

· 病例报道 ·

和谐夹联合尼龙绳治疗诊断性肠穿孔二例

张维森 许良璧 姜琼 陈万伟 杨浩昇 李大欢

例 1 患者女, 71 岁, 门诊腹痛患者, 例行肠镜检查。检查过程中乙状结肠弯曲度大, 反复钩拉进退导致距肛门约 20 cm 处发生直径约 0.6 cm 穿孔, 破损底部可见黄色脂肪组织(图 1)。患者一般情况可, 立即予和谐夹 3 枚、钛夹 3 枚关闭创面, 其中和谐夹安放在创面张力较大的两端及中间部, 普通钛夹放置在和谐夹中间; 再予尼龙绳沿金属夹底部荷包缝合扎紧(图 2)。术后患者感轻微腹痛, 胸腹 X 线平片示膈下少量游离气体。住院后予禁食、抗感染治疗, 术后 6 d 恢复流质饮食, 术后 8 d 好转出院。术后 2 个月电话随访患者无不适。

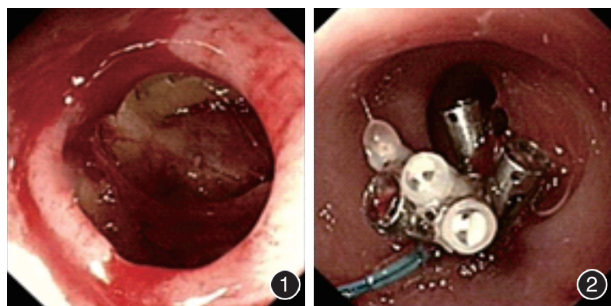


图 1 肠镜下距肛门约 20 cm 见类圆形穿孔 图 2 和谐夹、钛夹关闭穿孔, 尼龙绳荷包缝合

例 2 患者女, 54 岁, 因慢性腹痛行肠镜检查, 进镜至距肛门约 15 cm 时发生穿孔, 见直径约 1.2 cm 圆形创面, 底部见脂肪组织。按照例 1 的方法在内镜下缝合创面。术中患者诉乏力, 稍气促, 查体见颜面部及颈部肿胀, 颈部及胸壁皮下捻发感, 血氧饱和度 95%, 心率 90 次/min, 血压 100/70 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。术后行 CT 检查见腹腔、腹膜后、纵隔游离气体, 颈部、前胸壁皮下积气, 并出现液气胸(图 3, 4)。术后 24 h 内出现轻度发热, 超敏 C-反应蛋白、血白细胞明显升高, 且左下腹有反跳痛, 但患者无呼吸困难, 血压、心率平稳, 重症监护 24 h 后转入普通病房继续抗感染治疗, 监测白细胞、超敏 C-反应蛋白及降钙素原均在术后 48 h 明显下降, 腹部反跳痛减轻。术后第 8 天恢复流质饮食后无特殊不适, 好转出院。出院后随访。

讨论 诊断性肠穿孔虽为少见并发症, 但若未得到及时

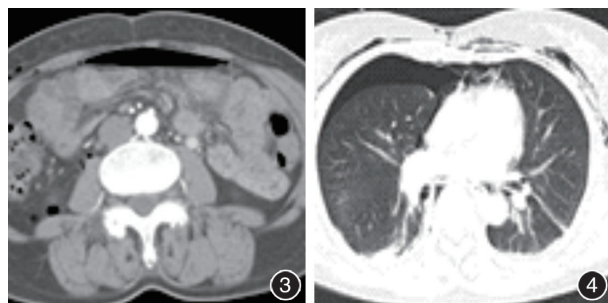


图 3 CT 见腹壁、腹腔及腹膜后积气 图 4 CT 见气胸, 胸壁、纵隔积气

治疗, 可出现严重的并发症和较高的死亡率。为了避免肠镜检查穿孔, 操作者除了规范操作外, 更应关注存在高危穿孔因素的患者。多项回顾性分析发现肠道清洁度差、憩室、炎症性肠病、腹腔手术史、合并多种内科疾病、老年、女性以及低体重指数、低蛋白血症患者更容易发生穿孔^[1-2]。息肉切除大于 4 枚或单个息肉直径大于 1 cm 者为穿孔高风险人群^[3]。通常认为无痛肠镜会增加穿孔率, 但一项多中心回顾性研究中, 提示药物镇静未增加穿孔风险^[3]。本文报道均为女性患者, 例 1 有乙状结肠憩室, 且在操作过程中反复钩拉进镜, 例 2 合并高血压病, 这些均是穿孔的高危因素。若接诊此类患者时, 引起肠镜操作者的重视, 术中通过直肠、乙状结肠等常见穿孔部位时提高警惕, 或可避免穿孔发生。

目前治疗诊断性穿孔的措施主要有内镜下治疗、腹腔镜及外科开腹手术。穿孔后治疗措施的选择取决于诊断穿孔的时间、肠道清洁度、穿孔部位、有无腹膜炎。在检查过程中发现穿孔时, 若肠道清洁度好、破损底部洁净、患者状态良好, 可选取内镜下治疗; 若肠道清洁度差、腹膜炎体征重、创面受大量肠内容物污染、发现穿孔的时间不及时, 多采用腹腔镜、外科开腹手术。内镜下治疗使用较多的是钛夹, 穿孔创面较大者可予 OTSC 夹闭。与单一金属夹闭合、尼龙绳套扎相比, 创面较大者镜下联合治疗成功率更高^[4]。

欧洲胃肠内镜协会建议肠道准备充分的穿孔患者, 4 h 内可选择内镜下治疗, 若穿孔直径在 1~2 cm 内, 可用 OTSC 或 TTSC 联合套扎治疗; 对于直径超过 2 cm、未及时诊断者应考虑外科治疗。但若无明显并发症, 亦有内镜下成功治疗穿孔直径达 3~4 cm 的报道^[5]。本组病例均在检查过程中发现穿孔, 且肠道清洁度良好, 穿孔直径在 2 cm 内, 故选取内镜下金属夹联合尼龙绳套扎治疗。笔者发现和谐夹(南

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.06.019

作者单位: 550004 贵阳, 贵州医科大学附属医院消化内科 (张维森), 内镜室 (许良璧、姜琼、陈万伟、杨浩昇、李大欢)

通信作者: 许良璧, Email: 1147562130@qq.com

京微创公司生产)张口较大,可调整开口方向,可重复开关,夹合后位置不满意可再次打开调整,且其尾部较短不遮挡视野及其他金属夹释放,但其闭合力度相对稍小。钛夹的闭合力度大,可以调整开口方向,但其开口较小,关闭后不能再打开调整方向,尾部较长。因此同时使用口径不一的和谐夹、钛夹可取长补短。金属夹密集夹闭创面时,将和谐夹夹闭在穿孔张力大及开口较大的位置,普通钛夹在和谐夹中间,既可避免因张力过大,单用钛夹短期内脱落,又可防止单用和谐夹难以完全严密夹闭吻合处黏膜,致肠液渗漏。予尼龙绳在金属夹底部荷包套扎,可加固缝合,避免创面闭合后一段时间内因肠蠕动或其他原因使金属夹脱落。术后使用广谱抗生素治疗,监测体温、白细胞及腹膜炎体征,对于术后持续发热,白细胞、超敏 C-反应蛋白等急性炎症指标持续升高,出现腹膜炎者,应及时评估转外科手术。本组例 2 患者术后虽出现了发热,白细胞及急性炎症指标明显升高,但峰值持续时间短,经积极抗感染、支持治疗后避免了外科手术。

术中、术后若出现明显的气腹可予气腹针放气,本组病例 2 虽有气腹,但患者无明显腹胀,未行穿刺放气减压。Gupta 等^[6]报道气胸为肠镜检查穿孔极其少见的并发症,综合 22 例报道,平均年龄在 65 岁,其中女性 17 例,仅 2 例通过保守治疗,大部分患者需手术、闭式引流。本组例 2 虽纵隔积气、双侧液气胸,但患者无气促、呼吸困难症状,且血流动力学未受影响,经保守治疗 8 d 后复查 CT 气体大部分吸收。应吸取的教训是此例患者所在检查室无 CO₂ 气体,术中仍使用空气,导致术后积气加重。

参 考 文 献

- [1] Mukewar S, Costedio M, Wu X, et al. Severe adverse outcomes of endoscopic perforations in patients with and without IBD [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2014, 20 (11) : 2056-2066. DOI: 10.1097/MIB.000000000000154.
- [2] Hamdani U, Naeem R, Haider F, et al. Risk factors for colonoscopic perforation: a population-based study of 80118 cases [J]. *World J Gastroenterol*, 2013, 19 (23) : 3596-3601. DOI: 10.3748/wjg.v19.i23.3596.
- [3] Bielawska B, Day AG, Lieberman DA, et al. Risk factors for early colonoscopic perforation include non-gastroenterologist endoscopists: a multivariable analysis [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2014, 12 (1) : 85-92. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.06.030.
- [4] 徐显林, 李淑文, 吴仕彬. 内镜下尼龙绳套扎治疗医源性结肠穿孔一例 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2017, 34 (10) : 747. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2017.10.015.
- [5] Velchuru VR, Zawadzki M, Levin AL, et al. Endoclip closure of a large colonic perforation following colonoscopic leiomyoma excision [J]. *JSLS*, 2013, 17 (1) : 152-155. DOI: 10.4293/1086808-12X13517013317554.
- [6] Gupta A, Zaidi H, Habib K. Pneumothorax after colonoscopy-a review of literature [J]. *Clin Endosc*, 2017, 50 (5) : 446-450. DOI: 10.5946/ce.2016.118.

(收稿日期:2017-09-03)

(本文编辑:朱悦)