

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2020.23.019

文章编号: 1005-8982(2020)23-0093-02

病例报告

## 胰腺脓肿致消化道出血 1 例\*

陆丽华, 周颖, 许琦华

(上海中医药大学附属第七人民医院 消化内科, 上海 200137)

**关键词:** 胰腺脓肿; 消化道出血; 急性重症胰腺炎

**中图分类号:** R576; R657.5

**文献标识码:** D

胰腺疾病引起的消化道出血相对少见。上海中医药大学附属第七人民医院收治 1 例急性重症胰腺炎, 术后 2 个月发生消化道出血。现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 男性, 48 岁, 2 个月前因右上腹疼痛 9 h 入院, 上腹部 CT 提示胆囊结石、胆总管多发结石, 入院第 2 天血压突降至 75/50 mmHg, 考虑为感染性休克, 紧急行剖腹探查术+胆囊切除术+胆总管切开取石术, 术中胆囊内结石多枚, 胆总管内胆汁黏稠伴脓性, 于胆总管下段取出结石 2 枚, 直径约 0.5 cm, 见胰头水肿, 周围渗液较多, 于网膜囊内置双套管 1 根, WINSLOW 孔放负压引流 1 根, T 管另戳孔引出, 术后淡血性液体引出。术后给予抑制胰腺分泌、抗炎、维持水电解质平衡等治疗, 待其病情缓解后出院。

患者本次因解暗红色血便半天, 呕暗红色血 1 次急诊入院。既往无肝病史, 无血吸虫史。查体: 神志清楚, 查体合作, 体温 37℃, 脉搏 88 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 111/70 mmHg, 贫血貌, 心肺无特殊, 腹壁无静脉曲张, 腹部平坦, 见陈旧性手术疤痕, 腹软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未及。入院查血常规: 白细胞  $15 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 84 g/L, 血小板  $200 \times 10^9/L$ , 肝功能正常。入院第 2 天胃镜(见图 1): 食管正常, 未见静脉曲张及溃疡等病灶, 胃底、部分胃体见结节状隆起的静脉曲张, 十二指肠球部少量血迹, 结论: 胃底体结节状隆起(胰源性静脉曲张可能)。未找到出血原因, 给予制酸、止血等治疗后, 患者一度病情

平稳。

住院第 16 天患者再血便多次及呕血多次, 共约 1 200 ml, 腹腔引流管引流出暗黑色血性引流液及血凝块, 病情危急, 急诊行胃镜检查(见图 2), 见胃内残留新鲜血迹, 胃底胃体静脉曲张, 未见明显的曲张静脉破裂出血点, 十二指肠球部未探及溃疡, 十二指肠降部大量鲜血。遂行上腹部 CT 增强, 见坏死性胰腺炎, 胰腺周围包裹性积液, 胰腺体部新出现出血灶(见图 3A), 经腹腔引流管注入对比剂后见对比剂经腹腔降结肠瘘进入降结肠(见图 3B)。住院第 17 天患者行剖腹探查+胰腺脓肿切除+引流+回肠末端造瘘术: 术中未见结肠明显破溃及穿孔, 并探及胰腺体部、尾部脓腔, 证实体部脓腔血凝块, 予以清除血凝块, 发现胰腺组织内小血管渗血, 予以缝扎止血, 创面彻底止血, 并行回肠末端造瘘术, 旷置结肠, 希望微小

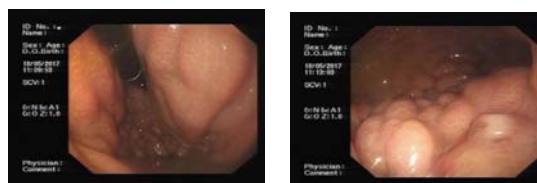


图 1 入院第 2 天胃镜

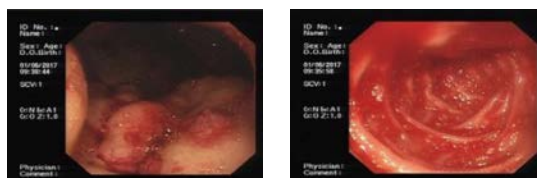
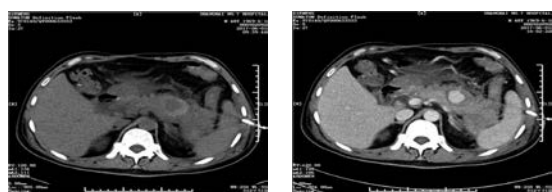


图 2 入院第 16 天胃镜

收稿日期: 2019-12-10

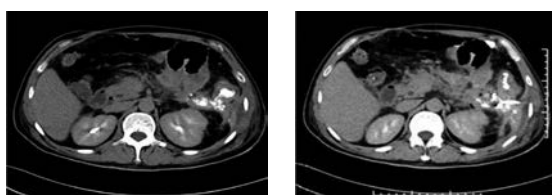
\* 基金项目: 上海市浦东新区卫生系统学科带头培养计划(No: PWRd2016-12); 上海中医药大学附属第七人民医院人才培养计划(No: BDX2016-01)

的瘘口能长好。住院第 52 天痊愈出院，随访 2 年未再出血。



A

左为平扫，右为门脉期。



B

左为腹腔降结肠瘘，右为片刻后。

图 3 入院第 16 天上腹部 CT 增强

## 2 讨论

胰腺脓肿多见于急性重症胰腺炎后期，发生在发病 4 周后，是急性胰腺炎最严重的并发症之一<sup>[1]</sup>。病灶常位于胰腺体尾部，脓肿边界不清、低密度影、内可见气泡。临床表现无特异性，可有高热、腹痛，辅助检查可有白细胞升高、高淀粉酶血症。急性重症胰腺炎并发胰腺脓肿，侵蚀消化道，导致缺血、坏死和溃疡形成，可以形成胰-胃瘘<sup>[2]</sup>、胰-十二指肠瘘、胰-结肠瘘和胰-小肠瘘，最终导致消化道出血。急性重症胰腺炎合并消化道出血，病死率极高，这类患者住院天数长、并发症增多、侵入性治疗增加、医疗费用昂贵、预后差<sup>[3]</sup>。

该患者胃镜见胃底胃体静脉曲张，结合其急性重症胰腺炎病史，考虑存在胰源性门脉高压。胰源性门脉高压发病率很低，约占肝外门静脉高压的 5%<sup>[4]</sup>，常

无明显的临床症状，容易误诊及漏诊。该患者曲张静脉无破裂出血点，不是本次消化道出血的真正元凶。入院后一度病情缓解，于入院第 16 天多次血便并呕血数次，考虑消化道出血量大。当天的上腹部增强 CT 可见胰腺的脓腔中含有脓液和血液，门脉期明显强化，考虑胰酶侵蚀、破坏胰腺本身，引起出血。同时 CT 提示经引流管注入对比剂后肠腔内见高密度影，考虑存在胰-降结肠瘘。患者胰腺脓肿大量出血，经肠痿流出，形成血便。入院第 34 天复查的腹部 CT 增强提示碘对比剂经主胰管进入十二指肠，考虑为此前胰腺脓肿出血，部分血液经主胰管进入十二指肠，导致上消化道出血的临床表现。经及时手术治疗，切除胰腺脓肿并处理渗血的小血管，术后患者再无呕血、黑便等临床表现，治疗及时，效果显著。这也符合胰腺脓肿的治疗原则。

临床医师对胰源性消化道出血的认识不足、重视不够，常归咎于不明原因的出血而延误诊治。胰源性消化道出血治疗的关键是处理原发疾病<sup>[5]</sup>。

## 参 考 文 献:

- [1] 阳凤, 彭燕. 重度急性胰腺炎并发胰腺脓肿的诊治进展 [J]. 胃肠病学, 2016, 3: 190-192.
- [2] 商振宁, 袁秋霞, 朱立宁. 胰腺脓肿胃内瘘致上消化道出血 1 例报告 [J]. 临床肝胆病杂志, 2014, 8: 801-802.
- [3] SHEN X, SUN J, ZHANG J Z, et al. Risk factors and outcome for massive intra-Abdominal bleeding among patients with infected necrotizing pancreatitis[J]. Medicine, 2015, 94(28): e1172.
- [4] PEREIRA P, PEIXOTO A. Left-sided portal hypertension: a clinical challenge[J]. GE Port J Gastroenterol, 2015, 22(6): 231-233.
- [5] 姚宏昌, 唐艳萍. 胰源性消化道出血 [J]. 中华消化杂志, 2006, 7: 498-499.

(张蕾 编辑)

本文引用格式: 陆丽华, 周颖, 许琦华. 胰腺脓肿致消化道出血 1 例 [J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(23): 93-94.