

· 案例报道 ·

回肠憩室引起肠梗阻死亡医疗损害1例

钱雪松, 石水珍

上海任直司法鉴定所, 上海 200051

关键词: 法医病理学; 回肠憩室; 肠梗阻; 医疗损害

中图分类号: DF795.4 文献标志码: B doi: 10.12116/j.issn.1004-5619.2021.410206

文章编号: 1004-5619(2022)03-0423-03



1 案 例

1.1 简要案情

杨某,男,19岁,某年2月因“肠胃不舒服”多次就诊于A医院和B医院,诊断为“胃肠功能紊乱”等,两家医院分别给予调理肠胃等对症治疗。2月12日,杨某在家中出现神志不清、休克等表现,急送B医院就诊,最终抢救无效死亡。经尸体检验,死亡原因为“急性完全性肠梗阻导致休克死亡”。某市人民法院委托本鉴定中心对A医院和B医院在对杨某的诊疗过程中是否存在医疗过错;若有过错,其与杨某死亡之间的因果关系以及医疗过错的原因力大小进行法医学鉴定。

1.2 病史摘要

某年2月2日,杨某因“腹痛,咳嗽,咽喉肿痛,无痰,有发热,流涕”就诊于A医院,血常规示中性粒细胞偏高,C反应蛋白及超敏C反应蛋白均偏高,诊断为“上呼吸道感染、胃肠炎”。2月6日于A医院复诊,诉“慢性胃炎、便秘”,予头孢克洛胶囊、盐酸左氧氟沙星、泮托拉唑钠肠溶片、复方氨酚烷胺片治疗。

2月11日,杨某因“便秘3月,伴中下腹痛”就诊于B医院。查体:上腹部压痛阳性。诊断为“胃肠功能紊乱”。

2月12日,杨某就诊于A医院,诉“2月11日起胃胀痛加剧伴恶心呕吐3次,反酸,纳差”。查体:精神萎靡,腹软,胃区压痛。诊断为胃炎,予奥美拉唑、维生素B6补液治疗。用药后胃痛减轻,仍恶心呕吐,自诉呕吐酸水。建议转上级医院进一步检查。

杨某于当日门诊补液治疗后自行回家,约16:30

打电话给同事诉上腹部不适,要求送至医院就诊,约17:00同事到达后发现杨某神志不清,躺于沙发上,四肢湿冷,无口吐白沫,无肢体抽搐,遂打车急送医院抢救。

杨某于当日17:08送入B医院抢救室。当时神志不清,无自主呼吸,心搏停止,双侧瞳孔散大、固定,对光反射消失,心电图呈一直线。急诊即刻予心肺复苏、气管插管、右股静脉置管,同时予肾上腺素及多巴胺等血管活性药物后,杨某于17:25恢复自主心律,但仍无自主呼吸,予呼吸机,拟“心肺复苏后”收入综合性重症监护病房(general intensive care unit, GICU)。查体:体温34.9℃,脉搏89次/min,呼吸15次/min,血压16.8/13.2 kPa(126/99 mmHg)(应用多巴胺后);神志不清。辅助检查:C反应蛋白53.38 mg/L(正常参考值0~10.00 mg/L)。血气分析:pH值6.98(正常参考值7.32~7.43),二氧化碳分压(PCO₂)3.9 kPa(28.90 mmHg)[正常参考值5.3~7.3 kPa(40.00~55.00 mmHg)],血氧分压(PO₂)70.2 kPa(526.60 mmHg)[正常参考值4.0~67.3 kPa(30.00~505.00 mmHg)],全血碱剩余(blood base excess, BEb)24.9 mmol/L(正常参考值0~4.8 mmol/L),碳酸氢根(HCO₃⁻)6.7 mmol/L(正常参考值24.0~30.0 mmol/L),血氧饱和度(oxygen saturation of blood, SO₂)99.70%(正常参考值40%~70%)。凝血功能:凝血酶原时间21.1 s(正常参考值9~13 s),国际标准化比值(international normalized ratio, INR)1.76(正常参考值0.8~1.2),活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT)79.2 s(正常参考值27~46 s)。心肌标志物:钙蛋白定量0.089 ng/mL(正常参考值

作者简介:钱雪松(1989—),男,主要从事法医临床学、法医物证学鉴定;E-mail:sfjd_qxs@163.com

通信作者:石水珍,女,主要从事法医临床学鉴定;E-mail:pjacobble@163.com

引用格式:钱雪松,石水珍.回肠憩室引起肠梗阻死亡医疗损害1例[J].法医学杂志,2022,38(3):423-425.

To cite: QIAN X S, SHI S Z. Medical damage caused by ileal diverticulum due to intestinal obstruction: A case report[J]. Fayixue Zazhi, 2022, 38(3): 423-425.

<0.034 ng/mL),肌红蛋白定量>2 000 ng/mL(正常参考值0~121 ng/mL),肌酸激酶同工酶7.91 ng/mL(正常参考值<2.37 ng/mL);脑利尿钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)6 130 pg/mL(正常参考值<125 pg/mL)。入院后予以GICU护理常规、冰床冰帽应用、降颅压保护脑细胞、纠酸等治疗,并完善检查明确病因,但患者出现多器官功能衰竭,家属放弃治疗,于2月13日21:30宣布临床死亡。死亡原因:感染性多器官功能障碍综合征,感染性休克。死亡诊断:细菌性肠道感染,感染性多器官功能障碍综合征,感染性休克,心肺复苏后。

1.3 尸体检验

同年3月27日某鉴定中心尸体检验报告:回肠远端狭窄(距回盲瓣26 cm,周径3 cm)导致急性完全性肠梗阻。狭窄以上小肠高度扩张、积气积液,肠壁坏死;狭窄以下回肠憩室形成,末段回肠、结肠瘪陷空虚(提示小肠憩室);腹腔积液(550 mL);肠系膜脂膜炎;胸腔积液(左侧570 mL,右侧550 mL),心包积液(50 mL);多器官淤血水肿(肺、肝、脾、脑)。死亡原因:急性完全性肠梗阻导致休克死亡。

1.4 鉴定意见

A医院和B医院在对被鉴定人杨某的诊疗过程中均存在过错,两家医院的医疗过错累计在损害后果中的原因力为同等原因。

2 讨论

2.1 关于死亡原因

小肠憩室是一种少见的、可有多种临床表现的疾病,部分患者可出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、黑便、贫血等。憩室多为多发,其中80%分布于空肠,15%分布于回肠,另外5%可同时分布于空肠、回肠,其临床表现无明显特异性,只是在出现严重的并发症,如肠梗阻、消化道出血、消化道穿孔等时才会引起患者重视,常规检查又难以发现,因而易被误诊为其他外科急腹症,延误诊断和治疗^[1-3]。小肠憩室并发肠梗阻的原因有:憩室炎症粘连、肠套叠等引起的肠管狭窄,含憩室段肠管过度膨胀引起肠扭转,憩室内的食物、异物、粪石等进入腹腔而引起肠道阻塞,胀大的憩室直接压迫邻近肠壁引起肠梗阻,以及憩室发生溃疡或溃疡出血等。患者的腹痛主要表现为胀痛,而非一般机械性梗阻引起的绞痛,且疼痛程度也不剧烈,有时胀痛可表现为加重和缓解症状交替出现,其胀痛持续时间往往较长,一般保守治疗效果不明显^[4]。

本案尸体检验发现“狭窄以上小肠高度扩张、积气积液,肠壁坏死;狭窄以下回肠憩室形成,末段回肠、结肠瘪陷空虚”,支持小肠憩室引发肠梗阻的诊

断。同时,杨某2月2日起多次以“腹痛”为主诉就诊,症状有反复加重的趋势,后出现胃区胀痛伴恶心、呕吐等,符合小肠憩室逐渐引起不全肠梗阻至完全性肠梗阻的表现。肠梗阻发生后,可引起细菌性肠道感染、感染性多器官功能障碍综合征以及感染性休克等^[5],2月12日下午出现神志不清、四肢湿冷等,与上述临床经过相吻合。综上所述,杨某死于小肠憩室所引发的肠梗阻。

2.2 关于医疗过错

2.2.1 关于医患双方的争议问题

本例医患双方就医疗过错责任分歧较大,意见完全相左。患方认为:杨某为青年男性,既往身体健康,尸体检验结果最终诊断为“肠梗阻引起感染性休克”属于临床常见病,诊断和治疗上并不复杂。尤其是患者死亡前10 d就已经出现症状,而且反复多次到两被告医院就诊,一直未引起重视。医方未经慎重检查就作出“上呼吸道感染”“慢性胃炎”“胃肠功能紊乱”等,均属误诊,正是由于两被告疏忽大意,导致误诊、误治,造成患者最终死亡的后果,应负完全责任。医方认为:患者入院仅有反酸、纳差、胃区压痛等轻度胃肠症状,诉有便秘史,但并无典型肠梗阻的临床表现,医方门诊处理并无过错。患者在家中突然发病,送至医院时已至休克失代偿,医方积极抢救亦无明显过错。

经认真审阅病史并结合相关文献分析,上述分歧的关键点在于双方对核心技术问题的认识不一致。主要表现在:(1)本例肠梗阻原因并非临床典型肠梗阻的常见原因。典型的肠梗阻是临床急腹症常见原因之一,一般来自腹腔粘连、疝、肠道炎症、消化道肿瘤、寄生虫、先天性或手术后并发吻合口狭窄和肠套叠等,因憩室引起肠梗阻者报道^[6]较少。(2)肠梗阻的临床表现不典型。如前所述,小肠憩室引起的肠梗阻原因可能是肠系膜间粘连造成肠壁迂曲、成角引起,也可能是憩室胀大压迫邻近肠壁所致。由于疾病进展缓慢,故多表现为加重和缓解交替出现的胀痛,且并不剧烈。本例患者多次就诊仅有反酸、纳差、胃区压痛等轻度胃肠症状,并有便秘史等,符合本病的特点。(3)小肠憩室诊断比较困难。常规采用的立位腹平片和腹部CT虽然可发现肠管胀气或“气液平”等,但在明确憩室的诊断方面有一定难度。消化道气钡剂双重造影或电子肠镜等有一定的诊断率,但在患者症状明显时往往可能已经并发梗阻、出血、穿孔等,而难行上述检查。因此,临床对于小肠憩室的最终诊断大多依靠剖腹探查手术和术后病理学检查^[7]。

基于上述分析,本例杨某自身所患的小肠憩室疾病具有临床少见、慢性经过和临床表现不典型等特

点,客观上确实存在一定的诊断难度。此外,杨某多次门诊就诊均未发现寒战、高热、面色苍白、心率加快、脉搏细速、血压下降等感染性休克的典型症状和体征。2月12日下午,杨某在A医院诊治后效果不好,医方门诊病历记载曾建议其“转上级医院进一步检查”,但杨某当日“自行回家”,说明当时病情尚未发展到足以引起医患双方重视的严重程度。而数小时后,杨某打电话给同事诉上腹部不适,半小时后同事到达时患者已经神志不清,无自主呼吸及心搏,双侧瞳孔散大固定,对光反射消失,说明其自身疾病存在隐匿、变化突然、进展迅速等特点,给临床及时、准确施救带来相当难度。

2.2.2 关于医方存在的过错行为

杨某的疾病存在复杂性和不典型性,但由于本病临床仍有一定的发生率,且手术治疗一般效果良好,故在诊治措施上应当采取积极的态度^[8]。纵观患者在A医院和B医院的就医过程,两被告的临床诊治行为仍存在一定的过错,未尽到应尽的合理诊疗义务。2月2日,患者到A医院初次就诊时主诉为“腹痛、咳嗽、咽喉肿痛、发热、流涕”等,在血常规检查提示感染和腹部超声未见异常的情况下,医方考虑“上呼吸道感染、胃肠炎”尚情有可原。但在对症治疗效果不佳时,患者2月6日、12日再以类似症状多次就诊,医方并未引起注意,未行常规查体、实验室检查,更未能进一步考虑胃肠疾病的复杂原因,未行胃镜或影像学检查(立位腹平片、消化道气钡双造影、腹部CT等),医方草率诊断为“慢性胃炎、便秘”,说明其临床辅助检查不够完善,致诊断依据不足。尤其是2月12日,患者胃胀痛加剧伴恶心呕吐,对症输液治疗后病情无明显改善,病历显示患者已经有“精神萎”等表现,医方甚至未行血压、心率等常规检查,病历中记载“转上级医院进一步检查”,但未见转诊理由、拟检查项目、拟转诊医院等具体内容,说明A医院存在诊断措施不全面,对患者病情进展的风险估计不足,以及告知不充分等过错。B医院作为上级医院,2月11日,患者曾因反复腹痛在基层医院治疗无效而来门诊就诊,医方查体已提示“上腹部压痛阳性”,但仍未行相关检查而诊断为“胃肠功能紊乱”过于草率,在一定程度上不利于患者病情的早发现、早诊断和早治疗。

2.3 关于医疗过错与损害后果之间的因果关系

如上所述,杨某自身小肠憩室疾病少见且临床表现不典型,存在隐匿性,导致临床诊断困难,并发肠梗阻后病情变化突然、进展迅速,终因感染性休克死亡,临床亦难以准确施救。据此认为,自身所患疾病是导

致杨某死亡的主要原因。但患者曾以类似症状多次于A医院就诊,未引起医方注意,未实施全面检查,错失临床早期诊断、治疗的机会,疾病发展经治疗无改善的情况下,拟转上级医院时未详细告知载明,亦存在过错。同理,B医院也未行必要的鉴别诊断。故仅据现有送鉴材料分析,两被告医疗过错在损害后果中的原因力为同等原因。

参考文献:

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M].7版. 北京:人民卫生出版社,2008:1516-1519.
WU Z D, WU Z H. Surgery[M]. 7th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2008: 1516-1519.
- [2] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M].6版. 北京:人民卫生出版社,2000.
WU J P, QIU F Z. Huang Jia Si Surgery[M].6th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2000.
- [3] FALIDAS E, VLACHOS K, MATHIOULAKIS S, et al. Multiple giant diverticula of the jejunum causing intestinal obstruction: Report of a case and review of the literature[J]. World J Emerg Surg, 2011, 6(1):8. doi: 10.1186/1749-7922-6-8.
- [4] 张志斌,李东印,谷川. 空肠多发憩室导致肠梗阻的诊断与治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(7): 524-526. doi: 10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2014.07.012.
ZHANG Z B, LI D Y, GU C. Diagnosis and treatment of intestinal obstruction caused by multiple jejunal diverticula[J]. Zhonghua Putong Waike Zazhi, 2014, 29(7): 524-526.
- [5] 白英杰,董红梅,任亮,等. 小肠憩室并发急性肠梗阻死亡1例[J]. 法医学杂志, 2012, 28(5): 385-386. doi: 10.3969/j.issn.1004-5619.2012.05.018.
BAI Y J, DONG H M, REN L, et al. Death due to acute ileus with small bowel diverticulum: A case report[J]. Fayixue Zazhi, 2012, 28(5): 385-386.
- [6] 王新颖,赵东辉,白岚. 小肠憩室引起小肠梗阻[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(8): 573. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2009.08.025.
WANG X Y, ZHAO D H, BAI L. Small intestinal diverticulum causing small intestine obstruction[J]. Zhonghua Xiaohua Zazhi, 2009, 29(8): 573.
- [7] 戴观荣,江玲. 小肠多发憩室致肠梗阻1例[J]. 局解手术学杂志, 2013, 22(5): 579. doi: 10.11659/jjssx.1672-5042.201305066.
DAI G R, JIANG L. Intestinal obstruction due to multiple diverticula in the small intestine: A case report[J]. Jujie Shoushuxue Zazhi, 2013, 22(5): 579.
- [8] 夏涛,陆才德,俞仲辉. 成人小肠憩室病9例误诊分析[J]. 当代医学, 2010, 16(22): 12-13. doi: 10.3969/j.issn.1009-4393.2010.22.008.
XIA T, LU C D, YU Z H. Misdiagnosis analysis of 9 cases of adult intestinal diverticulosis[J]. Dangdai Yixue, 2010, 16(22): 12-13.

(收稿日期:2021-02-23)

(本文编辑:王亚辉)