

行,可单纯置管引流,待以后再次手术。否则手术一旦失败将增加以后再手术处理的难度^[7]。

参考文献:

- [1] 李树吉,张秀云. 医源性胆管损伤的预防与治疗(国内文献综述)[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(8):608-610.
- [2] 吴金术,毛先海,杨尽晖,等. 右肝管缺如与医源性胆道损伤[J]. 中华肝胆外科杂志,2003,9(12):733-735.
- [3] 黄志强. 医源性胆管损伤. 老问题、新意义[J]. 中国实

用外科杂志,1999,19(8):451-454.

- [4] 杨甲梅. 胆囊切除术与胆管损伤[J]. 中国实用外科杂志,1999;19(8):454-456.
- [5] 吴金术,毛先海,廖春红,等. 101例医源性胆管损伤的临床分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,7(10):606-608.
- [6] 吴金术,毛先海,廖春红,等. 医源性胆道损伤的处理[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(1):42-45.
- [7] 石景森. 术中胆道损伤面临的问题及早期处理[J]. 中华肝胆外科杂志,2002,8(6):333-334.

文章编号:1005-6947(2007)02-0157-01

· 病案报告 ·

误诊为溃疡性结肠炎癌变的艾滋病患者 1 例

李朝晖, 杨昌平

(解放军第三二二医院 普通外科,山西 大同 037006)

关键词: 获得性免疫缺陷综合征; 误诊; 病例报告

中图分类号: R593.9

文献标识码: D

患者 女,36岁。于2005年6月12日入我院消化内科。2005年4月曾因腹痛、腹泻于我院诊断为“溃疡性结肠炎”,经治疗后症状缓解。6月以来,腹痛加重,以脐周及左侧腹部明显,解黄色黏液便6~7次/d,纳差、乏力,伴发热,体温在38℃左右。体查:全身皮肤色暗,少光泽,脱水貌;腹部平,上腹部压痛,以脐上明显,无反跳痛及肌紧张,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃。白细胞 $5.2 \times 10^9/L$ 。中性0.80;红细胞 $2.97 \times 10^{12}/L$,血红蛋白94g/L,血小板 $139 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白34mg/L,补体C30.6g/L。肠镜检查示:横结肠、升结肠近肝曲黏膜充血、糜烂可

见溃疡形成,表面附炎性渗出物。病理报告:黏膜慢性炎症伴溃疡形成。诊断:溃疡性结肠炎。多次远程会诊,意见按溃疡性结肠炎治疗。足量全疗程治疗,症状无缓解。再次复查肠镜:病理回报示可疑黏液腺癌。家属要求手术治疗,转入我科。入科后常规HIV初筛试验阳性,再次复查仍为阳性,追问即往病史:家庭住址河南焦作市,有献血史。最后经山西省中心试验室确诊为艾滋病。患者自行离院。

讨论 HIV感染后结直肠的表现较为常见,其结直肠部位免疫及病理生理特征为:(1)HIV病毒不断损伤肠道黏膜表面的T细胞;(2)可以直接损害胃肠道细胞本身。以此为基础出现肠道疾病表现:首先表现为结肠炎,并逐步加重;其次,明显的溃疡样感染特别是巨细胞病毒感染可以导致弥漫性结肠炎穿孔;第三,多种恶性疾病,Kaposi肉瘤和非霍奇金淋巴瘤;第四,淋巴结病本身就可以导

致严重的腹痛和内脏粘连;第五,巨细胞病毒感染,结肠是胃肠道主要受累部位,巨细胞病毒感染可以使从口到肛门的整个胃肠道发生溃疡,但主要是回肠结肠炎。30%病人主诉发热或体重下降伴腹泻,随着病毒的进展,明显的溃疡、中毒性巨结肠、出血和穿孔均可发生。HIV感染者腹泻的原因:(1)HIV感染可以造成肠绒毛结构的轻微变化,从而导致碳水化物的吸收不良;(2)外来抗原活化细胞因子造成的肠壁黏膜通透性增加和小肠细菌过度增殖可以导致腹泻;(3)明确病因的腹泻中最常见病原体是原虫隐孢子菌和小孢子菌。本病治疗以抗病毒为主;因HIV感染的结直肠需急诊行肠切除的,术后第1天病死率为28%,1个月为71%,6个月为86%。目前AIDS感染者呈逐渐上升趋势,作为临床外科医生对此病的结直肠表现应有高度的警惕性,以免误诊漏诊。

收稿日期:2006-12-18。

作者简介:李朝晖,男,山西大同人,解放军第三二二医院主治医师,主要从事胃肠道外科方面的研究。

通讯作者:李朝晖 电话:0352-5385266(0)。