×10^9/L;凝血:凝血酶原时间13.8 s,活化部分凝血活酶时间31 s,国际标准化比值1.08;肝肾:丙氨酸氨基转移酶15 U/L,草氨酸氨基转移酶33 U/L,总胆红素24.4 μmol/L,直接胆红素10.4 μmol/L,间接胆红素14.0 μmol/L,肌酐116 μmol/L,碳酸氢根19.2 mmol/L,估算的肾小球滤过率49.9 ml/(min·1.73 m^2);胰淀粉酶61 U/L,脂肪酶28.1 IU/L;血沉2 mm/h,超敏C反应蛋白31.7 mg/L,降钙素原54.5 ng/ml;高敏心肌肌钙蛋白Ⅰ18.1 pg/ml,肌红蛋白>1 200 ng/ml,肌酸激酶MB型同工酶11.9 ng/ml,氨基末端脑钠肽前体:2 280 pg/ml。粪常规:粪色红,性状稀,红细胞2~5个/高倍视野,白细胞4~10个/高倍视野,隐血阳性。急诊腹部X片可见散在肠腔充气及内容物分布,左腹部可见少许气液平面,两膈下未见游离气体(图1)。急诊全腹CT平扫见膀胱呈囊袋状,不规则增厚,考虑神经源性膀胱,膀胱多发憩室,不排除合并肿瘤;膀胱右侧巨大囊性灶,边界清晰,大小约122 mm×177 mm×187 mm,局部与膀胱相通,不除外膀胱憩室;腹腔积液;双肾体积稍缩小;前列腺增生(图2)。

诊疗经过 结合患者主诉、病史、症状、体征,考虑消化道出血可能性大,完善急诊检验和检查后,给予静脉滴注比阿培南、盐酸莫西沙星、艾司奥美拉唑、醋酸奥曲肽等输液治疗。请泌尿外科急会诊,给予少量多次导尿,导出约1 500 ml尿量后,患者仍有腹部膨隆,全腹压痛,且腹部压痛较前加重,无明显反跳痛,腹部听诊未闻及肠鸣音。再请胃肠外科急会诊,讨论后决定行诊断性腹穿,于右侧上腹部穿刺抽出约5 ml暗黄色浑浊液体,闻之有粪臭味,考虑肠道穿孔可能性大,反复与患者家属沟通,同意急诊行剖腹探查术。



图1 患者腹部X片
Figure 1 Abdominal X-ray examination shows no obvious abdominal abnormality



图2 患者腹部CT(矢状面)
Figure 2 Abdominal CT (sagittal plane) shows huge bladder diverticulum

收稿日期:2020-03-12;**接受日期**:2020-05-18
基金项目:国家自然科学基金(81904022);湖北省自然科学基金面上项目(ZY2019M040)
通信作者:黄光英,E-mail:6783523@qq.com

完善术前准备，于 2018-11-01 23：30 在全身麻醉下行剖腹探查术。术中探查见：腹腔内约 1 000 ml 褐色浑浊液体，网膜与腹壁黏连，大小网膜均水肿，直肠与乙状结肠交界处侧壁可见 3 cm×1 cm 穿孔（图 3），有直肠内容物流出，周围可见肠壁及系膜充血水肿，周围组织满布脓苔，并可见膀胱憩室，直径约 15 cm。术中诊断：结肠穿孔，急性弥漫性腹膜炎，膀胱憩室。行直肠远端凯图封闭近端造瘘术，放置盆腔引流管，手术过程顺利。术后病理诊断（图 4）：肠慢性血吸虫病。患者术后出现感染性休克，难以脱离呼吸机，转重症监护室（intensive care unit，ICU）继续治疗。ICU 给予抗感染、抗休克、补液、连续肾脏替代疗法（continuous renal replacement therapy，CRRT）清除炎性因子、输注新鲜冰冻血浆、血小板及对症支持治疗。2018-11-10 脱离呼吸机。2018-11-22 复查腹部核磁，患者术后恢复尚可，遂于 2018-11-24 办理出院。



图 3 患者腹部 CT（横断面）

Figure 3 Abdominal CT (transverse plane) shows perforation of sigmoid colon

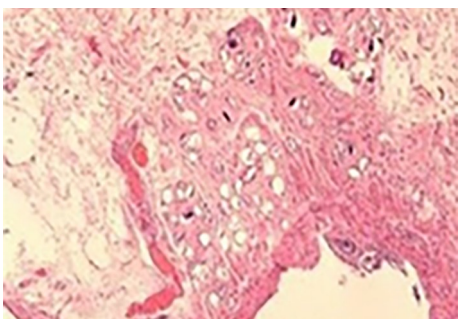


图 4 患者术后病理检查

Figure 4 Postoperative pathological examination (HE ×100)

2 讨 论

血吸虫肠病是血吸虫虫卵在结肠、直肠壁沉着所引起的特异性疾病，好发于直肠、乙状结肠和降结肠，其次为横结肠、升结肠和阑尾[1,2]，病程较长，以老年人多见[3]。血吸虫进入人体主要寄生于门静脉及肠系膜下静脉，成虫在肠壁小静脉末梢产卵，约有 50% 的虫卵沉积在结肠壁黏膜和黏膜下层微血管内[4]。虫卵沉积在肠道黏膜及黏膜下层后引起肠壁内微血管阻塞，同时虫卵内毛坳分泌溶组织物质产生机械性刺激，影响肠道局部微循环，引起炎症反应和营养障碍，主要表现为糜烂、溃疡，或表现为充血、水肿，在溃疡和修复反复发生的过程中，结肠黏膜上皮增生及息肉形成，甚至形成肿瘤[3]。鉴于血吸虫肠病与结肠癌有一定相关性[5]，所以，建议血吸虫肠病患者定期复查肠镜；有增生性息肉者及时行镜下或手术治疗，以降低发病可能性。

由于柿子中含较多鞣酸，鞣酸与食物中蛋白结合形成不溶于水的沉淀物，同时柿子中的果胶、树胶遇胃酸也可发生凝结，且果皮、植物纤维及食物残渣缠绕在一起形成凝块，继而形成团块状的胃石[6]。胃石症临床症状不典型，可表现为腹胀、腹痛、恶心、呕吐、便血等，胃石多在胃内游动，可导致胃溃疡、出血、穿孔及幽门梗阻等并发症，常见于老年人，与胃动力下降、排空延迟及调节功能下降有关[7]。当胃石破碎或有其他因素影响，胃石可以进入小肠，导致小肠梗阻[8]；进入大肠，导致大肠梗阻[9]。慢性血吸虫肠病肠道本身就可有糜烂或溃疡存在，在食用柿子后更易出现肠道穿孔，因此，食用柿子可能是导致患者肠道穿孔的诱因。

肠道穿孔是临床常见急腹症之一，肠内容物从穿孔处进入腹腔引发细菌性腹膜炎，表现为弥漫性腹痛、突发性上腹疼痛或者明显腹部压痛等症状，病情进展迅速，严重者危及生命。诊断肠道穿孔的主要依据是影像学检查。腹部 X 线检查是诊断肠道穿孔最常用方法，但易受扫描流程、患病时间、患病程度、身体器官对 X 线吸收情况等影响。腹部 CT 是诊断肠道穿孔最敏感方式，诊断穿孔部位的准确率达 86%[10]。可根据腹腔游离气体的分布情况大致判断穿孔部位：胃、肝脏周围出现大量气体，提示近端消化道穿孔；游离气体或气液平面跨越中线，镰状韧带显影及肝圆韧带裂隙征等，提示胃、十二指肠穿孔；肠系膜或乙状结肠隐窝积气，提示结肠、小肠穿孔；右肾前间隙出现游离气体，提示十二指肠球部以上部位穿孔[11-13]。尽管用 CT 诊断肠道穿孔的准确率较高，但合并其他复杂情况时，仍有可能存在误诊和漏诊。

膀胱憩室为临床少见病变，由于膀胱内压力增高使膀胱黏膜层变薄向外突出形成的一种假性憩室[14]，憩室有较小的颈部与膀胱相通。先天性膀胱憩室非常罕见，后天性憩室多见于>60 岁的老年男性，与前列腺增生密切相关，憩室大小不一，好发部位依次为侧壁、后壁、膀胱三角区、穹庐和前壁[15]，其他部位偶有发生。部分憩室壁有少量肌纤维，尚可排空；部分憩室壁仅有黏膜及纤维组织，极易引起尿潴留。尿潴留不仅增加泌尿系统感染、结石、出血的风险，还会对黏膜形成慢性刺激使其发生鳞状/腺样化生，继而引起癌变[16]。在治疗上，较小憩室一般无需治疗，巨大憩室因积存尿液，也常合并感染、结石、出血或肿瘤，可酌情手术切除。

本案例的老年患者为急腹症合并多发膀胱憩室，其中最大 1 个憩室约 122 mm×177 mm×187 mm，为临床罕见的巨大膀胱憩室，其存在使放射科医师忽视了腹腔内游离气体，未能及时发现肠道穿孔。但是，我们观察到导尿后腹部压痛不仅没有减轻反而加重，及时行诊断性腹穿，根据粪渣样浑浊液体，判断肠道穿孔可能性大，急诊行剖腹探查术，最终挽救患者生命。通过本病例和其他老年患者腹痛的案例报告[17,18]，我们应认识到老年患者腹痛病情复杂多变，临床必须高度重视症状和体征观察，尤其是常规影像学检查不能帮助明确诊断时，伴有腹水可及时行诊断性腹穿，根据腹水结果来明确病因，以最大程度避免漏诊。

【参考文献】

[1] 童锦禄，冉志华. 炎症性肠病诊断和鉴别诊断中的难点以及中国面临的问题[J]. 中国实用内科杂志，2015，35(9)：731-734. DOI:10.7504/nk2015.08.0201.
Tong JL, Ran ZH. Challenges in diagnosis and differential diagnosis of inflammatory bowel disease and problems in China[J]. Chin J Pract Intern Med, 2015, 35(9): 731-734. DOI:10.7504/nk2015.08.0201.

[2] Cao J, Liu WJ, Xu XY, *et al*. Endoscopic findings and clinicopathologic characteristics of colonic schistosomiasis: a report of 46 cases[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(6): 723-727. DOI: 10.3748/wjg.v16.i6.723.

[3] 蒯筱漪，周春立，庞智，等. 血吸虫肠病误诊为炎症性肠病61例分析[J]. 中国实用内科杂志，2016，36(8)：686-687. DOI:10.7504/nk2016.07.0402.
Kuai XY, Zhou CL, Pang Z, *et al*. An analysis of 61 cases of intestinal schistosomiasis misdiagnosd as inflammatory bowel disease[J]. Chin J Pract Intern Med, 2016, 36(8): 686-687. DOI:10.7504/nk2016.07.0402.

[4] Akasaka Y, Ishii T, Itoh K, *et al*. Sequential changes in localization of repair-related proteins (heat shock protein 70, ubiquitin and vascular endothelial growth factor) in the different stages of myocardial infarction[J]. Histopathology, 2000, 37(6): 546-554. DOI: 10.1046/j.1365-2559.2000.00994.x.

[5] 戎泽印，黄陈. 血吸虫肠病相关性结直肠癌的研究进展[J]. 现代肿瘤医学，2019，27(2)：335-339. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4992.2019.02.041.
Rong ZY, Huang C. Research progress of colorectal cancer with schistosomiasis[J]. Mod Oncol, 2019, 27(2): 335-339. DOI: 10.3969/j.issn.1672-4992.2019.02.041.

[6] 金世禄，徐燕平. 胃石症的类型及诊治进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版)，2012，6(1)：153-155. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2012.01.038.
Jin SL, Xu YP. The type and diagnosis of gastrolithiasis[J]. Chin J Clin (Electron Ed), 2012, 6(1): 153-155. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2012.01.038.

[7] 吕兰香，黄云雷. 内镜下治疗胃石的经验总结[J]. 中国医药指南，2010，8(12)：89-90. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2010.12.063.
Lyu LX, Huang YL. Summary of experience of endoscopic treatment of gastrolithiasis[J]. Guide China Med, 2010, 8(12): 89-90. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2010.12.063.

[8] Nasri B, Calin M, Shah A, *et al*. A rare cause of small bowel obstruction due to bezoar in a virgin abdomen[J]. Int J Surg Case Rep, 2016, 19:144-146. DOI:10.1016/j.ijscr.2015.12.039.

[9] Law GW, Lin D, Thomas R. Colonic phytobezoar as a rare cause of large bowel obstruction[J]. BMJ Case Rep, 2015, 2015: bcr2014208493. DOI: 10.1136/bcr-2014-208493.

[10] Faggian A, Berritto D, Iacobellis F, *et al*. Imaging patients with alimentary tract perforation: literature review[J]. Semin Ultrasound CT MR, 2016, 37(1): 66-69. DOI: 10.1053/j.sult.2015.09.006.

[11] Yeung KW, Chang MS, Hsiao CP, *et al*. CT evaluation of gastrointestinal tract perforation[J]. Clin Imaging, 2004, 28(5): 329-333. DOI: 10.1016/S0899-7071(03)00204-3.

[12] Furukawa A, Sakoda M, Yamasaki M, *et al*. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause[J]. Abdom Imaging, 2005, 30(5): 524-534. DOI: 10.1007/s00261-004-0289-x.

[13] Kim SH, Shin SS, Jeong YY, *et al*. Gastrointestinal tract perforation: MDCT findings according to the perforation sites[J]. Korean J Radiol, 2009, 10(1): 63-70. DOI: 10.3348/kjr.2009.10.1.63.

[14] Tamas EF, Stephenson AJ, Campbell SC, *et al*. Histopathologic features and clinical outcomes in 71 cases of bladder diverticula[J]. Arch Pathol Lab Med, 2009, 133(5): 791-796. DOI: 10.1043/1543-2165-133.5.791.

[15] Kuroda N, Hayashi Y, Nishida Y, *et al*. Combined small and transitional cell carcinoma of the urinary bladder with CA19-9 production[J]. Pathol Int, 1999, 49(5): 462-467. DOI: 10.1046/j.1440-1827.1999.00880.x.

[16] Di Paolo PL, Vargas HA, Karlo CA, *et al*. Intradiverticular bladder cancer: CT imaging features and their association with clinical outcomes[J]. Clin Imaging, 2015, 39(1): 94-98. DOI: 10.1016/j.clinimag.2014.10.004.

[17] 雷香丽，罗湘俊，邹容，等. 腹痛为主的老年原发性血管炎1例[J]. 中华老年多器官疾病杂志，2019，18(6)：453-455. DOI:10.11915/j.issn.1671-5403.2019.06.094.
Lei XL, Luo XJ, Zou R, *et al*. A case of primary vasculitis in the elderly with abdominal pain[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2019, 18(6): 453-455. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.06.094.

[18] 刘倩，刘谦，刘琦，等. 高龄腹痛的综合诊治1例[J]. 中华老年多器官疾病杂志，2020，19(2)：146-147. DOI:10.11915/j.issn.1671-5403.2020.02.034.
Liu Q, Liu Q, Liu Q, *et al*. A case of comprehensive diagnosis and treatment of abdominal pain in old age[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2020, 19(2): 146-147. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2020.02.034.

(编辑：门可)