

结肠憩室病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E6_86_A9_E5_c22_305319.htm 名称结肠憩室病所属科室普通外科临床表现（一）结肠憩室病 约有80%结肠憩室病的患者并无症状，假如最终被发现的话，只是在作钡灌肠X线摄片或内窥镜检查时意外发现。与憩室有关的症状，实际上是其并发症mdash.急性憩室炎和出血的症状，在无并发症结肠憩室病患者中的症状如偶发性腹痛、便秘、腹泻等，是由于伴随的动力疾病，而憩室的存在只是巧合。体检时左下腹可有轻度触痛，有时左结肠可扪及如一硬的管状结构。虽有腹痛，因无感染，故无发热和白细胞增高。在钡灌肠摄片中除见有憩室外，尚可见有切段性肠痉挛和肌肉增厚，导致肠腔狭窄，并呈锯齿状。（二）急性憩室炎急性发作时有程度不同的局限性腹部疼痛，可呈刺痛、钝痛和绞痛，大多疼痛部位在左下腹，偶然位于耻骨上、右下腹、或整个下腹部。病员常有便秘或排便频数，或同一病员二者兼有，排气后可使疼痛缓解。炎症邻接膀胱可产生尿频、尿急。根据炎症部位和严重性还可伴恶心和呕吐。体检时有低热，轻度腹胀，左下腹触痛，以及左下腹或盆腔肿块，粪便中有隐血，少数粪便中肉眼有血，但在有憩室四周炎存在时罕有发生大出血者，此外，还有轻至中度白细胞增高。急性憩室炎是结肠憩室病中最常见的并发症，据Rodkey和Welch报道美国麻省总医院收治的结肠憩室病病例中43%为急性憩室炎和局部感染。急性憩室炎可发生在结肠的任何部位，包括直肠。在西方国家中，乙状结肠是最常见的部位，而在日本和中国，则以右侧结肠较为常见。在已知有憩室病的患者中，约

有10%~25%的患者至少有一次急性憩室炎的发作。虽然憩室炎时发生大量直肠出血是罕见的，但急性憩室炎时30%~40%患者的最初的陕西省术是粪便隐血阳性。约有10%~25%患者虽经治疗48h仍无改善或更趋恶化需急症手术处理。约有70%进行急症手术的病员其最初的表现都十分危重。免疫有损害的病员对内科治疗的反应是不佳的。Perkins等报道这类病员用禁食、补液、抗生素等治疗，100%失败，而进行手术则有较高的病废率和死亡率。因此，大多数移植中心推荐已证实憩室炎者在移植前作一选择性结肠切除术。急性憩室炎在<40%的病员中是不多见的，而且其临床过程也多凶险。

Freishlay等报道报道77岁以下的病员在其第一次发作时就需手术治疗，而且这些病员常表现为严重的并发症如游离穿孔。右侧结肠的憩室可能是全结肠憩室发展过程中的一部分，是涉及右侧结肠少数憩室的一个孤立的过程，或者更常见的是一个孤立的单个真正的憩室。在中年病员中右侧憩室炎往往酷似急性阑尾炎。

（三）急性憩室炎并发脓肿急性憩室炎最常见的并发症是发生脓肿或蜂窝组织炎，可以位于肠系膜、腹腔、盆腔、腹膜后、臀部或***。常在腹部或盆腔一直肠指检时可扪及一具触痛的肿块，在憩室引起的脓肿还伴有不同程度脓毒症的征象。

（四）急性憩室炎并发弥漫性腹膜炎当一个局限的脓肿破裂或憩室游离穿孔入腹腔后，可造成化脓性或粪性腹膜炎。大多数这类病员表现为急腹症和不同程度的脓毒性休克。据报道，化脓性腹膜炎的死亡率为6%，而粪性腹膜炎的死亡率则高达35%。

（五）急性憩室炎伴瘘管形成在所有急性憩室炎的病员中约有2%发生瘘管，但在最终为憩室病进行手术的病员中则有20%存在瘘管。内瘘可能

来自相邻器官与病变炎症结肠和邻接的肠系膜粘着，可有或无脓肿存在。随着炎症过程的恶化，憩室的脓肿自行减压，溃破至粘着的空腔脏器，从而形成瘘管。由于脓肿得到了有效的引流，这一结果常可免除急症手术。约有8%患者将发生多发性瘘管，男性比女性更多出现多发性瘘管，推测是由于女性子宫成为隔开乙状结肠与其他空腔脏器的屏障，大多数发生憩室性结肠膀胱瘘或结肠***瘘的病员先前曾作子宫切除术。憩室炎引起的瘘管可侵犯许多器官，大多数结肠皮肤瘘mdash.外瘘的病员多发生在为憩室病作肠切除后出现吻合口并发症mdash.吻合口漏所致。（六）急性憩室炎并发肠梗阻国外在大肠梗阻中由憩室病引起者约占10%，国内憩室病引起完全性结肠梗阻者不多见，但由于水肿、痉挛和憩室炎的炎症变化所致的部分梗阻则是常见的。诊断正确的诊断对判定病情和决定治疗方针是极为重要的一个环节。某些憩室炎症状和体征稍微的病员可以在门诊条件中治疗成功，崦另一些表现为急性威胁生命的病情者则需急症复苏和抢救生命的手术。因此最重要的评估是临床检查和频繁的反复检查病员。这不但包括病史和体检、脉搏和体温，还包括连续的血像检查，腹部竖立位和平卧位X线摄片。当所有典型的症状和征象都存在时，左侧结肠憩室炎的诊断是简单的。在这类病例中无需辅助检查，应该根据臆断即予治疗，遗憾的是大多数病例常并不明确，在最初的临床检查后对诊断和发作的严重性可能都不清楚。急性右侧结肠憩室炎病例在术前作出正确诊断者仅7%。术前的研究一般是无助诊断的，仅可延误恰当的治疗。有三项检查对确定急性左侧结肠憩室炎的临床诊断和发现有无明显的炎性并发症是有助的，这就是内镜、

气钡双重对比灌肠造影，以及腹部和盆腔CT扫描。在急性情况内镜检查一般应避免，因充气可诱发穿孔或加重已存在的穿孔。假如考虑到有其他直乙状结肠病变存在，而这种病会改变治疗，可作内镜检查但不应充气。钡灌肠可急症用于诊断憩室炎，但有钡剂溢出至腹腔的危险，而这将引起严重的血管性虚脱和死亡。Hackford等主张在炎症过程消退后7~10d作钡灌肠来明确诊断。假如需要比较急的作出诊断以指导治疗，可用水溶性造影剂灌肠，这样即使有造影剂溢出至腹腔也不会引起严重反应。CT扫描是非侵袭性检查，一般可以确证临床怀疑的憩室炎。扫描时进行直肠加强显影可使发现憩室脓肿或瘘管比单纯X线造影更敏感。Labs等报道CT扫描在诊断憩室炎的并发症中更为有效：CT扫描诊断出10例脓肿中的10例和12例瘘管中的11例，而X线造影诊断出8例脓肿中的2例和8例瘘管中的3例。CT扫描还有一个优点就是可引导经皮穿刺引流脓肿。憩室性结肠膀胱瘘最好是通过CT扫描确定诊断，约90%以上患者可明确诊断，可能需要膀胱镜检查，并在瘘管部位显示局灶性炎症过程，钡灌肠造影和纤维乙状结肠镜检查并不非常有效，大约仅30%~40%检查结果阳性。腹部平片可显示继发于乙状结肠病变的结肠梗阻。水溶性造影剂灌肠造影可确定诊断。

治疗（一）内科治疗 急性憩室炎无并发症时可先采用内科治疗，包括禁食、胃肠减压、静脉补液、广谱抗生素和严密临床观察等。一般，胃肠减压仅在呕吐或有结肠梗阻证据时才使用。可供选用控制革兰阴性需氧菌和厌氧杆菌的抗生素很多，不用抗生素自行消退的急性憩室炎也常看到。补充食物纤维和解痉剂在处理急性憩室炎病员中并无地位。大多数病例经内科治疗其症状将迅

速减轻。（二）手术指征目前认为需要手术处理的情况可分为两大类，一类为无并发症憩室病患者；另一类则为憩室病引起各种并发症，综合起来，对具有下列情况者应予手术治疗：急性憩室炎初次发作对内科治疗无反应者；急性复发性憩室炎，即使第一次发作时经内科治疗获满足效果，但当复发时应考虑作选择性切除术；<50岁曾有一次急性憩室炎发作并经内科治疗获得成功的病例，应行选择性手术以免以后急症手术；由于免疫缺陷的病员发生憩室炎时无法激起足够的炎性反应，因此是一致命的疾病，发生穿孔、破裂入游离腹腔者极常见，为此对以往有一次急性憩室炎发作的病员当需要进行长期免疫抑制治疗前，应先作选择性切除手术解除憩室炎复发以致发生各种并发症的危险；急性憩室炎并发脓肿或蜂窝组织炎者；急性憩室炎伴弥漫性腹膜炎者；急性憩室炎并发瘘管形成者；急性憩室炎并发结肠梗阻者。在上述手术指征中，尤其在无并发症的病例需非凡注重勿将肠激惹综合征合并结肠憩室病的患者误当作憩室炎患者进行手术。据Morson报道约有1/3为憩室炎作选择性手术的标本中无炎症的病理证据。因此在没有客观炎症征象如发热或白细胞增高者，肠激惹综合征并发结肠憩室病宜作功能性结肠疾病处理，不应列为进行不必要的切除手术的对象。（三）手术治疗1.选择性手术的病例，术前应作全面检查和充分预备，包括肠道清洁和抗生素预备。由于乙状结肠是最常受侵部位，故乙状结肠是首先需予切除的肠段、在切除范围上是有争议的，必须确定合适的近切端与远切端，结肠应充分游离，并保证吻合段有良好血供和吻合口无张力。Benn等认为将吻合口作在直肠上可明显降低憩室炎的复发

。并非所有结肠憩室都需切除，但在吻合口远端不应留有憩室。曾患憩室炎的结肠由于先前炎症，结肠浆膜面总有改变，结肠系膜有浸润，有助于识别。但即使在满足的切除后，许多病员原先存在的憩室又会增大，憩室病会发展，约有7%~15%又会复发急性憩室炎。在内科治疗的病员和进行手术的病员中，一定时间后症状复发的比率是相同的。因为对内科治疗无反应而进行切除手术的病员，术前可能不适宜作肠道清洁预备。在这种情况下可选作Hartmann手术，或采用术中近端结肠灌洗清洁后一期端端吻合，不作结肠造口。近年来的发展趋势，更倾向选作一期吻合术。甚至脓腔切除后一期吻合，不作粪便转流。

2.为憩室病的急性炎性并发症进行手术时，首先应从静脉中给予第二代或第三代头孢菌素及甲硝唑。某些病员可能需从静脉中给予应激剂量的类固醇激素。术前外科医师应估计到盆腔解剖的因素，有可能需暂时性结肠造口或回肠造口，对此在术前应向病员及其家属说明，使之有思想预备。此外，由于急性炎症反应，输尿管常可受累，在急症手术中误伤机率极大，为此宜常规手术前作膀胱镜检查，放置输尿管导管作支撑。急症手术病员宜取膀胱截石位，经中线剖腹切口进行探查，探查目的是确定诊断，判定腹腔炎症情况，了解肠道预备是否充分，以及有无其他病变。据Colcock报道，可高达25%患者术前诊断为憩室炎伴脓肿或瘘管，结果发现为穿孔性癌肿。显然，假如是癌肿，切除目标和范围就将改变。为此，Haghes等（1963）将憩室病的炎性并发症分为4类： 局限性腹膜炎； 局限性结肠四周或盆腔脓肿； 结肠四周或盆腔脓肿穿破后的弥漫性腹膜炎； 继发于结肠游离穿孔的弥漫性腹膜炎。以后，Hinchey等

(1978)提出了相同的分类：结肠四周或肠系膜脓肿；包裹性盆腔脓肿；弥漫性化脓性腹膜炎；弥漫性粪性腹膜炎，此分类获得广泛采用。1983年Killingback提出了一个更为复杂和精细的分类。憩室病伴并发症者最好是既引流脓肿，控制腹膜炎，又切除炎性病变肠段。近年来大量资料证实保守的引流和造口手术的病废率与死亡率均明显高于切除手术。而以往三期手术的方法已被一期和二期手术所取代。当前有大量资料显示一期手术是安全的，但在具体决定一期或二期手术时有几点必须重视的因素：肠腔空虚、无粪质，表示肠道预备满足，或手术中通过灌洗能达到这一要求；

***无水肿；拟吻合肠段的血供良好；腹腔感染和污染较局限、并不太严重；手术医师对病员全身情况以及有无其他非凡危险因素的了解。近年来之所以热衷于一期吻合，主要原因在于曾患弥漫性腹膜炎并施行Hartmann术的病员重建肠道连续的困难。至于二期手术可有两种选择，一是Hartmann式远端缝闭，近端结肠造口，二期再行吻合。在因弥漫性化脓性腹膜炎或弥漫性粪性腹膜炎而行切除手术时，一般适用这一术式。另一种是一期吻合，辅助性近端结肠造口或回肠造口或结肠内绕道术，一般适用于因非弥漫性化脓性腹膜炎或弥漫性粪性腹膜炎手术，而因其他因素不宜一期吻合者。对右侧结肠憩室炎的手术仍有分歧，按Schmit等的意见，如能排除癌肿，局限性结肠切除已足够，如癌肿不能排除或肠活力有疑问，应作右半结肠切除术。但Fischer和Farkas认为急性憩室炎伴局限性蜂窝组织炎的患者，只要能排除癌肿，不能切除，术后应用抗生素就可治疗成功。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

