

急性肠系膜静脉血栓的治疗

刘文国¹, 翁以炳^{2a}, 王宇^{2b}

[摘要] 目的 探讨急性肠系膜静脉血栓形成(AMVT)治疗方法的选择。方法 对 1990 年~2006 年收治的 18 例 AMVT 患者的临床资料进行回顾性分析。结果 12 例患者因出现小肠坏死而接受手术治疗,其中 2 例为单纯手术治疗,10 例为手术加抗凝治疗;6 例接受非手术治疗。所有患者均痊愈出院。结论 在未出现肠坏死的情况下,非手术治疗 AMVT 安全、有效,应为首选;接受手术者,术后抗凝治疗非常重要。

[关键词] 急性肠系膜静脉血栓;手术治疗;非手术治疗

Treatment of Acute Mesenteric Venous Thrombosis: 12 Cases Report LIU Wen-guo, WENG Yi-bing, WANG Yu. The Department of Surgery, Beijing Charity Hospital, China Rehabilitation Research Center, Beijing 100068, China

Abstract: **Objective** To detect the effect of the operative and non-operative therapy on acute mesenteric venous thrombosis (AMVT). **Methods** The documents of 18 AMVT patients from Jan 1990 to May 2006 were reviewed retrospectively. **Results** In 18 patients, 12 cases with intestinal necrosis received operation, among them, 2 cases received the operation only and 10 cases added with anti-coagulation therapy further. The rest 6 patients received non-operative therapy. All of 18 patients recovered well. **Conclusion** Non-operative therapy is safe and effective for the patients without intestinal necrosis. Post-operative anti-coagulation therapy is very important for the patients received the operative therapy.

Key words: acute mesenteric venous thrombosis; operative therapy; non-operative therapy

[中图分类号] R657.2 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)06-0578-02

[本文著录格式] 刘文国,翁以炳,王宇. 急性肠系膜静脉血栓的治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(6): 578—579.

急性肠系膜静脉血栓形成(acute mesenteric venous thrombosis, AMVT)是临床上比较少见的急腹症之一,由于起病隐匿,早期无特异的症状、体征,故早期确诊困难。国外报道, AMVT 患者 90%~95%是在手术中确诊^[1]。但该病病程进展迅速,常致肠管广泛坏死,故术后复发率、病死率均较高,预后差。既往多数临床医生主张对 AMVT 尽早积极手术治疗。然而,手术的疗效并不令人满意。目前,对 AMVT 是否采取手术治疗,以及手术后是否进行抗凝治疗仍存在争议。我院自 1990 年~2006 年共收治 AMVT 患者 18 例,现对其临床资料回顾性分析报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 18 例 AMVT 患者中,男性 15 例、女性 3 例,男:女=5:1;年龄 34~80 岁,平均 50.2 岁;发病至就诊时间 21 h~20 d(多数为 6~10 d);住院时间 10~72 d,平均 30 d。除 1 例患者腹痛不明显外,其余患者均有程度不同的剧烈腹痛,伴恶心、呕吐、腹泻、腹胀 16 例,呕血、便血 5 例;柏油样便 1 例;休克 2 例。16 例患者有腹膜炎体征,14 例腹穿阳性,其中抽出血性液体 8 例、咖啡色液体 2 例、淡黄色混浊液体 1 例。本组患者白细胞均有升高;血小板 6 例升高,4 例低于正常;9 例淀粉酶升高。

18 例患者经肠系膜上动脉造影确诊 6 例,彩超确诊 3 例,CT 确诊 3 例;术前误诊为出血坏死性胰腺炎 2 例、肠扭转 2 例、节段性坏死性肠炎 1 例、急性阑尾炎 1 例。

1.2 方法 6 例患者接受非手术溶栓治疗,其中应用低分子肝素抗凝治疗 4 例,尿激酶溶栓 2 例。12 例患者接受手术治疗(其中 2 例为单纯手术治疗,10 例为手术加抗凝治疗),术中见

肠系膜静脉血栓,小肠受累长度 15~480 cm 不等,小肠切除长度 20~500 cm。

2 结果

18 例患者全部治愈,出院后继续口服阿司匹林 3~6 个月,经随访 1 年,无 1 例血栓复发。

3 讨论

AMVT 是一种相对少见的疾病,在住院患者中约占 3~7/10 万,可发生于任何年龄,常见于 60~70 岁,男性发病率高于女性。国外有报道显示女性多于男性^[2]。81%的老年 AMVT 患者可找到诱因^[3],以外科手术术后患者居多,尤以脾切除术后为最。该病大多累及小肠,累及结肠者罕见。

3.1 诊断 AMVT 患者的临床症状和体征无特异性,易被误诊为肠梗阻、消化道穿孔、胆石症、急性胰腺炎等,直到病情发展至肠坏死,出现腹膜炎体征,方在剖腹探查中确诊。长期以来,AMVT 的误诊率一直居高不下,手术探查仍然是唯一或主要的诊断手段,致使该病的误诊率高达 90%~95%。本组 10 例患者术前经肠系膜上动脉造影确诊 6 例,彩超检查确诊 3 例,CT 检查确诊 3 例;术前误诊为出血坏死性胰腺炎 2 例、肠扭转 2 例、节段性坏死性肠炎 1 例、急性阑尾炎 1 例。可见术前确诊存在一定的困难,临床医师应提高对此症鉴别诊断的警惕性。其实,伴消化道症状的剧烈腹痛而无相应的腹部体征就是肠系膜血管疾病所具有的特异性早期表现,因为绝大多数急腹症的腹痛与体征相一致。

目前,实验室检查血 D-二聚体浓度升高,结合患者其他临床资料可为尽早诊断 AMVT 提供重要线索。已有研究证实,凝血因子的改变可能是 AMVT 的高危因素,如抗凝血酶 III、纤维蛋白溶酶原以及 S 蛋白等的缺乏^[4,5]。还有报道显示,遗传性 C 蛋白活性降低也是 AMVT 的高危因素^[6]。但是,这些检测手段尚不能在急诊室应用,仅在预防该病的复发和指导抗凝药物的使用上有一定的临床价值^[7]。血清乳酸盐测定 AMVT 患者的阳性率可达 85.1%~91.4%^[8-10],但往往出现在动

作者单位:1. 中国康复研究中心北京博爱医院普通外科,北京市 100068;2. 首都医科大学附属北京友谊医院,a. 中心 ICU;b. 普通外科,北京市 100050。作者简介:刘文国(1966-),男,山东济宁市人,主治医师,硕士,主要研究方向:胃肠外科。

脉性缺血及肠坏死后,对 AMVT 早期诊断帮助不大。

影像学方法是最主要的检测手段,彩色超声检查是简便、易行和可重复的无创诊断技术。AMVT 早期超声影像呈肠系膜上静脉瘀血和静脉血栓等变化。彩色多普勒超声的敏感性为 80%,可直接评价肠系膜静脉和门静脉,提供半定量的血流信息,可以证实血栓的存在或肠系膜静脉血流中断。因此,有人提倡将其作为首选的检查手段^[11]。但是,AMVT 时由于患者常伴明显腹胀,严重影响超声检查的观察效果。CT 和 MRI 均可用于早期诊断。Robert 等报道,CT 诊断的准确率达 90% 以上^[12],故 CT 检查对 AMVT 的诊断非常有意义。MRI 也是一种非常有意义的检查,对 AMVT 的诊断敏感性可达 100%,但费用更为昂贵。选择性肠系膜上动脉造影是 AMVT 早期诊断的金指标,确诊率为 80%~100%,可以看到动脉流出滞缓,静脉显影不良和细小静脉影像模糊等。血管造影的检出率为 74%~77%^[9,10]。

3.2 治疗 由于 AMVT 的早期诊断仍是临床工作中常常遇到的棘手问题,不能早期诊断则手术治疗在所难免,同时也会增加死亡率。国内外研究结果显示,AMVT 住院患者总的死亡率为 8.7%^[13,14]。对于未获早期诊断和抗栓疗法未能控制病情发展的患者,手术切除坏死肠管仍然是重要的治疗手段^[15]。剖腹探查和肠切除手术本身并不复杂,如何准确判定切除坏死范围和防止术后血栓蔓延或再血栓,从而有效避免二次手术仍然是目前外科医师重视和探讨的重点。为此,手术医师应该准确判定血栓范围和肠坏死界线。肠系膜血栓和坏死肠管的切除应以“扇形”和远离坏死肠管远端 10 cm 左右为原则。如果肠管严重水肿,根据具体情况可以适当扩大切除范围。遇到肠管生机判断困难时,特别是肠管广泛受累,肠切除后有可能发生短肠综合征时,可适当给予局部肠管加温或普鲁卡因封闭,观察其是否能够恢复。对于恢复困难者,应果断切除以防吻合口漏。对于肠系膜上静脉回流障碍,单纯切除坏死肠段和部分系膜不能满意解决回流问题者,应该考虑施行肠-腔静脉分流术,并在术后适当应用抗凝药物巩固手术效果。术后抗凝治疗可以降低复发率和死亡率^[16]。随着外科医师对该病认识的深入,以及手术和围手术期治疗技术的提高,手术后患者的死亡率明显下降。本组 18 例患者全部治愈,出院后继续口服阿司匹林 3~6 个月,经随访 1 年,无 1 例血栓复发。

近年来,随着临床医师对于该病认识的提高和影像诊断技术的开展,早期诊断率得到提高。得到早期诊断的 AMVT 患者由于尚未发生肠坏死(无肠坏死的症状、体征),接受抗凝或溶栓治疗可获得良好效果,免于手术治疗。

非手术治疗一直是 AMVT 治疗的重要组成部分。早期的非手术治疗以抗凝为主,常用药物为肝素。近年来,有临床医师主张早期应用溶栓治疗,常用药物主要为尿激酶。国外有研究显示,大多数 AMVT 患者无需手术治疗^[13]。溶栓的疗效与抗凝治疗相当,因为此类患者中有 66.7% 存在高凝状态。

关于溶栓的途径,目前常采用全身静脉或肠系膜上动脉置管造影确诊的同时给药。特别是肠系膜上动脉造影确诊的同时即开始溶栓治疗,可以留置导管进行间断或持续给药。如采用非导管造影确诊,可应用外周静脉点滴溶栓治疗。溶栓治疗的要求是,除一般禁忌证外,不应有腹膜炎、休克、呕血、便血及其他严重并发症,并在严密监测下进行,如果腹部体征有恶化趋势就应行手术治疗,不宜延误。

关于溶栓剂量,目前尚无统一的要求。张健等报道早期诊断 AMVT 溶栓治疗 17 例均获成功,其方法是普通肝素 5 000 U,2 次/d 皮下注射,同时静脉点滴尿激酶 50 万 U/d,7~8 d 后改口服法华令 3~6 个月^[17]。张立仁等采用经肠系膜上动脉导管注入尿激酶 20~80 万 U/d,持续 3~10 d^[18]。值得注意的是,近期的研究显示,溶栓治疗的死亡率偏高,而抗凝治疗未增加死亡率^[13]。因此,药物治疗尚待积累更多的临床治疗经验,以形成安全、规范的用药剂量和方法。

本组 6 例接受非手术溶栓治疗的患者中,2 例应用尿激酶 50 万 U/d,连用 7 d;4 例应用低分子肝素抗凝治疗,速必凝 0.3 ml 2 次/d 皮下注射,连用 7 d。6 例患者全部治愈,出院后继续口服阿司匹林 3~6 个月,经随访 1 年,无 1 例血栓复发。

总之,随着医学科技的进步,AMVT 及其伴随的并发症已不再是十分可怕的疾病。临床医师加强对该病的认知和早期诊断,早期治疗是决定预后的关键。我们认为,在未出现肠坏死的情况下,非手术治疗是十分安全、有效的,应为首选;溶栓治疗有明显的出血倾向,应谨慎采用,并需严密监测患者的生命体征和腹部体征;对于存在肠坏死征象者,及时手术治疗是必须的,而且手术后辅以抗凝治疗非常重要。

[参考文献]

- [1] Boley SJ, Kaley NR, Brandt LJ. Mesenteric venous thrombosis [J]. Surg Clin North Am, 1992, 72(1): 183—201.
- [2] Ritz JP, Germer CT, Buhr HJ. Prognostic factors for mesenteric infarction: multivariate analysis of 187 patients with regard to patient age [J]. Ann Vasc Surg, 2005, 19(3): 328—334.
- [3] Abdu RA, Zakhour BJ, Dallis DJ. Mesenteric venous thrombosis—1911 to 1984 [J]. Surgery, 1987, 101(4): 383—388.
- [4] de Stefano V, Leone G, Teofili L, et al. Mesenteric vein thrombosis in protein S congenital deficiency [J]. Thromb Res, 1990, 57(6): 935—944.
- [5] Ortega Diaz de Ceballos A, Jaber Ismail AR, Estrada Saiz RV. Primary mesenteric venous thrombosis [J]. Ann Med Interne, 1990, 7(7): 361—363.
- [6] Yates P, Cumber PM, Sanderson S, et al. Mesenteric venous thrombosis due to protein C deficiency [J]. Clin Lab Haematol, 1991, 13(2): 137—139.
- [7] Simioni P, Zanardi S, Saracino A, et al. Occurrence of arterial thrombosis in a cohort of patients with hereditary deficiency of clotting inhibitors [J]. J Med, 1992, 23(1): 61—74.
- [8] Jonas J, Bottger T. Diagnosis and prognosis of mesenteric infarct [J]. Med Klin, 1994, 89: 68—72.
- [9] Bottger T, Schafer W, Weber W, et al. Value of preoperative diagnosis in mesenteric vascular occlusion, a prospective study [J]. Langenbecks Arch Chir, 1990, 375(5): 278—282.
- [10] Bottger T, Schafer W, Weber W, et al. Value of preoperative diagnosis in mesenteric vascular occlusion [J]. Langenbecks Arch Chir, 1990, 375: 278—282.
- [11] Rhee RY, Głowiczki P. Mesenteric venous thrombosis [J]. Surg Clin North Am, 1997, 77: 327—338.
- [12] Robert Y, Reter G. Mesenteric venous thrombosis [J]. Surg Clin North Am, 1997, 77(2): 327.
- [13] Grisham A, Lohr J, Guenther JM, et al. Deciphering mesenteric venous thrombosis: imaging and treatment [J]. Vasc Endovascular Surg, 2005, 39(6): 473—479.
- [14] Wang JS, Yao C, Wang SM, et al. Clinical analysis of mesenteric venous thrombosis: a report of 23 cases [J]. Chin J Gastrointest Surg, 2005, 8(6): 493—495.
- [15] 刘文国, 高飞, 张锋良. 肠系膜血管供血不全 12 例诊治探讨 [J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(6): 531—532.
- [16] Serreyn RF, Schoofs PR, Baetens PR, et al. Laparoscopy diagnosis of mesenteric venous thrombosis [J]. Endoscopy, 1986, 18: 249—250.
- [17] 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: 220—222.
- [18] 张立仁, 吴旬, 谈非, 等. 肠系膜静脉血栓的影像诊断和溶栓治疗 [J]. 临床放射学杂志, 2003, 22(9): 780—782.

(收稿日期: 2008-03-07)