

动力学异常时, 即使无胸痛, 也应考虑心肌梗塞。

恶心、呕吐、纳差为尿毒症的常见症状, 且随病情进展加剧。本组中6例均以恶心呕吐为首发症状, 伴不同程度的高血压、贫血。如患者出现纳差、恶心、呕吐, 尤其伴贫血和/或血压增高时, 应考虑肾功能衰竭。

颅内压增高可直接或间接刺激呕吐中枢引起呕吐。本组中脑血管意外5例, 脑囊肿1例, 呕吐均为非喷射性, 说明颅内压增高时出现的呕吐不一定为喷射性。对于老年人, 尤其是伴有高血压或糖尿病者, 突然出现呕吐, 应考虑脑血管疾病。本组中脑囊肿患者为36岁男性, 无头痛及异常神经系统症状和体征, 每于输液约1000 mL后恶心呕吐明显加重, 停止输液后稍缓解; 提示对于输液后出现或加重的呕吐应警惕有无颅内高压。

系统性红斑狼疮患者常见消化系统症状, 本组中4例以恶心呕吐为首发症状。以消化系统症状为首发或主

要表现的系统性红斑狼疮表现不具特异性, 常误诊^[3]。如恶心呕吐为主要表现, 诊断不明确时, 尤其是女性患者, 应考虑系统性红斑狼疮。另外, 育龄妇女如出现呕吐, 应考虑早期妊娠, 即使患者避孕。

总之, 恶心呕吐为临床常见症状, 其病因多为消化系统疾病, 但临床上其他系统疾病引起者亦常见, 部分以恶心呕吐为首发症状或主要表现而收治消化科。临床医生应思路广阔, 把握恶心呕吐的鉴别诊断, 以避免误诊。

4 参考文献

- 1 余保平, 李瑾, 杨拓, 董卫国, 罗和生. 甲状腺功能亢进症102例消化系统表现临床分析. 中国临床医学 2000;7:345-346
- 2 叶蓉绍, 高寅春, 王仲祥, 贺贤年. 糖尿病胃肠功能异常的观察. 中国实用内科杂志 1994;14:653-654
- 3 张焯, 曾学军, 董怡, 陆星华, 李明佳. 系统性红斑狼疮的消化系统临床表现157例分析. 中华消化杂志 1999;19:42-44

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

重症急性胰腺炎并发腹腔出血的放射介入治疗

赵刚, 王春友, 熊炯焯, 陈立波

赵刚, 王春友, 熊炯焯, 陈立波, 华中科技大学同济医学院附属协和医院胰腺外科中心 湖北省武汉市 430022
项目负责人: 王春友, 430022, 湖北省武汉市解放大道1277号, 华中科技大学同济医学院附属协和医院胰腺外科中心. cywang52@hotmail.com
电话: 027-85726273 传真: 027-85726830
收稿日期: 2003-12-23 接受日期: 2004-02-01

摘要

目的: 探讨介入治疗在重症急性胰腺炎并发腹腔出血时的应用价值。

方法: 回顾性分析1999-02/2002-09本科收治的17例重症急性胰腺炎并发腹腔出血患者行血管介入治疗的临床资料及治疗结果。

结果: 共有14例患者通过数字血管减影明确出血部位, 用弹簧圈栓塞动脉近端后成功止血者12例, 垂体后叶素灌注止血2例。3例患者未找到出血主支而行手术止血, 3例患者反复出血进行多次栓塞。最后共有5例患者死亡, 均死于多器官功能衰竭和严重感染。

结论: 放射介入治疗可迅速明确出血部位并进行有效的栓塞止血, 是重症急性胰腺炎合并腹腔出血时首选的紧急治疗方法。

赵刚, 王春友, 熊炯焯, 陈立波. 重症急性胰腺炎并发腹腔出血的放射介入治疗. 世界华人消化杂志 2004;12(5):1241-1243

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1241.asp>

0 引言

随着外科重症监护和多器官功能不全(MODS)防治水平的提高, 重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)早期死亡率明显降低, 多数患者死于SAP的严重后期并发症, 如出血、严重感染等。腹腔内出血是SAP的严重后期并发症, 统计表明其死亡率高达50%^[1-3], 因此积极防治SAP引起的血管破裂出血是进一步改善SAP治疗效果的关键之一。我科1999-02/2002-09对17例SAP合并腹腔内大出血的患者实施经皮出血动脉栓塞(percutaneous arterial embolism, PAE)介入治疗, 取得较好疗效, 现将治疗经验总结如下:

1 材料和方法

1.1 材料 本组共17例, 其中男10例, 女7例, 出血时APACHE II评分平均为9.8±2.2。17例患者中10例(58.8%)为胆源性胰腺炎, 4例(23.5%)为酒精性胰腺炎, 3例(17.7%)为高脂血症引起的胰腺炎。胰腺坏死灶清除术前发生腹腔大出血者13例(76.4%), 平均出血时间为发病后第32±4.7d。坏死灶清除术后发生腹腔大出血者4例(23.6%), 平均出血时间为手术后第10±2.7d。多数患者主要以腹腔内出血为主要症状, 其中合并消化道出血症状者3例(17.6%)。

1.2 方法 患者在通过输血、输液及抗休克治疗后, 肌

注 654-210 mg, 全部患者均经股动脉常规行腹腔、肠系膜上、下三支动脉数字血管减影造影(digital subtraction angiography, DSA). 若出血部位与小肠气重叠, 可让患者转动体位或进行斜位 DSA. DSA 明确诊断后, 则行 PAE 治疗. 对于脾动脉或胃、十二指肠动脉出血, 需行超选择插管, 再用不锈钢弹簧圈或加明胶海绵栓塞. 对于肠道小血管破裂出血, 可在肠系膜上动脉或下动脉灌注垂体后叶素, 20 min 内灌注 6 U 后行 DSA 观察疗效. 若出血征象未消失, 则在 20 min 内继续灌注垂体后叶素 10 U 灌注, 同时监测血压.

2 结果

经 DSA 检查发现, 17 例患者中假性动脉瘤破裂出血者 12 例(70.6%), 弥漫性肠系膜血管分支出血 2 例(11.8%), 不能明确出血部位者 3 例(11.6%). 12 例假性动脉瘤患者中发生于脾动脉者 9 例(图 1), 其中 4 例合并胰腺假性囊肿形成; 胃十二指肠动脉及其分支破裂出血 3 例, 可见明显造影剂外渗. 12 例患者使用弹簧圈栓塞动脉近端后均成功止血(图 2), 但有 3 例(11.6%)患者反复出血进行多次栓塞, 最终均因合并严重感染和 MODS 而死亡. 2 例患者由于肠系膜动脉小分支无法进行栓塞, 于 20 min 内灌注垂体后叶素 6 U 后未观察到继续出血. 3 例患者未找到出血主支而行紧急手术, 2 例患者术中发现主要为腹膜后及胰床血管广泛破裂出血, 清除坏死组织后缝扎暂时止血; 另 1 例术中发现为广泛渗血, 即输注大量全血、血小板及冷沉淀后止血, 最后证实为血友病 A. 4 例患者因反复出血而多次进行栓塞治疗, 其中 3 例患者最终因多器官功能衰竭而死亡, 另 1 例患者经过两次栓塞后未再发生出血. 最后, 17 例患者中共有 12 例(70.6%)痊愈出院, 其余 5 例均因多器官功能衰竭而死亡.



图 1 DSA 造影后可见脾动脉假性动脉瘤形成并有造影剂泄露.



图 2 经 PAE 弹簧圈栓塞后未见到动脉瘤及造影剂泄露.

3 讨论

腹腔出血为 SAP 严重并发症之一, 尽管其发生率较低, 但常常危及患者生命. 腹腔动脉在胰液中胰蛋白酶和胰弹性蛋白酶的消化作用下, 管壁被腐蚀使管壁强度减弱而形成假性动脉瘤, 继而发生破裂出血, 当局部坏死组织和积液合并感染时破裂出血的可能性更大^[4-6]. 此外, 胰腺炎症容易导致脾静脉、肠系膜静脉血栓形成并进一步造成胃短静脉、食管胃底静脉曲张. 当胰腺坏死、胰漏合并感染, 感染波及胃、十二指肠并形成坏死或穿孔时, 极易造成上消化道出血^[7-9]. 本组资料结果表明, SAP 时动脉瘤破裂出血发生率依次为脾动脉、胃十二指肠动脉、胰十二指肠动脉, 而国外资料报道则是胃十二指肠动脉瘤发生率高于脾动脉瘤发生率^[11], 这可能与观察例数有关. 此外, 当 DSA 及手术中均未发现明显出血血管时, 一定要考虑到少见病因如血友病、DIC 等的可能, 本组资料中即有 1 例证实为血友病 A 患者.

腹腔出血的早期诊断对于 SAP 患者的预后极为重要, 当患者在病程中出现以下情况即可认为合并腹腔大出血需要行紧急治疗: (1)患者突然发生烦躁、神志模糊, 血压下降, 心率增快等休克前期症状; (2)患者出现大量呕血、便血或胃管、腹腔引流管引流大量血性液体; (3)患者血红蛋白含量下降超过 2 g/L; (4)经过紧急输液、扩容、抗休克治疗无明显好转或病情暂时稳定后再次恶化. 动态增强 CT 对于胰腺本身或者胰周急性出血有良好显示效果, 局部密度值较正常升高大于 30 HU 即可认为有急性出血, 可初步明确出血部位、出血量以及是否为假性囊肿内出血等, 而血管造影对于进一步明确出血部位则是十分必要的^[10-12].

SAP 时局部炎性渗出及粘连严重, 胰周血管丰富而解剖复杂. 若行手术止血难度较大, 风险较高, 不易找到明确的出血部位, 有资料报道手术止血死亡率高达 40% 左右^[13]. PAE 的突出优势在于可以迅速明确出血部位, 同时可有效地进行栓塞止血, 同时 PAE 对患者的微创性可避免加重病情^[14-16]. 但对于 PAE 止血失败或止血后复发出血者, 手术止血是非常必要的. 本组资料显示, PAE 止血近期成功率为 70.6%(12/17), 而出血多次行 PAE 治疗则预后较差, 本组 3 例患者全部死亡. 因此就紧急止血而言, 最有效的方法是 PAE. 我们的资料显示, 反复出血的 4 例患者均合并严重的感染, 表明 PAE 对于单纯腐蚀性动脉瘤止血效果较好, 但对感染性动脉瘤止血效果差, 局部病灶的感染及胰液的腐蚀相互作用可造成短期内再次出血. PAE 止血失败及并发症发生的原因除感染因素外, 主要包括: (1)动脉痉挛使导管不能置入选择动脉; (2)栓塞置管过程中动脉破裂或动脉穿孔; (3)栓塞剂如钢丝绕圈或海绵脱出; (4)缺乏侧枝循环造成缺血性并发症等.

4 参考文献

- 1 Flati G, Andren-Sandberg A, La Pinta M, Porowska B, Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas* 2003; 26:8-14
- 2 Zhao G, Wang CY, Wang F, Xiong JX. Clinical study on nutrition support in patients with severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2003;9:2105-2108
- 3 Testart J, Boyet L, Perrier G, Clavier E, Peillon C. Arterial erosions in acute pancreatitis. *Acta Chir Belg* 2001;101:232-237
- 4 Sohn YH, Joo YE, Park CH, Lee WS, Choi SK, Rew JS, Kim SJ. A case of multiple bleeding pseudoaneurysms complicating acute pancreatitis. *Korean J Gastroenterol* 2003;42:436-439
- 5 Lin CK, Chen CH, Yeh CH, Lin SL, Tsang YM, Sheu JC. Intrahepatic hemorrhage and subcapsular hematoma developing in acute pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 2003;50:571-573
- 6 Maher MM, Lucey BC, Gervais DA, Mueller PR. The role of imaging and interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;18 Acute Pancreatitis:
- 7 Carr JA, Cho JS, Shepard AD, Nypaver TJ, Reddy DJ. Visceral pseudoaneurysms due to pancreatic pseudocysts: rare but lethal complications of pancreatitis. *J Vasc Surg* 2000;32:722-730
- 8 Muller CH, Lahnert U, Schafmayer A, Lankisch PG. Massive intraperitoneal bleeding from tryptic erosions of the splenic vein. Another cause of sudden deterioration during recovery from acute pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1999;26:49-52
- 9 Moll R, Debus S, Franke S, Schindler G. Pseudoaneurysm of the right gastric artery. *Vasa* 2002;31:205-208
- 10 Habib E, Elhadad A, Slama JL. Diagnosis and treatment of spleen rupture during pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:1229-1232
- 11 Balthazar EJ, Fisher LA. Hemorrhagic complications of pancreatitis: radiologic evaluation with emphasis on CT imaging. *Pancreatology* 2001;1:306-313
- 12 Beattie GC, Hardman JG, Redhead D, Siriwardena AK. Evidence for a central role for selective mesenteric angiography in the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg* 2003;185:96-102
- 13 Dasgupta R, Davies NJ, Williamson RC, Jackson JE. Haemosuccus pancreaticus: treatment by arterial embolization. *Clin Radiol* 2002; 57:1021-1027
- 14 de Perrot M, Berney T, Buhler L, Delgadillo X, Mentha G, Morel P. Management of bleeding pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Br J Surg* 1999;86:29-32
- 15 Sugiki T, Hatori T, Imaizumi T, Harada N, Fukuda A, Kamikozuru H, Yazawa T, Noguchi T, Takasaki K. Two cases of hemosuccus pancreaticus in which hemostasis was achieved by transcatheter arterial embolization. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003;10:450-454
- 16 Bhansali SK, Shah SC, Desai SB, Sunawala JD. Infected necrosis complicating acute pancreatitis: experience with 131 cases. *Indian J Gastroenterol* 2003;22:7-10

肠源性内毒素血症与肝病 出版

多种肝炎与肝病大多伴有肠源性内毒素血症(IETM)。胆病患者的临床表现与 IETM 密切相关，常与患者血浆细胞因子，炎性介质，自由基等相伴而生。韩德五教授领导的山西医科大学肝病研究所 20 年来围绕 IETM 与肝病进行了深入而系统的研究，在大量动物实验与临床研究基础上提出了新的观点和理论(1)一般认为各种肝炎是通过各自的病因及其发病机制所造成的肝损伤(称之为“原发性肝损伤”)。我们发现原发性肝损伤往往伴有 IETM，后者通过过度或持续激活枯否细胞所释放的细胞因子，炎性介质，自由基等又损伤了肝组织，这种肝损伤称之为“继发性肝损伤”。肝炎，肝病患者的临床表现是这两种肝损伤的叠和；(2)由于 IETM 过度或持续激活枯否细胞可促使肝炎重症化(如重型肝炎)和慢性化(急性肝炎→慢性肝炎→肝纤维化→肝硬化→肝癌)，故对肝炎的发展与转归有着重要影响；(3)严重的急、慢性肝病可因内毒素而诱发肝功能衰竭。因此，IETM 是多种肝病的危险因素。此理论为防治肝炎，肝病提供了新的思路。显然，降低肠源性内毒素水平和阻断内毒素生物学效应的发挥就成了防治肝炎的关键因素之一。

本书共 10 章 51 节，约 120 万字，并附有百余张图片。内容主要取材于 40 名研究生(包括博士生与硕士生)的学位论文，以证实此学说的客观存在。为了便与国际交流在论文之前附有英文摘要。本书对多种肝炎，肝病的发病机制进行了再认识，故对消化内、外科，感染科医师，病理生理学教师及研究生均有重要参考价值。

本书已由中国科学技术出版社出版，各地新华书店发行。购买者也可与山西医科大学肝病研究所直接联系，电话：0351-4135067。