

· 病例报告 ·

缺血性肠病合并多脏器梗塞1例

李 媛, 解祥军, 马晓莹, 许 琳*

(青岛市市立医院消化科, 青岛 266071)

【关键词】结肠炎, 缺血性; 多脏器功能衰竭综合征

【中图分类号】R574.62; R365

【文献标识码】B

【DOI】10.11915/j.issn.1671-5403.2015.04.070

1 病例资料

患者, 男, 78岁, 因发热1个月余, 腹泻 > 10d 收入院。患者 > 1个月前因尿潴留行留置导尿1周, > 20d前行前列腺电切术, 12d前行阑尾切除术, 期间持续发热, 间断应用多种抗生素。近10d来逐渐出现腹泻, 为黄色稀水样至稀糊样大便, 无黏液脓血, 7~8次/d, 伴腹胀, 无恶心、呕吐, 无里急后重。既往40年前有窦性心动过缓, 已自愈。高血压10余年。3年前因脑血管狭窄行脑血管支架植入术。2个月前行脑血管造影, 提示再次出现脑血管狭窄。入院体检: 体温37.1℃, 血压130/70mmHg (1mmHg = 0.133kPa), 脉搏74次/min, 神志清楚, 心肺查体未见异常。腹软, 无压痛反跳痛, 腹水征阴性, 肠鸣音3次/min。实验室检查: 白细胞 $15.35 \times 10^9/L$, 红细胞 $5.3 \times 10^{12}/L$, 血小板 $343 \times 10^9/L$ 。大便常规: 黏液+, 脓细胞3+, 红细胞1~3/HP, 隐血+。血红蛋白23.7g/L。大便培养: 阴性。大便球杆菌比1:2。血培养未培养出细菌。全腹部电子计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 提示结肠管壁增厚 (图1)。患者长期联合应用抗生素, 考虑存在抗生素相关性肠炎, 给予口服双歧三联活菌 (Bifid Triple Viable, 内含双歧杆菌、嗜酸乳杆菌和粪肠球菌), 万古霉素 (vancomycin), 静脉补充白蛋白及营养支持治疗。1周后患者体温正常, 排便正常。间隔4d后又再次出现发热、腹泻, 并排淡红色稀便, 含少许脓液。因患者一般状况较差, 未进行结肠镜检查, 经讨论考虑溃疡性结肠炎, 给予艾迪莎 (Etiasa) 口服, 效果不佳, 患者出现排便便, 腹痛。再次复查, 腹部CT提示全结肠管壁增厚, 脾栓塞 (图2, 图3)。腹部CT血管造影术 (CT angiography, CTA) 提示, 腹主动脉见多发斑片状钙化灶, 肠系膜下动脉起始部中度狭窄, 双侧髂总、髂内动脉壁亦见增厚、钙化, 管腔可见轻度狭窄 (图4), 诊断为缺血性肠病 (缺血性结肠炎, ischemic colitis)。给予丹参 (Radix Salviae Miltiorrhizae)、单硝酸异山梨酯 (isosorbide mononitrate) 静脉滴注, 口服左氧氟沙星 (levofloxacin)、氟康唑 (fluconazole), 持续缓慢匀速鼻饲能量要素合剂百普素粉剂 (Pepti-2000 variant, 内含蛋白质、脂肪、碳水

化合物、矿物质、维生素等)。患者腹泻、血便略有好转。但2d后患者逐渐出现脑血栓形成, 下肢深静脉血栓形成, 心肌梗死, 脑梗死, 左心衰竭, 转入重症监护病房 (intensive care unit, ICU) 行气管插管, 最终因多脏器功能不全综合征 (multiple organ dysfunction syndrome, MODS) 医治无效临床死亡。

2 讨论

缺血性肠病, 是由于各种原因引起的肠道血液供血不足导致的肠壁缺血性疾病^[1], 此疾病可累及全消化道, 但主要累及结肠, 是下消化道出血的原因之一。缺血性肠



图1 全结肠管壁增厚
Figure 1 Thickened colon wall



图2 脾梗塞
Figure 2 Splenic infarction



图3 全结肠管壁增厚,较图1更为明显

Figure 3 More obviously thickened colon wall than in Figure 1



图4 肠系膜下动脉中度狭窄

Figure 4 Midrange stenosis of inferior mesenteric artery

病可分为:急性肠系膜缺血、慢性缺血性肠病、结肠缺血性肠病^[2]。结肠缺血性肠病是老年人最常见的肠血管疾病,多数年龄>70岁,常伴有广泛的动脉粥样硬化,结肠血流减少,早期通常临床表现轻,缺乏特异的临床症状,只有轻微的腹痛和腹泻,只有动脉狭窄超过管腔横径的50%~80%才出现明显的临床症状^[3],如腹痛、便血等。其诊断依赖临床医师对本病的认识程度和经验。本病易误诊,常常误诊为急性胰腺炎、胃肠炎、急性阑尾炎、胃肠道穿孔、或自发性腹膜炎等。文献报道^[4],有约20%的患者仅仅表现为长期的腹泻。本患者初期就表现为慢性腹泻,一度误诊为伪膜性肠炎、溃疡性结肠炎,延误了最佳治疗时机。本病如能早期诊断和治疗,患者可在短期内康复;若延误诊断则可导致肠壁坏死、穿孔等严重并发症,甚至出现休克、死亡。

本患者发病前短期内连续两次手术,手术破坏了人

体正常的凝血机制,引起血流缓慢、血管壁损伤、血液高凝等改变,在动脉硬化的基础上,手术刺激进而诱发了肠道缺血。近年来国内外已经有医师注意到术后患者高凝状态,并开始应用低分子肝素等常规术后抗凝,大大减少了术后血栓性疾病的发生^[5,6]。

患者同时发生多脏器梗塞实属罕见。笔者认为与患者结肠缺血、结肠通透性增加、细菌移位、进而导致内毒素血症有关。内毒素血症可直接或间接损害内皮细胞,使血小板的黏附聚集力增强,又可引起组织因子的表达而激活外源性凝血系统。内毒素也可直接激活因子XII,从而启动内源性凝血系统,使血液处于高凝状态。此外,内毒素所致的微血管损伤使血管通透性增高,血浆从循环中丢失造成血液浓缩,血黏度增高,血液流速下降进一步加重高凝状态。另外患者长期发热、腹泻造成体液丢失,也是造成血液高凝状态的原因之一。一些研究表明^[7],凝血功能障碍既是MODS的一个特殊临床表现,又是其产生的重要触发因素,两者互为因果,长期高凝状态,极易导致微血栓形成,造成相应器官的栓塞。国外已有用阿司匹林纠正MODS高凝状态的报道^[8]。这为预防重症患者发生内毒素血症进而引发MODS提供一条新的预防途径,值得我们进一步研究。

缺血性肠病一经诊断,应积极予以抗凝治疗,对于明确有血栓形成的患者可予溶栓治疗。抗凝、溶栓的同时给以抗血小板聚集治疗,以及足量广谱有效抗生素。本患者在确诊后采取比较温和的丹参注射液静脉注射后,病情出现短期减轻,在临床上可选阿司匹林(aspirin)、氯吡格雷(clopidogrel)、肝素(heparin)、前列地尔(alprostadil)、罂粟碱(papaverine)、丹参注射液、低分子右旋糖酐(dextran)^[9]等。并密切观察病情变化,严密掌握手术治疗的适应证。

近年来随着人们生活水平的提高,高血压、糖尿病、动脉硬化的发病率升高,缺血性肠病发病率也随之呈上升趋势,因其误诊率高,死亡率亦较高。所以对于有高血压、糖尿病、动脉硬化、冠状动脉粥样硬化性心脏病等基础疾病的老年患者,在他们发生腹泻、腹痛、便血等症状时应考虑到本病的可能。同时对于术后患者应用抗凝药物方面应当加强相关研究,积累临床经验。

【参考文献】

- [1] Han YH, Liu WZ. Ischemia of intestine[A]//Wang JY, Liu WZ. Contemporary Digestion Handbook[M]. Shanghai: Shanghai Scientific and Technological Literature Press, 2003: 12-76. [韩跃华, 刘文忠. 肠缺血症[A]//王吉耀, 刘文忠. 现代消化科手册[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2003: 12-76.]
- [2] Jing Y, Li YX, Zhu HF, et al. Diagnosis and treatment of ischemic colitis[J]. J Qiqihar Med Coll, 2013, 34(17): 2583-2584. [荆岩, 李英祥, 朱浩峰, 等. 缺血性肠病的诊治体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(17): 2583-2584.]

- [3] Cronk DR, Houseworth TP, Cuadrado DG, *et al.* Intestinal fatty acid binding protein (I-FABP) for the detection of strangulated mechanical small bowel obstruction[J]. *Curr Surg*, 2006, 63(5): 322-325.
- [4] Cappell MS. Intestinal (mesenteric) vasculopathy. II. Ischemic colitis and chronic mesenteric ischemia[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 1998, 27(4): 827-860, vi.
- [5] Horie H, Endo N, Sata N, *et al.* Postoperative venous thrombosis in general surgery patients and perioperative prophylaxis[J]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi*, 2005, 106(3): 232-236.
- [6] Li BJ, Zhang L. Low molecular weight heparin for preventing venous thromboembolism after gastrointestinal surgery: 132 case analysis[J]. *Chin J Curr Adv Gen Surg*, 2012, 15(9): 735-738. [李步军, 张露. 低分子肝素预防胃肠道术后静脉血栓形成132例[J]. *中国现代普通外科进展*, 2012, 15(9): 735-738.]
- [7] Esmon CT. The interactions between inflammation and coagulation[J]. *Br J Haematol*, 2005, 131(4): 417-430.
- [8] Rensing H, Bauer M. Multiple organ failure. Mechanisms, clinical manifestations and treatment strategies[J]. *Anaesthesist*, 2001, 50(11): 819-841.
- [9] Ma MY, Jiang GZ, Zhao FJ, *et al.* Alprostadil and safflower combination for ischemic colitis: 48 case analysis[J]. *China Foreign Med Treat*, 2013, 32(36): 107-108 [马茂源, 蒋桂珠, 赵福军, 等. 前列地尔注射液联合红花注射液治疗缺血性结肠炎48例分析[J]. *中外医疗*, 2013, 32(36): 107-108.]

(编辑: 李菁竹)

· 消息 ·

《中华老年多器官疾病杂志》“临床病理讨论”栏目征稿

临床病理讨论 (Clinicopathological Conference, CPC) 是临床实践中的一个重要环节, 是多个学科合作对患者进行个体化诊治的一种形式, 尤其对于一些疑难和罕见病例尤为重要。综合患者的临床表现、实验室检查、影像学检查和病理检查等各项结果, 一方面可以明确疾病的诊断并制定治疗方案, 使患者受益, 另一方面亦有利于为临床医师提供更好的经验和更开阔的思路, 提高医师的诊疗能力。一篇好的临床病理讨论, 往往是教科书上找不到的活教材, 也是其他文体难以取代的好形式。

“临床病理讨论”一直以来都是本刊的一个特色栏目, 深受广大读者喜爱。所刊登的一般多为回顾性的病例讨论与总结, 旨在总结经验、吸纳教训和传播知识。在工作实践中, 我们根据广大读者和作者的建议, 对临床病理讨论文章的格式进行了调整。(1) 作者在文题下署名 (而非仅在文末注明由何人整理), 作者拥有本文的著作权。(2) 文章正文为中文 (而非以前的中英文对照), 正文前有言简意赅的中英文摘要。论文性质等同于本刊“论著”。(3) 所选病例可以是疑难、罕见病例, 也可以是诊断明确、但病情危重或有诸多并发症、治疗上甚为棘手的病例, 亦可为其他对临床实践有指导或提示意义的病例。

本刊热忱欢迎广大专家学者为本刊撰写或推荐相关稿件。

具体格式请参考本刊近期发表的“临床病理讨论”文章。

地址: 100853 北京市复兴路28号, 《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

电话: 010-66936756

网址: <http://www.mode301.cn>

E-mail: zhldqg@mode301.cn