

缺血性肠病急性腹痛急诊处理路径

首都医科大学附属北京友谊医院
刘凤奎

病例摘要

- 女性 **46岁**
- 转移性右下腹痛**6天**，全腹痛伴发热**1天**入院。
- **6天前**开始无明显诱因，脐上隐痛，**8小时**后右下腹隐痛，不剧烈，不放散，当地医院以胃病治疗，服胃舒平、止痛药等，**4天**疼痛不缓解，**2天**来腹痛加重，呈阵发性，**1天**来发热**38.2℃**来我院。
- 发病以来，纳差、恶心（-）、呕吐（-）、腹泻（-）

既往：

- 2年前急性肠梗阻保守治疗
- 6年前下肢深静脉炎
- 1年前多发性脑梗塞
- 1年前糖尿病，不规律服药

体检

- **BP120/80mmhg**, **P140次/分**、**R20次/分**, **T39.2℃**。发育正常, 营养中等, 精神可, 急性病容, 合作。
- 外科情况: 腹部略膨隆, 腹式呼吸弱, 未见肠型及蠕动波, 下腹部压痛(+), 以右下腹麦氏点为明显, 反跳痛(±), 肌略紧张, 肝脾(-), **Mospty** (-), 双肾叩痛(-), 移动性浊音(-), 肠鸣音(-)。

- 血WBC $15 \times 10^9/L$ ，N 90%，L10%。
- 尿 尿糖++，酮体（+）
- 腹透：未见异常

- 急性化脓性腹膜炎，急性化脓性阑尾炎、穿孔？消化道穿孔？收住院

次日

- 血WBC $18 \times 10^9/L$, N 94%, L5%, ST 1%。
- 腹腔穿刺液: RBC满视野, WBC 8~12个/up, AMY 542u/dl (正常80~400u/dl)
- 术前诊断: 急性腹膜炎、肠系膜血栓? 急性阑尾炎?

手术

- 打开腹腔内约**100ml**暗红色血性渗出液，大部小肠、升结肠及部分横结肠呈紫黑色，蠕动消失，肠系膜动脉搏动消失，在肠系膜动脉根部打封闭，几分钟后，肠管仍无好转，说明肠管已经坏死。
- 肠系膜上动脉栓塞，肠系膜小动脉由广泛血栓形成，最终导致肠管缺血坏死。
- 行距屈氏韧带**40cm**至横结肠肝曲的肠管切除，然后端口吻合。

术后诊断

肠系膜上动脉栓塞，小肠系膜及右半结肠弥漫性血管内凝血，小肠、升结肠缺血性坏死，伴急性弥漫性腹膜炎。全小肠及右半结肠坏死。

临床思路

这是一位经手术发现肠坏死，明确诊断为肠系膜上动脉栓塞的病人。这个病人**6**天前开始腹痛，以胃病处理，后来又诊断阑尾炎转至我院。术前方考虑肠系膜血管性疾病，术后确诊为肠系膜上动脉栓塞。

为什么诊断距离如此之大，为什么经过**6**天方考虑肠系膜血管性疾病？

女性，**46**岁：腹痛**6**天，开始为上腹痛**8**小时后转移性右下腹痛；**5**天后开始发烧及全腹痛，也应该想到是阑尾炎引起的腹膜炎（化脓性）

这例病人临床特点：

- 女性，**46岁**：腹痛**6天**，开始为上腹痛**8小时**后转移性右下腹痛；**5天**后开始发烧及全腹痛，也应该想到是阑尾炎引起的腹膜炎（化脓性）

病人又不完全符合急性阑尾炎的临床特点

- 腹痛**5**天后开始发烧；腹痛以胀痛为主，无明显的压痛、反跳痛，急性化脓性腹膜炎的特征
- 腹穿以出血（**RBC**）为主，**wbc**不高，除外急性炎症表现
- 既往有血管病变的基础，下肢静脉炎病史、脑血栓、糖尿病病史。

我院22例AMVT（急性肠系膜静脉血栓）临床症状、体征及辅助检查结果见下表

表1 22例AMVT（急性肠系膜静脉血栓）临床症状、体征及辅助检查结果见

症状与体征	例数	百分比 (%)	辅助检查	例数	百分比 (%)
腹痛	22	100	血 WBC $>20 \times 10^9/L$	10	47.6
腹胀	22	100	血 WBC $(10 \sim 20) \times 10^9/L$	10	47.6
腹部膨隆	22	100	血 WBC $(4 \sim 10) \times 10^9/L$	2	9.1
腹膜刺激症状	22	100	X线未见异常	10	47.6
呕吐	15	68.2	小肠积气	3	14.2
发热	8	36.4	数个液平	3	14.2
腹泻	3	13.6	肠梗阻	4	18.2
脓血便	2	9.1	腹穿性质为血性	16	72.7
便血	2	9.1	腹穿性质为黄色	2	9.1
呕血	1	4.5			

注：余4例因少量积液未行腹穿或未抽出

腹痛，临床与体征非炎症特点，并且症状、体征相矛盾。
一些检查可帮助早期诊断。

实验室检查

- 1. 二胺氧化酶（**DAO**）可作为急性肠系膜缺血（**AMI**）诊断指标。特异性**75%**，灵敏度**97.8%**。
- 2. **D-二聚体**是特异性反映体内高凝状态和继发性纤溶亢进的标志之一。**AMI**特异性**82%**，敏感性**60%**，准确率**69%**。
- 3. 肠脂肪酸结合蛋白（**I-FABP**），**AMI**时，血↑，尿↑。
- 4. 其他检查：**LDH,CK,CK-2MM,CK-2MB,ALP,GOT,CPK**和氨基己糖等。

影像学检查

- 1. 超声 用来检查血流的重要手段。
- 2. **X线** 早期没有特异性。
- 3. 多排螺旋**CT**，尤其是三维的的重建提高**AMI**的诊断的敏感性和特异性。
- 4. **MRI**与**CT**相似的功能。
- 5. 血管造影是诊断**AMI**的金标准。
- 6. 内镜和腹腔镜 对**AMI**诊断有重要价值。
- 7. 其他 剖腹探查，腹腔灌洗。

腹痛——急性肠系膜血管缺血性疾病

急诊处理路径

- **1** 面对来诊的腹痛病人，详细的询问病史，腹痛特点、部位及可能的因素。
- **2** 体检：在全身查体的基础上，重点在腹部查体，通过以上两点初步了解，初步可以对腹痛进行定位，病情评估。

腹痛——急性肠系膜血管缺血性疾病

- **3** 伴随症状、体征（黄疸、发热、排便、排尿等）、检查进一步鉴别诊断。对腹痛进一步定位和定性。
- **4** 当疑为肠系膜血管缺血性疾病时，则应追述血管性疾病相关病史。作相关化验和血管彩超检查（或血管造影），腹穿
- **5** 相关科室会诊
- **6** 剖腹探查。

急诊处理路径示意图

