

## 血液透析患者腹部卒中 1 例报告及文献复习

林日阳<sup>1\*</sup>, 秦军燕<sup>2</sup>, 李秋芬<sup>1</sup>

- 1. 杭州市中医院肾内科, 杭州 310007
- 2. 浙江中医药大学附属中山医院肾内科, 杭州 310005

[关键词] 血液透析; 腹部卒中

[中图分类号] R 549.52 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2013)11-1276-02

### Abdominal apoplexy during hemodialysis: a case report and review of literature

LIN Ri-yang<sup>1\*</sup>, QIN Jun-yan<sup>2</sup>, LI Qiu-fen<sup>1</sup>

- 1. Department of Nephrology, Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310007, Zhejiang, China
- 2. Department of Nephrology, Zhongshan Hospital, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310005, Zhejiang, China

[Key words] hemodialysis; abdominal apoplexy

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2013, 34(11):1276-Inside back cover]

**1 病例资料** 患者,男,44岁,因“血肌酐升高、血透1年,左上腹疼痛14h”入院。患者2012年7月发现血肌酐900 μmol/L,既往血压150/90 mmHg左右(1 mmHg=0.133 kPa),开始在当地接受维持性血液透析治疗。2013年6月27日晨起后自觉畏寒,左上腹阵发性绞痛,腹泻3次。下午在当地医院透析前测血压150/90 mmHg,透析后血压100/50 mmHg,透析结束后患者腹痛加剧,为求明确诊断入我院。入院查体:血压100/55 mmHg,精神软,双肺呼吸音低,未闻及明显干湿性啰音,心率75次/分,各瓣膜区未闻及病理性杂音,腹平,左上腹有明显压痛及反跳痛,麦氏点压痛(-),墨菲征(-),肝区叩击痛(-),肠鸣音4次/分,双肾区叩击痛(-),双下肢无明显水肿。辅助检查:血常规白细胞计数(WBC)  $14.8 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.875,血红蛋白(Hb) 106 g/L。血淀粉酶104 U/L。凝血功能:国际标准化比值(INR)为1.18,余阴性。血气分析正常。乙肝三系阴性,丙肝阴性,梅毒阴性, HIV 阴性。甲状腺功能正常。肿瘤标记物:AFP(-), CEA(-), TPSA(-), CA-125(-), CA-199(-), CA153(-), 游离PSA(-), 游离前列腺抗原比值(-); ANA+ANCA阴性。上腹部超声示左侧腹腔内见大小为9.2 cm×6.4 cm×6.3 cm不均质回声团,形态不规则,边界不清。腹部CT平扫及增强(图1)示腹

腔小肠肠管结构紊乱,左中上腹部见异常软组织密度肿块影,形态不规则,范围约10.5 cm×5.4 cm,增强后呈索条样强化,但低于周围正常肠管强化程度;周围脂肪间隙模糊,肠系膜根部血管似见旋涡征,肝脾周围见液性密度影,双肾外形偏小,密度尚均匀,后腹膜未见明显肿大淋巴结。考虑肠缺血性改变(坏死不能除外),肠扭转待排;腹腔积液。2013年6月28日凌晨行手术治疗,术中探查腹腔出血1500 mL,其中左上腹可见10 cm×8 cm血凝块,剥除后见横结肠近脾曲处一出血点,肠管未见扭转、坏死。切除约10 cm出血肠段,术中冰冻切片病理结果:浆膜面血管脂肪弥漫出血,部分区域有较多中性粒细胞聚集,未见恶性肿瘤及明确肿块。用切割闭合器吻合断端。术后诊断:腹部卒中,横结肠出血。术后病理:肠壁组织、浆膜纤维脂肪组织显著出血,可见肠壁全层静脉及毛细血管显著扩张,浆膜面多数静脉管壁厚薄不均,呈曲张或畸形改变。术后继续规律血液透析治疗,同时予输血、注射促红细胞生成素等对症支持治疗,3周后患者手术切口愈合良好出院,回当地医院继续血液透析治疗。近期电话随访,患者一般情况良好,血压波动在140/90 mmHg, Hb 105 g/L,近期腹腔B超未见明显血肿。

**2 讨论** 腹部卒中是少见的急腹症原因之一,确诊困难、易于漏诊、误诊,报道较少,国内目前未见透析患

[收稿日期] 2013-09-11 [接受日期] 2013-10-23

[作者简介] 林日阳,博士。

\* 通信作者(Corresponding author). Tel: 0571-85827631, E-mail: lin\_ri\_yang@126.com

者发生腹部卒中的报道。

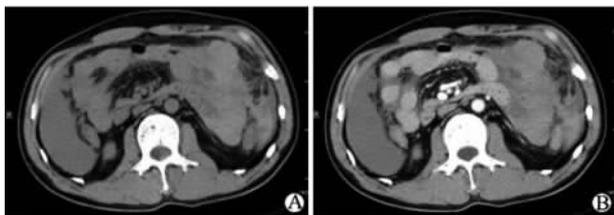


图 1 患者腹部 CT 平扫(A)及增强(B)影像  
团块增强后强化程度低于周围正常肠管

腹部卒中以女性多见,男女之比为 1:2.5<sup>[1]</sup>,指内脏血管自发性破裂引起腹膜后或腹腔内出血的急腹症,不包括自发性肝、脾破裂出血及腹主动脉瘤破裂出血,由 Barber 于 1909 年首次报道<sup>[2]</sup>。由于病变的突发性、危重性和在发病机制上与脑卒中的血管自发性破裂特征相类似,1931 年 Green 和 Powers<sup>[3]</sup>将此类急腹症命名为腹部卒中。腹部卒中病因主要包括腹内血管瘤、血管壁先天性发育缺陷、门脉高压侧支静脉曲张样病变或腹膜后静脉丛扩张等。慢性剧烈咳嗽、排尿困难、剧烈活动、分娩、排便,甚至饮酒、饱餐、气候骤变等引起腹内压增高或一时性血压突然升高或血管扩张导致血管突然破裂都可以造成自发性腹腔内出血。本例是维持性血液透析的患者,起病急,无明显诱因下出现腹痛,腹腔探查发现巨大血肿,肠管未见扭转、坏死,无脏器破裂,肠壁组织浆膜面静脉管壁厚薄不均、曲张、畸形,术中切除出血肠段后出血停止,腹部卒中诊断明确。

腹部卒中临床报道少,而且早期缺乏特异性症状和体征<sup>[4]</sup>,临床及影像医师多缺乏经验,因而误诊率高,术前诊断十分困难,国外文献 1970 年报道术前确诊率仅为 2.4%<sup>[1]</sup>。Tse 等<sup>[5]</sup>回顾维持性腹膜透析(CAPD)患者 549 例,约有 8.4%发生腹腔出血,其中 33.3%为腹部卒中(均与抗凝药物使用相关),而行血液透析发生腹部卒中者国内外文献少有报道。Stolz 等<sup>[6]</sup>2000 年报道的 3 例维持性血液透析腹部卒中患者,为存在凝血机制障碍的中年女性(50 岁以下),均突发剧烈腹痛伴休克症状。本例患者为维持性血液透析的中年男性,以腹痛起病,伴有休克症状,腹膜刺激征阳性,多名接诊临床医师均未考虑到腹部卒中。尽管随后行腹部超声及增强 CT 检查,且软组织密度肿块增强后强化程度低于周围正常肠管,最终仍误诊为肠梗阻、肠扭转。因此临床医师提高对腹部卒中的警惕性是避免腹部卒中误诊、漏诊的主要因素。临床上凡遇到维持性透析(特别是长期肝素抗凝)患者突然腹痛,伴有腹内出血体征,但不能用其他急腹症(肝、脾、胰等实质脏器破裂及异位妊娠等)解释者,均应考虑腹部卒

中可能<sup>[6-7]</sup>。针对腹部卒中:(1)B 超、CT 或 MRI 可作为定性、定位诊断的依据;(2)选择性腹腔血管造影有时可发现破裂血管;(3)必要时行腹腔或阴道后穹窿穿刺(若抽出不凝血,阳性率可高达 80%~90%<sup>[8]</sup>);(4)当性质不明而病情危急时,剖腹探查则是最直接的、最有效的诊断措施。

手术治疗是腹部卒中的主要治疗手段,Adamthwaite<sup>[9]</sup>报道该病非手术治疗病死率为 100%。术中找出出血部位是手术治疗的关键。国外 1970 年文献报道,术中未找到出血部位者病死率为 54.8%,找到出血部位后患者病死率则降至 8.6%<sup>[1]</sup>;国内马俊等<sup>[10]</sup>2007 年回顾分析发现,术中未找到出血部位者病死率为 41.2%,找到出血部位者病死率为 4.7%。该病手术方法有:(1)缝扎止血;(2)出血肠段切除;(3)纱布填塞;(4)引流<sup>[4]</sup>。值得注意的是,如术中不能发现出血部位,此时需放置腹腔引流管,以观察其是否再出血,对继续出血者如保守治疗无效,可再行手术治疗<sup>[4]</sup>。本例患者经部分肠段切除后出血停止,术后恢复良好。

**3 利益冲突** 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

#### [参考文献]

- [1] Kleinsasser L J. Abdominal apoplexy. Report of two cases and review of the literature[J]. Am J Surg, 1970, 120:623-628.
- [2] Barber M C. Intra-abdominal haemorrhage associated with labour[J]. Br Med J, 1909, 2:203-204.
- [3] Green W T, Powers J H. Intra-abdominal apoplexy[J]. Ann Surg, 1931, 93:1070-1074.
- [4] 符伟国, 施德兵. 腹部血管源性急腹症的现代诊治观念[J]. 临床外科杂志, 2005, 13:751-753.
- [5] Tse K C, Yip P S, Lam M F, Li F K, Choy B Y, Chan T M, et al. Recurrent hemoperitoneum complicating continuous ambulatory peritoneal dialysis[J]. Perit Dial Int, 2002, 22:488-491.
- [6] Stolz A, Fourcade J, Klisnick A, Souweine B, Abergel A, Baguet J C, et al. Hemoperitoneum in patients receiving hemodialysis[J]. Am J Kidney Dis, 2000, 36:E11.
- [7] 王明华, 王英超. 腹部卒中的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11:704.
- [8] 黎介寿, 吴孟超, 李殿柱. 外科常用诊疗技术[M]. 北京:人民军医出版社, 1993:124.
- [9] Adamthwaite D N. Abdominal apoplexy. A case report[J]. S Afr Med J, 1979, 56:233-234.
- [10] 马俊, 魏炜, 林丰. 腹部卒中的诊断和治疗[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2007, 14:619-621.