

胆道出血误诊1例

蒋建霞, 于莲珍, 施瑞华

蒋建霞, 于莲珍, 施瑞华, 南京医科大学第一附属医院消化科 江苏省南京市 210029

通讯作者: 蒋建霞, 210029, 江苏省南京市, 南京医科大学第一附属医院消化科. jixcasey@yahoo.com.cn

电话: 025-83718836-6255

收稿日期: 2006-10-14 接受日期: 2007-02-08

摘要

报告1例因胆囊结石、急性胆囊炎相继引起顽固性消化道大出血、急性胰腺炎、急性腹膜炎误诊病例。患者首发表现为发热、腹痛和上消化道出血, 上消化道出血原因一度被认为是胃溃疡所致, 但积极的止血措施并无明显疗效, 继而又并发了急性胰腺炎, 最终因急性腹膜炎外科手术而确诊。此病例提醒我们上消化道出血的鉴别诊断不可忽视胆道出血, 尽管胆道出血大多因外科、介入或创伤所致, 急性胆囊炎也是重要病因之一, 如果诊断不及时, 治疗不得当, 可能会延误对患者的抢救。

关键词: 胆道出血; 误诊

蒋建霞, 于莲珍, 施瑞华. 胆道出血误诊1例. 世界华人消化杂志 2007;15(10):1173-1174

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/1173.asp>

0 引言

上消化道出血病因除了常见的消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂出血等, 尚需与胆道出血相鉴别。胆道出血常表现为反复发作及周期性, 易并发失血性休克甚至死亡。本文报道了1例因胆系感染致反复胆道大出血、急性胰腺炎、急性腹膜炎误诊病例。

1 病例报告

患者, 男, 50岁, 因“上腹痛伴呕血黑便5 d”于2006-07-02住我院消化科。患者5 d来出现阵发性上腹痛, 伴有恶心, 呕吐暗红色血液3次, 总量约200 mL, 解成形黑便2次, 总量约250 mL, 伴嗝气、反酸、多汗、发热。于我院门诊查腹部B超提示: 胆囊炎, 胆囊结石, 胆总管轻度扩张(9 mm)。胃镜提示: 胃角溃疡A2期, 慢性胃炎。予

奥美拉唑、胶体果胶铋口服治疗, 症状无改善, 为进一步诊治收入病房, 患者既往体健。入院查体, T: 38.5℃, P: 80次/分, BP: 103/70 mmHg, 神清, 精神欠佳, 步入病房, 查体合作, 贫血貌, 全身皮肤黏膜无出血点瘀斑, 浅表淋巴结未及肿大, 腹平坦, 未见腹壁静脉曲张, 腹软, 上腹部压痛明显, Murphy's征(+), 肝脾肋下未及, 移动性浊音阴性, 肠鸣音5-6次/分。入院初步诊断: 上消化道出血, 胃溃疡, 急性胆囊炎, 胆囊结石。入院后急查血常规提示: WBC: $11.4 \times 10^9/L$, N: 0.864, L: 0.121, RBC: $3.75 \times 10^{12}/L$, Hgb: 102 g/L。粪便常规提示: 红褐色, 红细胞: 2+, 隐血阳性。血清及尿淀粉酶均正常。肝肾功能正常。予禁食, 补液, 奥美拉唑抑酸, 氨甲环酸止血及左旋氧氟沙星、替硝唑抗感染治疗5 d, 腹痛进行性加重, 呕血及黑便状况无改善, 加用生长抑素250 $\mu g/h$ 持续静脉滴注3 d, 消化道出血仍持续。入院第6天患者体温最高达39.8℃, 血常规WBC: $17.8 \times 10^9/L$, N: 0.909, HB: 65 g/L, 血清淀粉酶: 26 071 nkat/L, 尿淀粉酶: 152 047 nkat/L, 尿胰蛋白酶原阳性。生化示: ALT: 3240 nkat/L, AST: 1228 nkat/L, AKP: 3667 nkat/L, GGT: 4550 nkat/L, TBIL: 38.3 $\mu mol/L$, DBIL: 21.3 $\mu mol/L$, Glu: 4.89 mmol/L, Ca: 2.09 mmol/L, PT, APTT, TT, FIB, D-Dimmer均正常, 上腹部CT提示: 胆囊壁不规则增厚伴胆囊结石生成, 胆囊炎, 胃窦壁增厚与胆囊分界不清, 胰头部周围界限不清; 复查胃镜示: 胃溃疡S1期。全科讨论考虑胃溃疡, 急性胆囊炎, 胆囊结石并发急性水肿性胰腺炎诊断成立。分析顽固性上消化道出血与胃溃疡无关, 原因仍不明确, 胆道出血不排除。治疗方面在禁食、抑酸、头孢哌酮+舒巴坦及替硝唑治疗感染及营养支持治疗的基础上, 继续应用生长抑素抑制胰酶分泌, 及减少内脏血流从而止血治疗, 入院第10天患者仍发热, 为弛张热, T_{max} 40.1℃, 上腹饱满, 压痛(+), 反跳痛(+), 尤以右上腹为著, 仍有呕咖啡样物及黑便, 总量约500 mL/d, 查血常规提示: WBC: $19.7 \times 10^9/L$, N: 0.921,

■背景资料

上消化道出血病因除了常见的消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂出血等, 尚包括一系列疾病所致的胆道出血。胆道出血分类, 临床分为外科性、感染性、医源性和其他原因的胆道出血, 其中胆道感染是最常见原因。

■同行评价

本文通过1例急性胆系感染并发一系列严重并发症的病例报告旨在加深临床医生对胆道出血更深刻的认识,减少漏诊和误诊,学术价值较好。

RBC: $1.56 \times 10^{12}/L$, HgB: 50 g/L. 血生化: ALT: 1917 nkat/L, AST: 910 nkat/L, GGT: 2692 nkat/L, ALB: 25.2 g/L, G: 22.6 g/L, 血清及尿淀粉酶正常. 外科会诊考虑急性腹膜炎, 遂转外科急诊手术, 术中见胆囊炎症水肿穿孔, 周围脓液, 与周围组织广泛黏连, 分离后切除胆囊, 胆管内溢出脓性胆汁及血凝块, 予以胆总管切开T管置入引流, 及腹腔灌洗引流, 术后病理示: 胆囊8 cm×6 cm, 壁厚6 mm, 颈部穿孔, 表面附大量脓液. 术后予以积极支持及抗感染治疗, 患者恢复良好, 2 mo后出院。

2 讨论

该患者以上消化道出血及腹痛、发热为首发表现, 上消化道出血表现为呕血和黑便, 胃镜检查提示胃角溃疡A2期, 能解释上消化道出血及腹痛, 但通过积极的抗溃疡和止血治疗, 消化道出血反而日益恶化; 其次越发加重的发热(体温最高达41.0℃), 用继发于上消化道出血的吸收热亦不能解释; 而且在上述症状的基础上发生了急性胰腺炎和急性腹膜炎. 手术证实为胆道感染并发胆道出血、胆源性胰腺炎及穿孔致急性腹膜炎. 此病例告诫临床工作人员, 上消化道出血的鉴别诊断不可忽视胆道出血的可能, 尤其是当临床表现与检查不符的情况下, 更要多考

虑其他能引起上消化道出血的原因。

胆道出血系肝胆疾病、创伤、手术或全身性因素而致的胆道较大量出血^[1]. 临床分为外科性、感染性、医源性和其他原因所致的胆道出血. 这些原因均可导致胆管与伴行血管间的异常通道, 随着两侧压力的变化, 而导致出血、出血停止和血块自溶、脱落而再出血(5-14 d). 或因手术止血不彻底、肿瘤破溃、出血倾向等也会发生胆道出血. 胆道感染是最常见原因. 急性化脓性胆管炎时, 汇管区的胆小管破溃形成多发性肝脓肿, 并向门静脉穿破, 形成胆管门静脉瘘而发生胆道出血^[2]. 胆道出血可有胆绞痛、黄疸和上消化道出血的三联征, 并可出现休克. 临床特征有: (1)发热寒战、黄疸和上腹绞痛后出现呕血、黑便, 伴肩背部放射痛; (2)出血可自行停止, 出血后上述症状即可缓解; (3)出血1 wk左右发作1次, 反复出现, 具有周期性; (4)出血时可有失血性休克的一系列征象^[3].

3 参考文献

- 1 Edden Y, St Hilaire H, Benkov K, Harris MT. Percutaneous liver biopsy complicated by hemobilia-associated acute cholecystitis. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 4435-4436
- 2 Vano D, Garcia-Cano J, Gomez-Ruiz J, Arranz G. Hemobilia. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 216-217
- 3 张良, 田家振. 胆道出血. *中原医刊* 2004; 31: 18

电编 张敏 编辑 张焕兰

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2007年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

世界华人消化杂志的同行评价

本刊讯 《世界华人消化杂志》对所有文章进行在线同行评价, 采用匿名方式. 通常每篇文章邀请2-3位专家审阅, 至少2人通过方可录用, 否则退稿. 每期最后一页致谢本期所有审稿人(含退稿). 文章等级评定: ○A级 ○B级 ○C级 ○D级 ○E级 ○不清楚. 其中A和B属于很好, C和D不算太好, E是很差, 还有一部分是不清楚. (世界胃肠病学杂志社2007-04-08)