个案与短篇

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.10.037

诊断性内窥镜逆行胆胰管造影罕见并发症死亡 1 例报告

陈圣开，何世举

（重庆市第三人民医院肝胆外科，重庆 400014）

【中国图书分类法分类号】R574.51；R619　　【文献标志码】B　　【收稿日期】2011-01-22

内窥镜逆行胆胰管造影（Endoscopic retrograde cholangiopancreatography，ERCP）分为诊断性 ERCP 和治疗性 ERCP。诊断性 ERCP 的并发症主要为急性胰腺炎（0.66%），其次为化脓性胆管炎（0.33%）[1]。治疗性 ERCP 并发症主要为出血、穿孔和化脓性胆管炎[1]。本例为诊断性 ERCP，同时发生肺动脉血栓栓塞、胆管穿孔和急性出血坏死性胰腺炎，快速引起呼吸循环衰竭死亡，实为罕见，现报告如下。

1 病历简介

患者女，64 岁，2007 年 10 月因反复中上腹腹痛 3 年，再发 6 h 急诊入院。既往有风湿性关节炎病史，否认其他病史。入院查体：体温 36.3℃，血压 160/90 mmHg。急性痛苦面容，皮肤及巩膜无黄染。腹平坦，全腹软，剑突下中上腹轻压痛、无肌紧张和反跳痛，余阴性。血常规：白细胞 6.15×10^9 个/L、中性细胞 79%。肝功：正常。B 超：胆囊壁毛糙、胆囊炎、胆囊息肉样变、胆总管增宽（内径 0.86 cm）。胃镜：慢性浅表性胃窦炎。因患者每次中上腹腹痛发作均为阵发性绞痛，难以用胆囊炎、胆囊息肉样变和慢性浅表性胃窦炎解释，且 B 超发现胆总管扩张（原因不明），故怀疑患者腹痛原因为胆总管病变，安排无痛性诊断性 ERCP 检查[本院未开展磁共振胰胆管成像（Magnetic resonance cholangiopancreatography，MRCP）]。检查过程中，反复试插管和注入造影剂。胰管呈部分显影，胰头区见片团状造影剂影，但胆管未显影。反复试插管 1 h 后，胆管仍未显影，放弃继续 ERCP 检查。患者回病房，给予常规禁食、输液、静脉滴注泮托拉唑抑酸和皮下注射奥曲肽抑制胰腺外分泌等治疗。ERCP 后 1 h，患者出现腹胀腹痛。查体：中上腹明显压痛，无肌紧张和反跳痛，移动浊音阴性。ERCP 后 15 h，查血液淀粉酶和尿淀粉酶，均明显升高，明确 ERCP 后急性胰腺炎，继续抑制胰腺外分泌等治疗。ERCP 后 36 h，患者突发呼吸循环衰竭，经抢救无效死亡。法医尸体解剖诊断：①肺动脉血栓栓塞，急性肺水肿、淤血、出血，部分肺泡腔内透明膜形成；②胆总管中上段右前壁穿孔；③急性出血坏死性胰腺炎；④慢性胆囊炎，胆囊结石。法医鉴定死因：肺动脉血栓栓塞引起急性呼吸循环衰竭死亡。

作者介绍：陈圣开（1973-），男，主治医师，硕士，研究方向：医源性胆道损伤。

2 讨 论

肺动脉血栓栓塞的血栓一般来自于静脉系统或右心，主要来源于深静脉血栓形成。其危险因素包括任何可以导致静脉血液瘀滞、静脉系统内皮损伤和血液高凝状态的因素[2]。本例 ERCP 后出现肺动脉血栓栓塞并致呼吸循环衰竭死亡，为罕见并发症，目前鲜见相关报道。该患者有风湿性关节炎病史，但尸检排出了风湿性心瓣膜病和心脏附壁血栓诊断，故其血栓来自右心的可能性基本可以排除。既往有急性胰腺炎引起深静脉血栓形成的个案报道[3]。据推测，本例血栓也可能来自深静脉。深静脉血栓形成的部位常见于下肢，约半数患者表现为患肢肿胀、周径增粗、疼痛或压痛、皮肤色素沉着等，但本例没有相应的自觉症状和明显体征。患者深静脉血栓形成可能与 ERCP 后急性出血坏死性胰腺炎引起的血液粘度增高、红细胞聚集增加和患者卧床引起血流缓慢等因素有关。肺栓塞临床症状缺乏特异性，可以从无症状到血流动力学不稳甚至猝死，容易漏诊。值得引起重视的是：ERCP 后出现呼吸困难，除应考虑到 ERCP 后胰腺炎引起的急性呼吸窘迫综合征（Acute respiratory distresssyndrome，ARDS）可能外，还应考虑到少见的肺动脉血栓栓塞可能。应及时进行动脉血气分析、心电图、X 线胸片、超声心动图、螺旋 CT 等有关检查明确诊断，并及时进行有关治疗。

ERCP引起穿孔相对少见，一般为乳头括约肌切开等治疗性 ERCP 引起，且为十二指肠穿孔。由诊断性 ERCP 引起穿孔，且穿孔部位在胆总管中上段，则非常罕见。诊断性 ERCP 引起胆管穿孔的原因主要在操作方面：①操作不熟练，插管角度不当；②插管用力过猛；③插管困难，反复插管；④麻醉状态下的无痛性检查，患者对 ERCP 创伤无反应或反应不明显，而操作者更容易忽视 ERCP 操作对患者的创伤。在患者方面，主要为急性胆管炎引起胆管壁水肿，容易穿孔。为了避免胆管穿孔，操作者必须做到操作熟练、轻柔，切忌暴力，避免反复插管，如遇困难插管，要知难而退，及时放弃。在麻醉状态下进行无痛性检查，更需注意对患者的保护。接受诊断性 ERCP检查的患者临床容易漏诊胆管穿孔和胆汁性腹膜炎。其原因有：①胆管穿孔在诊断性 ERCP 罕见，在“惯性思维”作用下易忽略；②急性胰腺炎是 ERCP 常见并发症，发生后容易诊断，但急性胰腺炎的症状体征容易掩盖胆管穿孔的症状体征。为了避免漏诊胆管穿孔，应加强 ERCP 后腹部症状和体征的观察。腹痛和腹胀明显时，及时行腹部 B 超检查和

个案与短篇

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.10.038

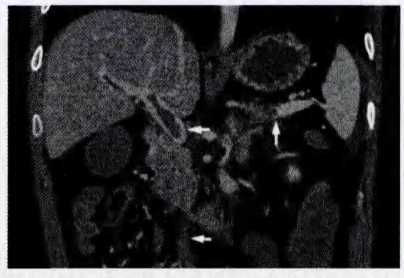
急性出血性坏死性小肠炎 1 例

黄 镇,王子卫,张 能,查 郎
(重庆医科大学附属第一医院胃肠外科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R574.5 【文献标志码】B 【收稿日期】2010-12-14

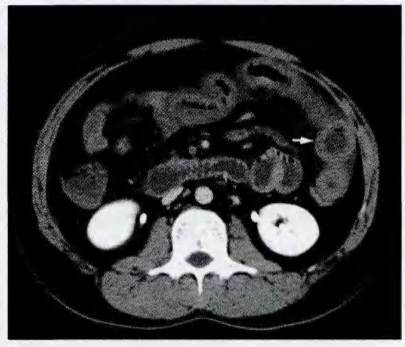
1 病例资料

患者陈某,男性,28 岁,因“上腹部疼痛 1 周,复发加重 15 h”于 2010 年 11 月 26 日 3 时急诊入院。入院前 1 周,患者无明显诱因出现上腹部持续性隐痛,伴恶心、呕吐,无畏寒、发热,无返酸、嗳气,无黄疸及厌食。社区医院按“急性胃炎”治疗后,患者腹痛有所缓解。15 h 前,患者上腹部疼痛复发加重。体格检查:生命体征平稳。中上腹及右下腹压痛,无反跳痛及肌紧张,未扪及包块,Murphy's 征(-),Rovsing 征可疑阳性;叩诊鼓音,移动性浊音(-),肠鸣音约 5 次/min。急查血常规、凝血象、肝肾功、电解质、血淀粉酶、血脂肪酶、腹部 B 超、腹部立卧位片及腹部 CT,并予以抗炎、抑酸、补液等对症治疗,然患者症状、体征渐重,解血便 3 次,约 20 ml/次,呈鲜红色,无粪质及血凝块,行胃肠减压亦引出鲜红色液体约 500 ml。腹部 CT(见图 1 及图 2):(1)门静脉主干、肠系膜上静脉及脾静脉内充盈缺损,考虑为栓塞;(2)肝实质不均匀强化改变,可能为缺血所致;(3)中下腹小肠肠壁增厚水肿,可能为缺血所致;(4)腹盆腔积液。遂在全麻下急行剖腹探查,术中见:腹腔内约 800 ml 血性腹水,距回盲部约 1 m 的肠管已明显发黑坏死,肠腔内大量积血;考虑为急性出血性坏死性小肠炎,行坏死小肠切除、小肠残端外置造瘘术。术后患者恢复良好。



门静脉主干、肠系膜上静脉、脾静脉内充盈缺损

图 1 患者腹部 CT 表现(冠状面)



小肠肠壁增厚水肿面

图 2 患者腹部 CT 表现(横切面)

术后标本病理检查:大体:灰褐色肠管一堆,肠腔内充满血性液体,浆膜黏膜均出血坏死;镜检:<小肠>肠壁充血、出血、水肿,伴炎症细胞浸润。见图 3。

作者介绍:黄 镇(1984-),男,硕士,
研究方向:胃肠道肿瘤的基础与临床研究。
通信作者:王子卫,男,教授,Email:wangziwei571@sina.com。

腹腔穿刺检查。

急性胰腺炎为 ERCP 最常见并发症,多为轻型胰腺炎,少数为重症胰腺炎,偶见死亡。ERCP 胰腺炎的原因有:①插管困难;②反复插管;③胰管显影;④经内镜乳头括约肌切开术(Endoscopic sphincterotomy,EST)等[4]。本例发生重症胰腺炎,与插管困难,长时间反复插管,反复胰管注射和胰管显影均有关系。对如何预防 ERCP 胰腺炎的发生,国内外有大量相关研究。有研究认为 ERCP 前开始使用奥曲肽、生长抑素、加贝酯等药至 ERCP 术后;ERCP 过程中注意操作轻柔,切忌暴力,避免反复插管和反复胰管注射;ERCP 结束时留置鼻胰管引流、鼻胆管引流或置入胰管支架,可减少 ERCP 后胰腺炎的发生。但目前无任何一种措施能完全预防此种并发症,有待进一步研究。

参 考 文 献

[1] 李兆申.现代胰腺病学[M].北京:人民军医出版社,2006.263.
[2] 叶任高,陆再英,谢 毅,等.内科学[M].第 6 版,北京:人民卫生出版社,2004.74.
[3] 许永华,林兆奋,陈德昌,等.急性重症胰腺炎并发严重下肢深静脉血栓 1 例[J].中国急救医学,2003,23(12):875.
[4] 陈圣开,王济明,郑明友.ERCP 后胰腺炎危险因素分析与预防[J].内分泌外科杂志,2008,2(5):312-316.

(责任编辑:张学颖)