

1 例伴发消化道出血的腹主动脉瘤诊治并文献复习

张玲玲, 黄国美*, 白班俊, 李 岚

(贵州省人民医院 消化内科, 贵州 贵阳 550002)

[关键词] 主动脉瘤, 腹; 出血; 消化系统瘘

[中图分类号] R654.31 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2012)04-0461-02

腹主动脉瘤(AA)伴发消化道出血与主动脉瘤消化道瘘(PAEF)有关,是腹主动脉瘤罕见、但极为严重的并发症。自 1822 年描述腹主动脉瘤消化道瘘起,目前世界文献报道病例约 300 余例^[1]。由于对该病的认识不足,PAEF 常延误诊断和治疗,死亡率极高,多数死于尚未诊断或准备手术时。现结合国内外文献,报告原发性腹主动脉瘤肠瘘 1 例,并总结对该病的诊治体会。

1 病例资料

患者男性,56 岁,因间断便血 1 月余,加重 5 d 入院。入院 1 月余前患者无明显诱因出现全腹阵发性绞痛,伴便血,为暗红色血液,每次量约 150 ml 左右,1~2 次/d,无呕血,于当地县人民医院诊断为肠炎,行结肠镜未见出血病灶,予抗感染、止血等对症治疗 4 d 后便血停止出院,此后无腹痛及便血。入院 5 d 前出现脐周绞痛,伴便血 5 次,每次量约 300 ml,为暗红色血液,含少量血凝块,便血后腹痛缓解,伴头晕、乏力,无呕血,于当地县人民医院给予止血、补液、输血等治疗后便血停止 2 d,为明确便血原因转院,门诊以便血原因收入消化内科。既往体健,无高血压、糖尿病、冠状动脉粥样硬化病史。饮酒 20 年,500~100 g/d,戒酒 2 年;吸烟 20 年,20~30 支/d,戒烟 2 年。查体:体温 36.5℃,脉搏 66 次/min,呼吸 20 次/min,血压 135/86 mmHg,神志清楚,中度贫血貌,全身皮肤、巩膜无黄染,浅表淋巴结未扪及肿大,双肺呼吸音清,心率 66 次/min,律齐,未闻及杂音,腹平软,中上腹压痛,无反跳痛及肌卫,腹部未扪及明显包块,肝脾肋下未扪及,肝肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音 5 次/min,双下肢不肿,生理反射存在,病理反射未

引出。辅查:白细胞 $4.29 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $2.98 \times 10^9/L$,红细胞 $2.48 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 78 g/L,血小板 $169 \times 10^9/L$,肝肾功能、凝血机制、术前三项、尿常规正常,血 CEA、CA199 正常。入院后间隔 1~2 d 便血 1 次,每次约 100 ml,无呕血及腹痛,给予输血纠正贫血及生长抑素等治疗。急诊结肠镜未见确切出血灶,胃镜提示胃腔内见新鲜及陈旧性出血,十二指肠球部及降段见陈旧性及新鲜血液,未见确切出血灶。腹部增强 CT 及血管三维重建示腹主动脉左侧肾动脉下方腹主动脉瘤,大小约 60 mm×53 mm×45 mm,囊壁不规则,并提示破裂后血肿机化,与空肠上段粘连,诊断为腹主动脉瘤 肾动脉下型并肠瘘。因家属拒绝外科手术治疗,入院后第 5 日,突发剧烈腹痛及休克,腹腔穿刺见血性液体,无呕血、便血,经内科抢救无效死亡,考虑腹主动脉瘤破入腹腔。

2 讨论

腹主动脉消化道瘘(AAEF)较少见,在腹主动脉瘤中发生率约 0.69%~2.36%,是消化道出血的少见病因(约 0.04%~0.07%)^[2]。AAEF 分为原发性腹主动脉消化道瘘(PAAEF)和继发性腹主动脉消化道瘘(SAAEF)。PAAEF 较 SAAEF 少见,是由腹动脉壁糜烂、破溃,穿破邻近消化道(食管、十二指肠、空肠、回肠、结肠)所致,最常见于腹主动脉瘤,其中 85% 源于动脉粥样硬化,15% 源于感染性疾病,极少数源于恶性肿瘤、十二指肠溃疡、异物或腹部放疗后^[3]。SAAEF 常发生于腹主动脉瘤或动脉闭塞性疾病行主动脉重建后。原发性腹主动脉肠瘘非常少见,排除重复报道病例,国内目前报道仅见 15 例,其中中山大学附属第一医院 34 年

* 通讯作者 E-mail: medzhll@163.com

间共收治 9 例,占同期收治消化道出血的 0.072%^[4~11]。约 60%~88% PAAEF 发生于十二指肠第 3、4 段,其它部位瘘也有报道^[6,8]。本例 AA 以反复消化道出血为首要表现,行增强 CT 检查提示原发性腹主动脉瘤,结合临床资料考虑为空肠上段瘘。

PAAEF 临床诊断困难,国外报道术前确诊率约 33%~50%,多数依靠剖腹探查及死亡后尸检确诊^[6,12]。腹痛、反复发生的消化道出血、腹部可触及搏动性肿块为 PAAEF 典型三联症状,但仅有 11%~27.8% 的病例具备典型三联征^[1,13]。约 94% 的 PAAEF 病例可发生较有特征性的前驱性出血,此为一种间歇性的轻、中度出血,是出现大出血的前兆症状^[1]。这可能与 PAAEF 首次出血瘘管较小或被瘘管内的机化血栓堵塞而获得暂时止血;之后血栓移动、溶解或脱落以及主动脉内压力增高,出血再次出现,随着瘘口越来越大,最终发生大出血。前驱性出血时间可持续数小时到 1 周甚至数月,逾 70% 患者超过 7 h,50% 超过 24 h,29% 超过 1 周,为及时诊断和治疗 PAAEF 提供了宝贵的时机^[14,15]。本例患者腹部未触及搏动性包块,仅有便血及腹痛,无典型三联征,入院 1 月前出现首次信号性出血,经药物止血治疗后便血停止,此后再次发生间断便血,终因腹主动脉瘤破裂死亡。本例前驱性出血时间窗长达 6 周,但首次前驱性出血后未能明确病因,错过了外科干预的最佳治疗时机。

目前国内报道 PAAEF 病例中术前确诊率约 6.7%,15 例中仅 1 例术前血管造影提示 PAAEF,其余均为临床诊断、术中及尸解确诊^[4~11]。其中,王深明等报道 9 例 PAAEF 术前无 1 例经辅助检查发现有 PAAEF 征象^[6];李雪松等曾报道 1 例 PAAEF 行 CT 提示腹主动脉瘤,但 4 次内镜检查均无阳性发现,未出血时行胶囊内镜检查未见异常,出血时胃镜仅提示十二指肠球炎伴出血^[10]。B 超、血管造影、CT 及放射性核素扫描、消化内镜等对 PAAEF 诊断有一定意义,但均缺少特异性,这可能与如下因素有关:B 超、血管造影、CT、放射性核素扫描等可以提示腹主动脉瘤的存在,但当瘘口被血栓堵住时,将不能发现瘘口;血管造影检查阳性率仅 20%,且检查阳性要求活动性出血速度大于 0.5 ml/min^[16];血管造影在诊断 SAAEF 时经常有效(达 50%),但对 PAAEF 则仅有小部分可作出诊断^[17];另外,PAAEF 病情通常非常凶险,部分病例可直接表现为致命性大出血,不具备完成上述影像

学检查的条件。胃镜检查通常只能到达十二指肠第 2 段,十二指肠第 3、4 段作为 PAAEF 易发部位容易漏诊;消化道出血时,胃肠道内可有大量陈旧性及新鲜积血,导致内镜检查视野不清,影响观察;同时,内镜检查易因溃疡、息肉、糜烂等表像而误导诊断思路,导致延误诊治而引起严重后果^[10]。另外,内镜检查可能引起 PAAEF 瘘口血痂因机械摩擦脱落,存在致命性大出血风险。鉴于各种辅助检查的非特异性及低敏感性,曾有研究提出,当 CT 检查未见造影剂外漏时,若有下列特征性 CT 表现,可诊断 PAAEF:肠道(尤其是十二指肠)周围动脉瘤壁失去连续性、主动脉内或后腹膜区域出现气体;紧邻主动脉壁气体、失去正常脂肪间隔^[8]。本例胃镜检查仅见胃腔及十二指肠腔内新鲜积血,因积血影响视野,观察不清,且受内镜长度限制,不能观察到十二指肠远段,未能发现动脉瘤瘘口;CT 检查提示腹主动脉瘤,检查时未见造影剂外漏,考虑为出血间歇期,但综合 CT 影像学资料,考虑 PAAEF。

PAAEF 罕见,病情凶险,目前治疗方式有传统开腹外科手术及介入栓塞,非手术治疗的 PAAEF 死亡率高达 100%^[6,8,18~20],手术死亡率达 36%~77%^[7,21],故及时诊断和手术治疗是提高生存率的关键。但 PAAEF 诊断较为困难,临床医生应全面认识 PAAEF 临床特点,临床上发现消化道出血患者,除考虑常见疾病外,需警惕少见病因,具有前驱性出血、腹痛、腹部搏动性包块特征,内窥镜未发现出血病灶,体查和影像学检查提示有腹主动脉瘤时,应高度怀疑主动脉消化道瘘可能;已明确诊断的腹主动脉瘤病例,发生消化道出血时,需考虑 PAAEF 可能,在“救治时间窗”内需紧急手术干预,降低病死率。

3 参考文献

- [1] Saers SJ, Scheltinga MR. Primary aortoenteric fistula[J]. Br J Surg, 2005(92):143-152.
- [2] Barry PA, Molland JG, Falk GL. Primary aortoduodenal fistula[J]. Aust Nz J Surg, 1998(68):243-244.
- [3] Mirarchi FL, Scheatzle MD, Mit re RJ. Primary aortoenteric fistula in the emergency department[J]. J Emerg Med, 2001(20):25-27.
- [4] 施靖华,徐学俊.腹主动脉瘤空肠瘘 1 例报告[J].腹部外科,1996(9):193.

(下转第 464 页)

及产时、产后大出血^[3]。关于分娩方式的选择,多数学者认为经阴道分娩可引起瘤栓播散合并宫颈癌的复发,且易引起大出血,因此主张应以剖腹产为宜,也有学者认为早期宫颈癌可阴道分娩^[4]。终止妊娠的时期的选择应综合考虑宫颈癌分期、有无淋巴结转移、胎儿肺部是否成熟及患者的意愿等因素。由于妊娠合并宫颈癌处于特殊生理周期,在治疗上还存在很多争议,需要综合考虑多方面因素,目前认为妊娠期肿瘤的分期是影响预后最重要的因素。原则上宫颈浸润癌合并妊娠一经确诊建议立即终止妊娠,根据肿瘤分期和妊娠月份进行手术和(或)放射治疗,但患者不仅难以保住胎儿,大多还将丧失生育功能。近年来有延迟治疗以增加胎儿的成活能力,还有对早期妊娠合并宫颈癌患者

采取保留生育功能和保存胎儿的宫颈广泛性切除手术,也取得了较好的疗效。

4 参考文献

- [1] 王建六,孙秀丽. 妊娠合并宫颈癌的诊断与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2007(10):749.
- [2] 郭二荣. 妊娠合并宫颈癌诊治的新进展综述[J]. 中国城乡企业卫生,2009(2):55-56.
- [3] 赵建环. 宫颈癌合并妊娠的诊治原则研究进展[J]. 中国实用医药,2010(6):245.
- [4] 王建六,孙秀丽. 妊娠合并宫颈癌的诊断与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2007(10):749.
- (2012-04-31 收稿,2012-07-13 修回)
- 编辑:潘 娅
-
- (上接第 462 页)
- [5] 袁英,赵颖,陆英. 以消化道出血为表现的腹主动脉瘤破裂出血死亡 1 例[J]. 中国煤炭工业医学杂志,1998(1):480.
- [6] 王深明,陈国锐,林勇杰. 原发性主动脉消化道瘘 9 例临床分析[J]. 中华普通外科杂志,1999,14,411-414.
- [7] 吕新生,李宜雄,李劲东. 原发性腹主动脉瘤肠瘘(1 例报道并文献复习)[J]. 中国普通外科杂志,2001(10):426-428.
- [8] 宋扬,沈洪,刘全达. 国内原发性主动脉消化道瘘 14 例临床分析[J]. 中国急救医学,2005(25):299-301.
- [9] 周晓云. 巨大腹主动脉瘤十二指肠瘘致上消化道出血死亡 1 例[J]. 中华普通外科杂志,2005(20):563.
- [10] 李雪松,塞里木,戈小虎. 原发性主动脉消化道瘘的诊断和治疗(1 例报道并文献复习)[J]. 中国普外基础与临床杂志,2009(16):1033-1034.
- [11] 刘威羽,刘维新,蔺虹名. 误诊为十二指肠肿瘤的腹主动脉瘤破裂引起胃肠道出血 1 例[J]. 世界华人消化杂志,2011(19):542-543.
- [12] Senthil Jayarajan, Lena M Napolitano, John E Rectenwald, et al. Primary Aortoenteric Fistula and Endovascular Repair[J]. Vasc Endovascular Surg, 2009(43):592-596.
- [13] Song Y, Liu Q, Shen H, et al. Diagnosis and management of primary aortoenteric fistulas-experience learned from eighteen patients[J]. Surgery,2008(143):43-50.
- [14] Lawlor DK, DeRose G, Harris KA, et al. Primary aorto/iliacenteric fistula report of 6 new cases[J]. Vasc Endovascular Surg,2004(38):281-286.
- [15] Tareen AH, Schroeder TV. Primary aortoenteric fistula: two new case reports and a review of 44 previously reported cases[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg,1996(12):5-10.
- [16] Odemis B, Basar O, Ertugrul I, et al. Detection of an aortoenteric fistula in a patient with intermittent bleeding[J]. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2008(5):226-230.
- [17] Napoli PJ, Meade PC, Adams CW. Primary aortoenteric fistula from a posttraumatic pseudoaneurysm[J]. J Trauma,1996(41):149-152.
- [18] Dalainas I, Nano G, Bianchi P, et al. Endovascular techniques for the treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms: 7-year intention-to-treat results[J]. World J Surg,2006(30):1809-1814.
- [19] Viplove S, James C B, Deepika A, et al. A Mysterious Cause of Gastrointestinal Bleeding Disguising Itself as Diverticulosis and Peptic Ulcer Disease: A Review of Diagnostic Modalities for Aortoenteric Fistula[J]. Case Rep Gastroenterol,2010(4):510-517.
- [20] 杨栋,潘扬. 腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤[J]. 贵阳医学院学报,2010(1):66-69.
- [21] Antoniou GA, Koutsias S, Antoniou SA, et al. Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula: a systematic review[J]. J Vasc Surg, 2009(49):782-789.
- (2012-05-22 收稿)
- 编辑:张丽君