经验交流

急性肠系膜静脉血栓形成的临床诊治

毕连臣， 麦 威， 秦千子， 黄顺荣

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院胃肠外科
作者简介:毕连臣(1975－),男,硕士,主治医师,研究方向:胃肠道肿瘤、血管外科。Email:gxblc@yahoo.com.cn。

[摘要] **目的** 总结和分析急性肠系膜静脉血栓形成(AMVT)的临床诊断和治疗。**方法** 回顾分析2002－01～2007－12收治7例AMVT的诊断、治疗的临床资料。**结果** 7例病人中治愈出院6例,1例死于术后多脏器功能衰竭(MODS)。**结论** 早期AMVT缺乏特异性临床表现,CT等影像学检查是获取早期诊断的重要手段,及时抗凝溶栓治疗可阻止血栓蔓延,出现腹膜炎表现时要及时手术。

[关键词] 急性肠系膜静脉血栓； 诊断； 治疗

[中图分类号] R 657.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674－3806(2008)01－0073－02

Clinical diagnosis and treatment for acute mesenteric venous thrombosis. *BI Lian-chen, MAI Wei, QIN Qian-zi, et al. Department of Gastrointestinal Surgery, People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Rigion, Nanning 530021, China*

[**Abstract**] **Objective** To summarize and analyze clinical diagnosis and treatment for acute mesenteric venous thrombosis. **Methods** The diagnosis and treatment of 7 cases with AMVT from 2002 to 2007 were analyzed retrospecttively. **Results** In 7 cases, 6 cases were cured, 1 case died from MODS. **Conclusion** AMVT lacks specific clinical features in early stage, while CT is the most important diagnoses way. Anticoagulation and thromblysis can prevent thrombosis and recover blood circulation. The operation is necessary when peritonitis occurs.

[**Key words**] Acute mesenteric venous thrombosis; Diagnosis; Treatment

急性肠系膜静脉血栓形成(acute mesenteric venous thrombosis,AMVT)是一种发病率较低,但误诊率较高的肠道缺血性疾病,病死率大约在20%～50%[1]。本文回顾我院2002－01～2007－12收治的7例AMVT资料,现总结和分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组7例中,男5例,女2例,年龄27～76岁,平均45.2岁。原发性AMVT 1例(家族遗传性血液高凝状态),继发性AMVT 6例,其中脾切除术后2例,肠粘连松解术后1例,子宫切除术后腹盆腔感染1例,外伤性小肠穿孔修补术后1例,降结肠造瘘术后1例。腹痛至入院时间4～72 h,平均26 h。

1.2 主要临床表现 早期AMVT临床症状没有特异性,最常见表现为起源于脐区的腹部绞痛(100%),伴有呕吐3例(42.8%),腹胀、腹泻5例(71.4%),血便2例(28.6%)。入院时5例腹痛较剧烈,但腹部查体无明确阳性体征,2例腹部已有腹膜刺激征,1例腹腔诊断性穿刺阳性。

1.3 治疗方法 本组7例中2例因入院时已有腹膜炎临床表现,急诊行剖腹探查术,其中1例部分小肠坏死,行肠切除吻合术;1例小肠坏死约70%,部分肠管活力较难判断,为避免肠管切除过多出现短肠综合征,对活力可疑的远近端小肠分别外置造口,术后平稳3个月后再行小肠造口还纳术。另外5例临床诊断考虑为AMVT,行抗凝溶栓治疗(其中1例在影像学核查确诊后即行抗凝溶栓治疗),抗凝溶栓治疗治愈3例,另2例在抗凝溶栓治疗过程中出现腹膜炎表现,再急诊行剖腹探查术。抗凝溶栓治疗采用:尿激酶25万U,静脉滴注,每日2次;普通肝素5000 U,每日2次,皮下注射;治疗7～14 d,视病情改口服华法林维持治疗,常规抗凝3～6个月,治疗期定期监测凝血功能。

2 结果

本组7例中6例治愈出院,1例术后2天死于MODS,非手术病例住院天数(14±3)天,手术病例住院天数(24±10)天,手术病例切除坏死肠管70～370 cm。

3 讨论

急性肠系膜静脉血栓形成(AMVT)是一种罕见的肠道缺血性疾病。1876年Fagge首次报道,1935年Warren和E-

万方数据

berhard 叙述了由于肠系膜静脉血栓形成(MVT)而导致的肠缺血,并且把它作为一种特殊的临床疾病来描述。MVT 分为急性和慢性两种:急性肠系膜静脉血栓形成是指有症状,但不超过 4 周;而症状超过 4 周,且没有肠梗死,或经腹部影像学检查偶然发现的,称为慢性肠系膜静脉血栓形成。

3.1 病因　AMTV 常累及肠系膜上静脉,肠系膜下静脉少见。根据病因学可分为原发性和继发性。原发性是指同其他任何疾病或发病因素无关而自发的,即特发性肠系膜静脉血栓,患者多有自发性凝血状态[2]。临床上 AMVT 绝大多数是继发性 AMVT。Rhee[3]报告继发性 AMVT 发病率可占到 81%。腹腔感染、真性红细胞增多症、血小板增多症、纤维蛋白增多症等血液系统疾患、高凝状态可诱发 AMVT 形成。脾切除被认为是高危致病因子,Hassan 等[4]认为,腹部手术史和高凝状态是最常见的相关因素。另外吸烟、酗酒、恶性肿瘤、口服避孕药也是诱因之一。

3.2 诊断　AMVT 早期诊断困难,因为发病初期肠系膜静脉未完全闭塞,肠管处于淤血期,多表现为腹部不适或阵发性腹痛,临床症状缺乏特异性,与体征不符。肠道缺血时间超过 12 小时,肠管组织就会坏死,出现腹膜炎,病死率可高达 50%以上[5]。常规的血液生化及腹部平片均不能确诊或排除 AMVT,Chen 等[6]的研究表明 CT 是最有效的影像学检查,增强 CT 检查的准确性可达 90%以上,CT 除了直接显示肠系膜静脉血栓外,在增强 CT 片中还有受累肠壁增厚和肠壁增强明显的特异性表现。本组应用 64 排螺旋 CT 不仅可准确诊断 AMVT,而且通过三维重建技术还可明确肠系膜静脉血栓的部位及范围,并可监测治疗效果。此外,彩色超声可帮助了解肠系膜血管血流,但易受道肠道积气的干扰,血管造影(DSA)、MRI 等也可作为诊断手段。肠系膜血管造影术不但可诊断 AMVT,同时可留置导管进行融栓治疗[7],但属有创手段,且受医院条件限制。在诊断比较困难时,可选用腹腔镜检查,以提高早期诊断率[8]。在处理急性腹痛的病人时要想到腹部体征与症状不符是急性肠缺血的一个特征,此时,应将 CT 等影像检查列为常规诊查项目。

3.3 治疗　AMVT 较一般绞窄性肠梗阻更为严重,动物试验表明[4],静脉堵塞较动脉或动静脉同时堵塞的实验动物死亡更快。因此,AMVT 诊断后应立即治疗,一旦出现局限性或弥漫性腹膜炎的表现,则当机立断行剖腹探查术。术中除切除坏死的肠管外,必须给以肝素抗凝治疗,这样可使血栓再发率降低至 14%,病死率可减少到 20%以下[9]。多数病人术后需要长期口服华法令进行抗凝治疗,可同时配服胃黏膜保护剂,减少出血并发症。准确判断切除范围是手术的关键,术中应最低限度地切除肠管,对活力可疑的肠管,也不要轻易切除,可提出切口做袢式造口,密切观察,并做好再次剖腹探查准备。若没有腹膜炎体征,可行 CT 或血管造影检查,确诊后进行抗凝溶栓治疗,并密切观察病情变化。

综上所述,AMVT 早期无特异性临床症状,对急性腹痛要警惕此病,通过 CT 等影像学检查获得早期诊断,及时的抗凝溶栓治疗,会有部分病例治愈,一旦出现腹膜刺激征,即使是局限性的,也要果断剖腹探查,切除坏死肠管,同时辅以抗凝治疗,必要时再次探查手术。存在遗传性高凝状态和免疫功能异常者需终身抗凝。

参考文献

1 Lam JS, Gupta M. Tips and tricks for the management of retained ureteral stents[J]. Endourol, 2002, 16(10): 733-741.

2 Blaisdell FW. Acquire and congenital clotting syndromes[J]. World J Surg, 1990, 14(5): 664-669.

3 Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, et al. Mesenteric venous thrombosis; still a lethal disease in the 1990s[J]. J Vasc Surg, 1994, 20(5): 688-697.

4 Hassan AH, Rahfman JP. Mesenteric venous thrombosis[J]. South Med J, 1999, 92: 558-562.

5 白彦生,韩耀辉. 肠系膜血管病的诊治[J]. 天津医科大学学报, 1993, 17(1): 38.

6 Chen MC, Brown MC, Willson RA, et al. Mesenteric vein thrombosis. Four cases and review of literature[J]. Dig Dis, 1996, 14(6): 382.

7 Fernandez Lopez A, Luaces Cubells C, Garcia Garcia JJ, et al. Procalcitonin in pediatric energency department for the early diagnosis of invasive bacterial infections in febrile infants: results of a multicenter study and utility of arapid qualitiative test for this marker[J]. Pediatr Infect Dis J, 2003, 22(10): 895-903.

8 Chong AK, So JB, Ti TK. Use of laparoscopy in the management of mesenteric venous thrombosis[J]. Surg Endosc, 2001, 15(9): 1042.

9 崔晓平,付　强,刘施材,等. 急性肠系膜静脉血栓形成的诊治体会[J]. 中国医药导报, 2007, 4(8): 37-38.

[收稿日期　2008-08-11][本文编辑　韦挥德　黄晓红]

《中国临床新医学》杂志征订及征集会员启事

《中国临床新医学》杂志是卫生部主管、中国医师协会和广西壮族自治区人民医院主办的国家级医学科技期刊(CN45-1365/R, ISSN1674-3806,月刊,邮发代号 48-173)。栏目设有:院士特稿、博硕论坛、基金课题报告、实验研究、临床研究、技术创新、护理研讨、循证医学、新进展综述等,欢迎投稿(附介绍信、电话和 E-mail,寄打印稿和发电子邮件)和订阅。本刊征集会员,凡会员,发会员证,赠本刊 12 期/年,授继教学分,投稿通过编委审查后优先发表。每年交纳会员费 200 元。本刊地址:广西南宁市桃源路 6 号,邮编 530021,E-mail:zglcxyxzz@163.com,电话 0771-2186013。

万方数据