

肠系膜上动脉栓塞误诊急性胰腺炎一例报道

马志超, 徐铁领, 郭 慧, 李建国*

河北省人民医院急诊医学科, 河北 石家庄

Email: *lijg65@163.com

收稿日期: 2020年11月26日; 录用日期: 2020年12月11日; 发布日期: 2020年12月18日

摘 要

目的: 通过对一例肠系膜上动脉栓塞误诊病例回顾, 总结经验教训, 认识临床思维的重要性。方法: 回顾分析1例肠系膜上动脉栓塞误诊为胰腺炎的高危腹痛病例, 总结高危腹痛的诊疗流程。结果: 先入为主的思维模式延误病情, 病人最终死亡。结论: 建立正确的临床思维, 才能尽量减少误诊和漏诊。

关键词

腹痛, 肠系膜上动脉栓塞, 急性胰腺炎, 误诊

A Case Report of Superior Mesenteric Artery Embolization Misdiagnosed as the Acute Pancreatitis

Zhichao Ma, Tieling Xu, Hui Guo, Jianguo Li*

Department of Emergency Medicine, Hebei General Hospital, Shijiazhuang Hebei

Email: *lijg65@163.com

Received: Nov. 26th, 2020; accepted: Dec. 11th, 2020; published: Dec. 18th, 2020

Abstract

Objective: To review a case of superior mesenteric artery embolism misdiagnosed, summarize the experience and lessons. **Methods:** A case of superior mesenteric artery embolization misdiagnosed as pancreatitis with high risk abdominal pain was retrospectively analyzed, and the diagnostic procedures and treatment strategies of superior mesenteric artery embolization were summa-

*通讯作者。

Results: The preconceived mode of thinking delays the diagnosis and the patient eventually dies. **Conclusion:** Establishing correct clinical thinking can reduce misdiagnosis and missed diagnosis and ensure the safety of patients and clinicians.

Keywords

Abdominal Pain, Mesenteric Artery Embolism, Acute Pancreatitis, Misdiagnosis

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

腹痛为临床常见症状,一般可按腹痛的起病缓急和病程长短将其分为急性与慢性腹痛两种,其中急性腹痛具有起病急、疼痛剧烈、病情变化迅速而复杂等特点,其病因复杂,极易误诊。临床上急性肠系膜上动脉栓塞及血栓形成发病率较低,因其早期并无特异性临床症状及体征,诊断难度较大,误诊率高,病死率高。有报道称部分患者肠系膜缺血确诊时已出现肠管坏死[1]。因此提高临床医师对该疾病的认识,及早诊断及有效手术治疗,是提高治愈率及减少并发症的关键[2]。本文通过对一例肠系膜动脉栓塞误诊急性胰腺炎的病例分析,总结经验教训,学习李建国等清单诊断策略[3],为临床医师提供帮助。该病例报道经过患者家属的知情同意,符合伦理学要求。

2. 病历资料

患者,男性,86岁,主诉腹痛半天于2019-09-18 19:40就诊。患者半天前食用隔夜食物后出现腹痛不适,为脐周及上腹部绞痛,间断发作,较剧烈,伴呕吐1次,呕吐物为胃内容物,非喷射性,量不多,无咖啡色物质,呕吐后症状未见明显缓解,腹泻3次,无发热,无呼吸困难,无胸痛,无意识障碍等,遂就诊于我院急诊,急诊考虑胃肠炎可能性大,给予抗炎、解痉、补液等治疗,患者症状未明显改善,为进一步诊治以“腹痛待查”收入院。

患者既往2型糖尿病,冠心病、房颤病史。入院后查体:T36.7℃ P140次/分 R21次/分 BP157/98 mmHg,病人神志清楚,心脏查体发现心律不齐,腹部查体发现上腹部及脐周压痛,无反跳痛,无肌紧张,肠鸣音正常,余体格检查无阳性体征。辅助检查:PCT: 0.54 ng/mL (正常值: <0.06 ng/ml); 急诊血细胞+CRP示: CRP: 24.67 mg/L (参考范围: 0.00~10.00 mg/L); 白细胞计数: $23.70 \times 10^9/L$ (参考范围: $3.50 \sim 5.50 \times 10^9/L$); 中性粒细胞: 90.60% (参考范围: 40.00%~75.00%); 血红蛋白: 145.00 g/L (参考范围: 130.00~175.00 g/L); 血小板计数: $158.00 \times 10^9/L$ (参考范围: $125.00 \sim 350.00 \times 10^9/L$); 凝血五项示: 凝血酶原时间: 15.70秒(参考范围: 9.80~12.10 S); 凝血酶原时间活动度: 62.10% (参考范围: 70.00%~150.00%); 凝血酶原比率: 1.37 (参考范围: 0.85~1.30); 凝血酶原国际标准化比率: 1.30; 血浆D-二聚体: 1.84 mg/LFEU (参考范围: 0.00~0.55 mg/L FEU); 血淀粉酶: 363.00 U/L (参考范围: 35.00~135.00 U/L); 尿淀粉酶: 593.00 U/L (参考范围: 100.00~300.00 U/L); 尿液分析示: 潜血: 2+; 葡萄糖: 4+; 酮体: 1+; 蛋白质: 1+。PH值: 7.40 (参考范围: 7.35~7.45); 二氧化碳分压: 33.80 mmHg (参考范围: 35.00~45.00 mmHg); 氧分压: 66.70 mmHg (参考范围: 80.00~100.00 mmHg); 全血剩余碱: 2.23 mmol/L (参考范围: -3.00~3.00 mmol/L); 乳酸: 3.10 mmol/L (参考范围: 1.00~1.70 mmol/L)。考虑患者腹痛未缓解,急查腹及盆腔CT示: 部分结肠

扩张积液部分小肠少量积液。初步诊断：1) 腹痛待查：急性胰腺炎？不全肠梗阻？2) 冠心病；3) 心律失常、房颤；4) 2 型糖尿病。

入院后给予禁食水、抗炎、解痉、止痛、抑酸护胃、补液等治疗。患者症状有所缓解，但仍存在腹痛、恶心不适。2019-09-19 17:10 患者仍腹痛，无寒战发热，无排气、排便。查体全腹压痛，以下腹显著，轻度肌紧张，无反跳痛，请外科会诊印象：急性胰腺炎？建议：继续贵科治疗，必要时请消化内科会诊。患者腹痛持续不缓解，再急请胃肠外科会诊，行诊断性腹穿，抽出少量血性液体，不除外肠管坏死，急转胃肠外科行手术治疗。术中探查见腹腔有淡血性渗液约 400 ml，距 Treitz 韧带 60 cm 远端小肠和右半结肠呈缺血改变，缺血段小肠可见多处肠壁呈暗紫色坏死表现，盲肠局部坏死。术中诊断：肠系膜上动脉栓塞肠坏死。手术顺利，术后转入重症监护室治疗，后患者未能平稳度过围手术期，于重症监护室死亡。最终诊断：肠系膜上动脉栓塞，肠坏死，血运性肠梗阻，弥漫性腹膜炎，感染性中毒性休克。

3. 讨论

肠系膜上动脉栓塞为少见的急腹症，有文献报道每年发病率在 0.63/10 万~12.9/10 万之间。有可形成动脉栓子的心脏病史，如心肌梗死后形成心肌室壁瘤、房性心律失常、风湿性瓣膜疾病、主动脉粥样硬化等病史，则本病多发，15%~20% 的病人过去有其他动脉栓塞的病史[4]。该病多数起病急骤、隐匿，进展迅速，病情凶险，早期临床症状缺乏特异性表现，常常因对疾病认识缺乏经验，延误治疗时机，而一旦未能及时诊治，死亡率极高。余超等[5]回顾性分析 18 例肠系膜上动脉栓塞病人的临床资料，结果显示，虽经积极手术治疗，该病总死亡率仍高达 33%。张鹏等[6]研究表明居高的死亡率多是由于诊断延误导致大量肠管坏死、广泛肠切除术后严重感染、水电解质营养失衡、多器官功能衰竭造成。也有文献总结肠切除是术后死亡的独立风险因素[7]。因此早期确诊及把握治疗时机，是延缓该病进展的关键。

该病例患者以剧烈腹痛就诊，初诊以急性胃肠炎诊治，效果不佳。收住院后虽及时完善血液学相关检查及全腹 CT 检查，但未能对患者病情进行充分评估，始终按照腹痛 - 胰腺炎 - 肠梗阻思路进行诊治，未能及早做出正确诊断，导致病情延误。肠系膜上动脉栓塞的栓子主要来源于心脏，因此多数病人合并心血管系统疾病，尤其是房颤病史。1975 年 Bergan 等[8]提出了诊断肠系膜上动脉栓塞的三联征，包括突发上腹或脐周持续剧烈疼痛，而无相应的腹部体征；房颤及器质性心脏病；胃肠排空症状(恶心、呕吐、腹泻，肠鸣音早期亢进等)。因此对于房颤病人，突发剧烈的原因不明的腹痛，有症状体征分离的，要首先考虑到本病的可能。该病的实验室检查并无明显特异性，可以表现为白细胞升高、凝血功能改变、D-二聚体升高等。有文献指出肠系膜动脉栓塞时，D-二聚体升高至正常值 1 倍以上时，其特异度可增至 92% [9]，许王华[10]、Sun 等[11]研究显示，D-二聚体是患者发生肠坏死的独立影响因素，对肠坏死具有较高预测价值，且在一定程度上可以反映病情严重程度。

笔者反思，该患者腹痛剧烈，应首先进行气道、呼吸、循环评估以初步判断其是否存在需要紧急抢救治疗的病情，下一步应评估其基本病情包括：体温、指氧饱和度、疼痛、意识精神状态、瞳孔、尿量、毛细血管充盈时间[12]。该患者心率快，呼吸频率快，血压高，疼痛剧烈，合并多种基础疾病，应为高危患者。

该患者高危腹痛，既往房颤病史，血浆 D-二聚体升高，这些均提示我们不能除外血栓性疾病及肠管坏死可能，若能及早完善 CTA 检查明确诊断，及时手术治疗，应能改善患者预后。从临床思维出发，我们首先应除外危及生命的疾病[13]，然后可按腹痛病因采用清单筛查法以明确诊断，即：腹腔(炎症型、破裂型、梗阻型、脏器扭转型、血管型)、腹壁、临近器官(心脏、肺部、脊柱)、全身性疾病、功能性疾病和妇科疾病[3]。

综上所述，在临床工作中，我们应该建立正确的临床思维，依靠指南，依靠现有检查技术与诊断流

程进行临床诊疗活动。在此基础上,牢记临床思维的特性及原则[13],避免先入为主的思维模式,才能尽量减少误诊和漏诊,最大程度上保障病人安全,减少不可预期事件的发生。

参考文献

- [1] Liao, G.Y., Chen, S.Y., Cao, H.Y., *et al.* (2019) Review: Acute Superior Mesenteric Artery Embolism: A Vascular Emergency Cannot Be Ignored by Physicians. *Medicine*, **98**, 1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014446>
- [2] 于国锋, 付维利, 车秀媛. 急性肠系膜上动脉栓塞 26 例诊断和治疗分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(25): 110-111.
- [3] 李建国, 齐惠军, 郭慧, 等. 正确的诊断源于科学的思维[J]. 医学与哲学, 2019(24): 19-23.
- [4] Kärkkäinen, J.M., Lehtimäki, T.T., Manninen, H., *et al.* (2015) Acute Mesenteric Ischemia Is a More Common Cause than Expected of Acute Abdomen in the Elderly. *Journal Gastrointestinal Surgery*, **19**, 1407-1414. <https://doi.org/10.1007/s11605-015-2830-3>
- [5] 余超, 何磊, 丁丁, 彭浩. 肠系膜上动脉栓塞的外科诊治: 18 例报告[J]. 安徽医药, 2019, 23(5): 969-971.
- [6] 张鹏, 李元新, 吴巍巍, 等. 急性肠系膜缺血 23 例诊治分析[J]. 临床急诊杂志, 2019, 20(12): 960-963.
- [7] 王阳, 陈建立, 陈俊卯, 等. 肠系膜上静脉血栓形成临床特点及预后相关因素分析[J]. 医学研究杂志, 2017, 46(8): 103-105.
- [8] Bergan, J.J., Dean, R.H., Conn Jr., J., *et al.* (1975) Revascularization in Treatment of Mesenteric Infarction. *Annals of Surgery*, **182**, 430-438. <https://doi.org/10.1097/00000658-197510000-00008>
- [9] Coskun, A.K., Halici, Z., Oral, A., *et al.* (2017) The Value of Combined Elevation of D-Dimer and Neopterin as a Predictive Parameter for Early Stage Acute Mesenteric Ischemia: An Experimental Study. *Vascular*, **25**, 63-169. <https://doi.org/10.1177/1708538116652267>
- [10] 许王华, 谭明明, 沈晔. 急性肠系膜上动脉血栓栓塞发生肠坏死的早期识别研究[J]. 现代实用医学, 2020, 32(4): 542-544.
- [11] Sun, D.L., Li, S.M., Cen, Y.Y., *et al.* (2017) Accuracy of Using Serum D-Dimer for Diagnosis of Acute Intestinal Ischemia: A Meta-Analysis. *Medicine*, **96**, 1-13. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006380>
- [12] 马佳倩, 李红玲, 李令令, 等. 成功诊断 1 例 D-二聚体阴性非高危主动脉夹层病例的思考[J]. 临床医学进展, 2020, 10(5): 796-800.
- [13] 赵茜, 郭慧, 申张顺, 等. 论临床思维的性质和原则[J]. 医学与哲学, 2019(12): 15-19.