个案与短篇

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.10.038

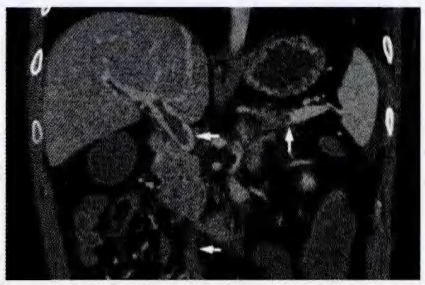
急性出血性坏死性小肠炎 1 例

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

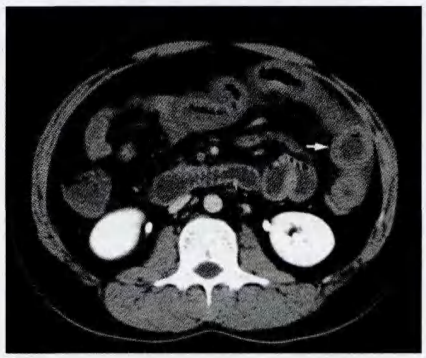
1 病例资料

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)

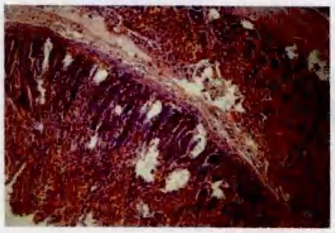


图 3 坏死肠管组织的病理改变（HE，×100）

2 讨 论

急性出血性坏死性小肠炎（Acute hemorrhagic necrotizing enteritis，AHNE）是一种以出血、坏死为特点的小肠疾病，发病率低，多见于儿童。该病起病急、早期症状不典型、病情凶险，易误诊为中毒性菌痢、Corhn 病、急性胃肠炎、急性肠梗阻、肠套叠、肠穿孔等，临床上一般分为血便型、中毒休克型、腹膜炎型、肠梗阻型。

2.1 机制

本病病因尚不明。目前多认为细菌感染可能是引起该病的根本原因[1]。既往曾认为本病与细菌感染和过敏有关。近年来认为本病的发生与 C 型 Welch 杆菌 β 毒素有关。而肠道若缺乏破坏 β 毒素的胰蛋白酶亦促使本病发生。肠道细菌移位、入侵，并产生大量毒素，造成小肠黏膜水肿、出血、坏死及炎症细胞浸润等，相应小肠血管亦可出现痉挛、凝血，进一步加重小肠黏膜水肿、出血、坏死，进而发生 AHNE。然而，肠道内一般都有多种细菌寄生，正常情况下不引起任何病变，而且本病往往很少发现有单一的特殊的致病菌感染[1]。因此，细菌感染为本病的原发原因尚需进一步证实，至少并非唯一原因。

一般情况下，腹内脏器由 3 支主要血管供血：腹腔干及其分支、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉。其中，肠系膜上动脉本质上是一支末梢动脉，一旦发生供血障碍即可致大段肠袢坏死。正常情况下，由于有充足的血供，肠道黏膜有着完备的保护屏障，一旦肠壁有血供不足或缺血现象，致黏膜的抵抗力受损，细菌便可侵入肠壁，轻者引起黏膜的急性炎症，重者可致肠壁全层坏死。以上几种因素相互促进，形成恶性循环，最终致病情迅速恶化。一过性的低血压、外周血管收缩、动静脉栓塞、某些食物或口服药物刺激等都可能是肠壁缺血的原因[2]。因此，本病虽不一定完全由于单纯的肠袢供血不足而引起，但供血不足至少可视为这些病变的基本或共同病因[3]。至于炎症、出血、坏死等，则是由于缺血程度、范围、时间不同所致的不同的病理变化和临床表现。

2.2 早期诊断

本病发展变化迅速，病情极为凶险，因此，早期诊断十分重要。然而，由于发病率低，发病类型及阶段不同致临床表现多样，与急腹症相比既不典型，又无特异，故早期诊断较为困难。本病的诊断要点一般为：(1)早期体征轻而症状重；(2)便血、腹泻、腹痛及全身中毒症状为 4 个重要症状；(3)休克、弥散性血管内凝血、多器官功能衰竭等出现迅速且难以用其它疾病解释；(4)腹部 X 线片可见病变小肠扩张，肠腔内液气平面，肠间隙增宽等；腹腔穿刺可见血性或脓性液体。多层螺旋 CT 可发现肠壁增厚、腹水，甚至系膜血管病变等，对本病有较高的诊断价值[4]，因此，对急性腹痛或怀疑本病者应尽早行 CT 检查[5]。

2.3 合理治疗

对于本病的治疗，需以病变程度为依据。肠袢尚未坏死者可先行保守治疗，包括禁食、胃肠减压、抑酸、解痉、应用广谱抗生素、营养支持、维持水电解质及酸碱平衡，必要时行输血和激素治疗等[6]。如果：(1)有明显腹膜炎表现，或腹腔穿刺有脓性或血性渗液，怀疑有肠坏死或穿孔；(2)不能控制的肠道大出血；(3)有肠梗阻、肠麻痹表现，经非手术治疗不能缓解，反而加重；(4)经积极非手术治疗，全身中毒症状无好转，局部体征持续加重，均应尽早积极手术，将坏死肠管充分切除。由于肠黏膜的坏死范围往往超过浆膜，当肠段切除后需仔细检查剩余肠管黏膜有无异常，直至肠壁各层在肉眼观察下无异常为止，同时认真检查整个小肠，以防有节段性病变存在。再者，应最大可能保留相对长的肠管，防止术后短肠综合征[7]。

从本例体会来看，急诊手术治疗是降低死亡率的关键。术式可选择：(1)已有肠管坏死穿孔者，宜行小肠部分切除一期吻合术，残存肠段 250 cm 以上。(2)病变广泛者，行小肠广泛切除术，仅残存小肠 100 cm 以下，可行肠逆蠕动吻合，以延长食糜的排空，利于营养吸收。(3)肠管病变广泛或范围难以界定，恐无法完全切除病变者，可切除病变严重部分，并行肠外置造瘘术，日后再吻合闭瘘[8]。

总之，对急性出血性坏死性小肠炎应着重认识到缺血在本病发生发展中的重要意义，临床上则强调早期诊断和外科综合治疗，根据病情和体征变化适时调整治疗方案。若条件许可，及早行 CT 对本病有较大的诊断价值。

参 考 文 献

[1] Petrosyan M，Guner Y S，Williams M，et al.Current concepts regarding the pathogenesis of necrotizing enterocolitis[J].Pediatr Surg Int，2009，25(4)：309-318.

[2] Schoots I G，Koffeman G I，Legemate D A，et al.Systematic review of survival after acute mesenteric ischemia according to disease aetiology[J].Br J Surg，2004，91(1)：17-27.

[3] 张启瑜.钱礼腹部外科学[M].北京：人民卫生出版社，2006.311-314.

[4] Yasuhara H.Acute mesenteric ischemia：the challenge of gastroenterology[J].Surg Today，2005，35(3)：185-195.

[5] Galanou I，Milani D，Conti C，et al.The role of CT in acute mesenteric ischemia[J].BMC Geriatr，2009，9(s1)：A52.

[6] 孙传政，黄飞舟，曾 虎.急性出血性坏死性小肠炎的病因及诊疗方法探讨[J].现代医药卫生，2007，23(23)：3527-3528.

[7] 吴阶平，裘法祖.黄家驷外科学[M].第六版，北京：人民卫生出版社，2000.1088-1090.

[8] 杨维良，张东伟，张新晨，等.成人急性出血性坏死性小肠炎 78 例的诊断与外科治疗[J].中华胃肠外科杂志，2005，8(3)：260-261.

（责任编辑：关蕴良）