

[34] Lekston A, Hudzik B, Hawranek M, et al. Prognostic significance of mean platelet volume in diabetic patients with ST-elevation myocardial infarction [J]. J Diabetes Complications, 2014, 28 (5): 652-657. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2014.05.002.

(收稿日期: 2015-09-06)

(本文编辑: 郑辛甜)

· 病例报告 ·

门静脉积气一例

姚敏学 冯秋鹏 鲍磊 钟金妹 黄小明

215300 江苏省昆山, 昆山市第一人民医院急诊医学科

通信作者: 黄小明, Email: 280574329@qq.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.03.020

One case report of portal venous gas Yao Minxue, Feng Qiupeng, Bao Lei, Zhong Jinmei, Huang Xiaoming

Emergency Department, The First People's Hospital of Kunshan, Kunshan 215300, China

Corresponding author: Huang Xiaoming, Email: 280574329@qq.com

门静脉积气 (portal venous gas, PVG) 是急腹症一种罕见的并发症, 昆山市第一人民医院急诊医学科于 2015 年 6 月接诊一例肝门静脉积气病例, 原发病为 II 型糖尿病酮症酸中毒 (DKA) 和急性坏死性肠炎, 现报道如下。

患者男性, 46 岁。突发持续性腹痛 2 d 加重 6 h, 伴恶心、腹胀、气急、气促。既往否认高血压、糖尿病、腹部手术史。发病前 1 个月患者食纳差, 近 3 d 只进食饮料。初就诊于社区门诊, 后因腹痛加重, 急诊转入我院。查体: T 36.4 °C, P 132 次/min, BP 104/71 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), SPO₂ 100%。急性病容, 精神萎靡, 库斯莫尔呼吸, 皮肤巩膜未见黄染, 腹部稍膨隆, 全腹压痛、反跳痛及腹肌紧张, 腹部移动性浊音阴性, 肠鸣音消失。实验室检查: 血常规 白细胞 $14.42 \times 10^9 L^{-1}$, 中性粒细胞 94.7%; 血气分析 pH 7.08, 二氧化碳分压 12.0 mmHg, 氧分压 170.0 mmHg, 乳酸 8.4 mmol/L, 实际碳酸氢盐 3.6 mmol/L, 标准碳酸氢盐 6.4 mmol/L, 剩余碱 (B) -23.8 mmol/L; 尿常规 比重 1.010, 葡萄糖 14.0 mmol/L, 酮体 4.0 mmol/L; 生化 谷丙转氨酶 31 U/L, 谷草转氨酶 37 U/L, 尿素氮 12.9 mmol/L, 肌酐 193 $\mu mol/L$, 葡萄糖 55.6 mmol/L, 二氧化碳 5.2 mmol/L, 钾 4.2 mmol/L, 钠 142.2 mmol/L, 钙 2.48 mmol/L; 血淀粉酶 57 U/L。影像学检查: 腹部 CT 提示肝内门脉系统明显积气扩张, 积气形态沿门脉分支分布, 门脉腹腔内分支也见积气扩张影像。肠腔积气、扩张, 局部肠壁间可见多发气泡影像, 肠壁坏死可能 (图 1)。诊疗经过: 给予患者液体复苏、控制血糖、纠正酸中毒、保留导尿、胃肠减压等治疗, 并完善术前准备。入院 1.5 h 后患者突发血压下降, 后经积极抢救无效, 患者于入院 2.5 h 后死亡。

讨论 PVG 是一种常继发于肠道缺血性或坏死性疾病的伴发症状, 因常合并有肠腔压力大, 肠缺血坏死等情况, 故一般需行手术治疗。PVG 的形成原因主要有两种假说:

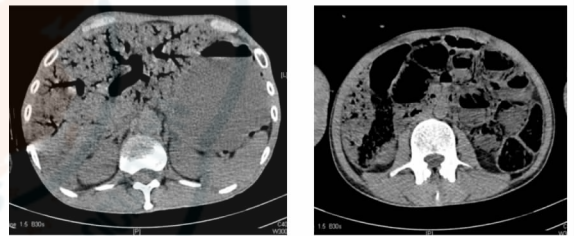


图 1 患者腹部 CT 结果

(1) 肠腔内压力增高, 消化道内微生物产生的气体经黏膜破损处溢入门脉系统; (2) 肠黏膜屏障功能下降, 产气菌侵及肠黏膜小静脉或直接上行至门静脉系统, 从而造成门静脉积气。因腹部 CT 提供更客观及可靠的影像学依据, 可作为诊断 PVG 的首选检查手段。目前在 PVG 治疗上宜早期行剖腹探查, 切除病变或坏死肠道, 术后予抗生素治疗。但如果无肠道坏死表现, 且生命体征平稳, 亦可在严密监测下行胃肠减压、抗感染、补液对症支持等保守治疗。本例患者出现 PVG 考虑为 DKA 合并急性肠梗阻所致肠缺血坏死后的并发症。其腹部 CT 中见肠腔积气、扩张明显, 肠壁变薄且肠壁间可见多发气泡影像, 高度提示肠道缺血坏死。故在诊断明确后积极完善术前准备, 但终因患者病情危重, 出现多器官功能衰竭而死亡。DKA 合并肠梗阻在临床上较少见, 其中伴发 PVG 者更是罕见。其病因复杂, 起病急, 病情危重, 预后极差, 临床医生应早期诊断, 多学科积极配合治疗, 以提高此类患者的治愈率。

(收稿日期: 2015-09-25)

(本文编辑: 郑辛甜)