

急性肠系膜静脉血栓形成早期诊治分析*

刘畅¹ 孙宏¹ 唐建伟²

[摘要] 目的:探讨急性肠系膜静脉血栓形成(AMVT)的临床特征及早期诊断与治疗方法。方法:对 1996-01-2009-10 收治的 13 例 AMVT 患者的临床资料进行回顾性分析。结果:手术前确诊 4 例,其中 2 例保守治疗成功。11 例手术治疗,平均切除肠管 240 cm。10 例治愈,3 例死亡。结论:厌食、腹部饱胀不适,症状和体征不符的腹痛和可能存在的高凝状态是早期诊断的线索,彩色多普勒及 CT 扫描血管重建检查对早期诊断有重要意义。

[关键词] 血栓形成;肠系膜静脉;诊断;治疗

[中图分类号] R741 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)06-0387-02

Early diagnosis and treatment of acute mesenteric venous thrombosis

LIU Chang¹ SUN Hong¹ TANG Jianwei²

(¹Department of Emergency, Jinshan Hospital, Fudan University, Shanghai, 200540; ²Department of General Surgery, Jinshan Hospital, Fudan University)

Corresponding author: SUN Hong, E-mail: jsyyjz@126.com

Abstract Objective: To study clinical features, early diagnosis and treatment of acute mesenteric venous thrombosis (AMVT). **Method:** 13 cases AMVT clinical data collected during the period of January 1996 to October 2009 were retrospectively analyzed. **Result:** 4 cases were diagnosed clearly before surgery, including two cases with conservative treatment. 11 cases were treated by surgical operation, an average of 240 cm intestinal was resected. 10 cases were cured, 3 patients died. **Conclusion:** It is important to keep vigilance for AMVT in the patients in hypercoagulation status, especially with anorexia, flatulence and discordance between symptoms and signs. Color-US and CT-angiography is inevitable in early diagnosis of AMVT.

Key words thrombosis; mesenteric venous; diagnosis; treatment

急性肠系膜静脉血栓形成(acute mesenteric venous thrombosis, AMVT)是一种少见、诊断困难、病死率高的缺血性肠疾病。该病起病隐匿,早期容易误诊,以致于失去最佳治疗时机。我们 1996-01-2009-10 收治 AMVT 患者 13 例,总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

13 例中男 10 例,女 3 例。年龄 30~69 岁,平均 49.5 岁。发病至确诊的时间在 4 周以内。发病前有可疑易患因素者 9 例:脾切除门静脉断流术后 3 例,围产期 2 例,剖宫产术后 1 例,原发性血小板增多 2 例,真性红细胞增多 1 例,其他为肾病综合征 1 例,急性胰腺炎 1 例,既往有下肢静脉血栓形成 2 例。继发性 AMVT 69%(9/13)。临床表现:厌食 13 例,腹部不适 13 例,腹痛 10 例,恶心呕吐 9 例,腹泻、黑便或血便 6 例,呕吐咖啡色胃液 6 例,休克 9 例,腹膜刺激征 9 例,移动性浊音 2 例。实验室检查影像学资料:白细胞计数 $11 \times 10^9/L \sim 23 \times 10^9/L$,平均 $13.6 \times 10^9/L$,血小板计数 $110 \times$

$10^9/L \sim 345 \times 10^9/L$,其中 3 例高于正常值。腹部平片检查,9 例有气液平面或假肾征。彩色多普勒超声检查 8 例,其中 2 例发现门静脉、肠系膜上静脉血栓,2 例肠系膜上静脉和门静脉血流速度减慢,疑是肠系膜上静脉血栓形成,后经 CT 扫描血管重建证实,另外 4 例发现腹腔积液、肠管扩张或小肠壁增厚。

1.2 诊断与治疗

手术前经彩色多普勒超声和/或 CT 扫描血管重建(CT angiography, CTA)诊断为 AMVT 的 4 例均为 2000 年以后收治的病例。经过抗凝、溶栓治疗,分别于用药后第 5 天及第 7 天复查 CTA,2 例血栓消失;2 例血栓未消失,继续用药过程中出现腹膜炎,腹腔穿刺抽出不凝血后手术。其余 9 例以急腹征在剖腹探查中发现腹腔有血性或脓性液体,肠系膜水肿、增厚,静脉属支内有血栓形成而确诊。所有手术切除标本均经病理检查证实。本组单纯肠管切除 8 例,受累肠段切除加肠系膜上静脉切开取栓 2 例,受累肠段切除加肠系膜上静脉、门静脉切开取栓 1 例。切除肠管 80~450 cm,平均 240 cm。2 例取栓病例均放置导管给予局部溶栓治疗。单纯肠管切除病例中 1 例术后 1 周再发腹痛,并出现腹膜炎,剖腹探查发现吻合口两侧的肠管坏死,

*上海市卫生局课题(No:2011-261)

¹复旦大学附属金山医院急诊外科(上海,200540)

²复旦大学附属金山医院普外科

通信作者:孙宏, E-mail: jsyyjz@126.com

对应系膜静脉内血栓形成。

2 结果

本组 13 例, 10 例治愈, 3 例死亡, 其中 1 例死于中毒性休克, 2 例死于短肠综合征。

3 讨论

AMVT 的早期诊断: AMVT 为发病在 4 周以内的肠系膜静脉血栓形成^[1]。临床上 AMVT 多为继发性, 其易患因素为既往腹部手术史, 高凝状态, 肝硬化, 门静脉高压, 原发性血小板增多症, 真性红细胞增多症, 既往有下肢深静脉血栓形成等。本组 13 例继发性 AMVT 占 69% (9/13)。AMVT 的早期诊断十分困难, 常常延误^[2]。多数患者往往在出现腹膜炎或用非手术治疗无效的情况下, 剖腹探查得以确诊。本组 13 例 AMVT 患者中有 9 例是这样确诊的, 故提高对 AMVT 的认识, 并及时选择彩色多普勒, CTA 及选择对肠系膜上静脉血管造影检查, 有助于尽早及时地诊断。AMVT 急性肠系膜动脉缺血引起肠管痉挛, 患者表现为剧烈腹痛不同, AMVT 在发病的初期内腔并没有完全堵塞, 只是管腔变窄, 回流减慢导致受累肠管淤血、缺氧继而发生肠壁水肿。因此, 患者常表现为腹部饱胀不适、食欲下降, 缺乏特异性。本组患者均有腹胀和厌食, 仅 84% 的病例有腹痛。与以往的报道 AMVT 的早期均有腹痛不同^[3-4]。无创性检查彩色多普勒和 CTA 可为早期发现肠系膜静脉内的血栓提供有用信息。通过测量门静脉、肠系膜上静脉的血流速度和直径, 彩色多普勒成为排查 AMVT 的常用手段。本组 8 例接受彩色多普勒超声检查, 2 例发现肠系膜上静脉和门静脉血流速度减慢, 进一步行 CTA 检查确诊。CTA 技术借助螺旋 CT 快速扫描, 在短时间内获得肠系膜上静脉的清晰影像, 目前已成为诊断本病首选的、主要的检查方法, 对肠系膜上静脉疾病的鉴别诊断有无可替代的作用^[5]。不仅如此, CTA 还可以动态监测血栓变化。我们对彩色多普勒超声检查怀疑 AMVT 的 2 例患者行 CTA 检查, 因明确诊断, 及时给予扩容、抗凝和溶栓, 避免了肠切除。选择性肠系膜上血管造影, AMVT 表现为肠系膜上静脉充盈缺损或散在显影及延迟显影, 阳性率在 70% 左右, 但可以同时留置导管进行局部溶栓治疗, 仍不失为诊断 AMVT 的手段之一。

AMVT 的早期治疗: AMVT 早期治疗适于已经确诊而没有腹膜炎的患者, 其目的是预防肠坏死。近年来由于医学影像学技术的进步和医务人员对 AMVT 认识的提高, 非手术治疗成为可

能^[3-6]。具体方法包括扩容、抗凝和溶栓。在治疗过程中应注意: ①检测患者的血小板计数、凝血酶原时间(PT)和活化部分凝血酶时间(APTT); ②纠正患者的水电解质失衡; ③预防感染; ④密切观察患者的腹部体征的变化。我们的方案是: 静脉滴注低分子右旋糖酐 500 ml/d, 尿激酶 60×10^4 U/d, 皮下注射低分子量肝素钙注射液 2 500 ~ 5 000 AXaIU/d, 用药时间 7 ~ 10 d, 用药期间根据 APTT 变化, 调整低分子量肝素用量使其维持在正常的 2 倍。本组 4 例经彩色多普勒超声及 CTA 确诊的患者中, 2 例采用上述治疗, 症状迅速消失, 分别于用药后第 5 天、第 7 天复查 CTA, 血栓消失。

选择性肠系膜上静脉血管造影确诊 AMVT, 并留置导管注入肝素、尿激酶行局部抗凝和溶栓治疗, 已有成功的报道^[4], 不仅能避免全身抗凝和溶栓缺乏选择性, 剂量不易控制的缺点, 而且大大提高了局部的药物浓度, 减少了药物对全身的不良影响。通过间断肠系膜上静脉血管造影可以对治疗效果进行动态观察, 是 AMVT 早期治疗的重要手段。

我们体会, 随着现代影像技术的广泛应用和技术的提高, 早期确诊 AMVT 成为可能。确诊后立即应用适当的抗凝溶栓疗法, 可取得较好的临床效果。

参考文献

- [1] RHEE R Y, GLOVICZKI P. Mesenteric venous thrombosis[J]. Surg Clin North Am, 1997, 77: 327-338.
- [2] KUMAR S, SARR M G, KAMATH P S. Mesenteric venous thrombosis[J]. N Engl J Med, 2009, 345: 1683-1688.
- [3] 薛绪潮, 方国恩, 华积德, 等. 肠系膜上静脉血栓形成的诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(7): 410-411.
- [4] 张健, 王玉波, 张强, 等. 急性肠系膜静脉血栓形成的非手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(4): 220-221.
- [5] BRADBURY M S, KAVANAGH P V, BECHTOLD R E, et al. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging[J]. Radiographics, 2009, 22: 527-541.
- [6] ZHANG J, DUAN Z Q, SONG Q B, et al. Acute mesenteric venous thrombosis: a better outcome achieved through improved imaging techniques and a changed policy of clinical management[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2008, 28: 329-334.

(收稿日期: 2012-02-14)