

· 短篇及病例报道 ·

经皮内镜下胃造瘘术后早期内固定器植入综合征 1 例报道

何发明, 赵 林, 张 丹

(重庆医科大学附属第一医院中心 ICU 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.33.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)33-3431-02

经皮内镜下胃造瘘术(percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)已被需要长期肠内营养而不能经口进食的患者广泛接受,但该技术可导致一种少见的并发症被称为内固定器植入综合征(buried bumper syndrome, BBS)。它常出现在术后晚期,需要早期认识和处理,否则会导致严重并发症,如胃出血、胃穿孔、腹膜炎,甚至导致患者死亡。作者报道 1 例 PEG 术后早期出现的 BBS,虽及时更换导管,但因原有病情加重而死亡。

1 临床资料

患者,男,61 岁,因“跌倒后四肢无力 8 h”于 2009 年 7 月 21 日急诊入院。入院前 8 h,患者不慎跌倒,头枕部着地,随即出现双下肢无力,不能行走及站立,被送入本院。头颅 CT 示颅内未见异常。但逐渐出现四肢无力加重,伴呼吸急促,以“颈髓损伤,不全性四肢瘫”收入本科。既往有酒精性肝硬化、慢性支气管炎。查体发现:体温 38.6、心率 91 次/分、呼吸 30 次/分、血压 70/48 mm Hg,神清,查体合作,双上肢近端肌力Ⅲ级以上,远端Ⅱ级,双下肢肌力 0 级,胸骨角以下水平触痛觉消失,双下肢腱反射减弱。诊断为:(1)颈椎骨折,颈髓损伤伴不全性四肢瘫;(2)酒精性肝硬化失代偿,脾功能亢进,门静脉高压;(3)慢性支气管炎;(4)肺部感染;(5)低蛋白血症。入院后行气管切开,颅骨牵引、甲泼尼龙减轻水肿等治疗,颈部 CT 及磁共振成像(MRI)检查示 C₂₋₆ 椎体不稳并向前移位, C₆ 椎体向前超过 C₇ 椎体约 1/2, C₇ 椎体骨折。胸部 CT 示左侧第 7、8 肋骨骨折,双侧中量胸腔积液。血常规检查示三系降低,给予双侧胸腔抽液,输血、血小板等治疗,但患者病情进行性加重,出现肺部感染、呼吸衰竭、胸腔积液及腹水持续增加。为改善患者营养状态,于 2009 年 9 月 22 日行经皮内镜下空肠造瘘术(PEJ)及 PEG。术后第 2 天经 PEJ 导管注入肠内营养液,患者无明显不适,但因肺部反复感染不能有效控制,低蛋白血症进行性加重,出现大量腹水、胸腔积液。为减轻腹胀,作者经 PEG 导管行持续胃肠减压,术后第 20 天突然引流出 7 200 mL 液体,以后 3 d 引流量在 1 930~3 250 mL 之间,腹胀明显减轻。第 25 天时不能经 PEJ 导管注入流汁,拔除导管见导管远端 50 cm 处被食物残渣堵塞,胃镜检查发现 PEG 导管内固定器不在胃腔内,已滑入腹腔。外科会诊后在全麻下手术探查发现原胃造瘘口位于近贲门胃小弯侧,PEG 内固定器位于腹腔内。此时 PEG 导管已相当于腹腔引流管,引流出大量腹水。扩大原有造瘘口,放入新的 PEG 及 PEJ 导管。虽经抗炎、营养支持、人工呼吸机辅助通气等积极抢救,术后 53 d 患者因多脏器功能衰竭死亡。

2 讨 论

PEG 已经广泛应用于那些需要长期肠内营养但不能经口进食的患者,虽然自 1980 年报道以来,与其手术操作相关的并发症比较低^[1],但由于造瘘管内、外固定器间压力过大使内固定器从胃腔向外移行而嵌入到胃壁或腹壁而出现的 BBS 是后期的一种少见但非常严重的并发症,其发生率为 1.6%^[2]。

PEG 的内固定器可以位于胃壁到皮肤沿线的任何部位,主要由于内固定器和外固定器间的压力过大,导致内固定器处的胃溃疡形成。Fouch 等^[3]认为由于胃酸的作用导致内固定器的物理特性的改变也可引起胃壁压力性溃疡,导致内固定器的移位。不能通过 PEG 导管注入流汁、导管周围渗漏以及腹痛是 BBS 最常见的症状。部分患者特别是头外伤的患者,由于感觉受损可以没有症状^[4]。在所有报道的 BBS 病例中,涉及不同的 PEG 装置,提示 PEG 装置本身不能解释此综合征^[5-6],但使用气囊导管的 PEG 装置与其他未使用气囊的 PEG 装置相比没有出现此种综合征的危险^[7]。

即使患者无任何症状,发现移位的内固定器均必须移除,因为它可持续移动进入腹壁引起胃穿孔。腹壁超声或 CT 扫描可发现内固定器的位置,可以通过内镜、外科手术、腹腔镜及其他办法移除 PEG 导管^[8],作者采用手术的方式处理。因为 BBS 会出现严重并发症,如胃穿孔、腹膜炎甚至出现患者死亡,因此必须引起高度重视,每日换药时将 PEG 导管推入 1 cm,并旋转导管,然后固定好外固定器,常规检查腹壁外 PEG 导管的长度,以便早期发现内固定器移位,同时避免过度牵拉 PEG 导管^[4],当有导管周围渗漏、不能经 PEG 导管注入流汁、导管不能被推入及旋转、或出现腹痛时要高度重视有无此综合征发生,需要作相关检查,如内镜、超声或腹部 CT 检查明确。

作者报道的这例 BBS 主要是该患者原有酒精性肝硬化失代偿,加上反复肺部感染引起的低蛋白血症,出现大量腹水导致腹内压不断增高,使内、外固定器间压力加大,导致内固定器在胃内壁反复切割,而作者没有相应调节外固定器的位置,最终内固定器滑入腹腔,PEG 导管成为腹腔引流管,引流出大量腹水。

因此,在 PEG 置入后,必须高度警惕 BBS,同时每次换药时在根据患者腹内压情况调节 PEG 外固定器的位置,尤其是腹内压增高的患者,PEG 导管不可牵拉太紧,以防止此并发症的发生。

参考文献:

- [1] Gaudere MW, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique[J]. J Pediatr Surg, 1980, 15(6): 872-875.
- [2] Venu RP, Brown RD, Pastika BJ, et al. The buried bumper syndrome: a simple management approach in two patients [J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(4): 582-584.
- [3] Fouch PG, Woods CA, Talbert GA, et al. A critical analysis of the Sachs-Vine gastrostomy tube[J]. Am J Gastroenterol, 1988, 83(8): 813-818.
- [4] Ma MM, Semlacher EA, Fedorak RN, et al. The buried gastrostomy bumper syndrome: prevention and endoscopic approaches to removal[J]. Gastrointest Endosc, 1995,

41(5):505-508.

- [5] Gluck M, Levant JA, Drennan F. Retraction of Sacks-Vine gastrostomy tubes into the gastric wall; report of seven cases[J]. *Gastrointest Endosc*, 1988, 34(4):215.
- [6] Shallman RW, Norfleet RG, Hardache JM. Percutaneous endoscopic gastrostomy feeding tube migration and impaction in the abdominal wall[J]. *Gastrointest Endosc*, 1988, 34(4):367-368.

• 短篇及病例报道 •

经股动脉穿刺致腹膜后血肿 2 例临床分析

黄 雄, 江明宏[△], 郭海平, 曹雪滨

(解放军 252 医院心血管内科, 河北保定 071000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.33.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)33-3432-01

经股动脉穿刺(percutaneous coronary intervention, PCI)是心导管介入术最常见的血管入路,但该入路术后发生外周血管并发症仍占一定比例,文献报道为 0.1%~2%^[1]。穿刺血管损伤及其引起继发性改变,若不及时处理,可引起机体器官功能损害,甚至死亡。腹膜后血肿(retroperitoneal hematoma, RPH)是心导管介入术后严重血管并发症之一,若抢救、处理不及时,死亡率较高,现将本院介入术后并发腹膜后血肿 2 例病例情况报道如下。

1 临床资料

病例 1,男,70 岁,患者“因间断性胸骨后闷痛 2 个月”入院。术前检查心、肺未见异常。心电图提示窦性心律 ST-T 改变。入院诊断为:冠心病不稳定型心绞痛。次日从股动脉穿刺一次性进行冠脉介入术,术后第 3 天解除制动后患者因上厕所解大便后出现右侧大腿后部疼痛,触及右足背动脉搏动较弱,急诊行右下肢血管超声动脉未见异常。3 h 后患者诉右下腹痛,出大汗。查体:穿刺部位未见血肿,但触摸右下腹局部较膨隆,压痛明显。查床旁超声显示右下腹混合型包块,边界不清,内大部分为弱强回声,少部分为液性暗区。急查血常规:血红蛋白较入院前下降 3 g/L,血压为 80/50 mm Hg。考虑腹膜后出血,嘱绝对平卧位休息,右下肢制动,限制活动,立即给予吸氧、多巴胺静脉持续泵入,同时大量补液,15 min 后血压逐渐回升至 110/60 mm Hg。继续补充血容量紧急交叉配血,输红细胞 2 U,血浆 200 mL 静脉滴注,患者血压逐步回升,症状缓解。15 d 后患者治愈出院。

病例 2,女,64 岁,主“间断性胸闷、气短、发憋 2 年,加重伴后背疼痛半年”入院。术前查体:心电图及心肺未见异常。入院诊断为:冠心病不稳定型心绞痛。次日在介入室从右侧股动脉穿刺一次性进针,行冠脉介入术。术后 2 h 后因解小便突然发现右下肢穿刺部位肿胀明显,敷料大量渗血,并出现意识模糊,血压下降为 95/60 mm Hg,并给予提前拔除右下肢股动脉鞘管,局部压迫 1 h 后,弹力绷带加压包扎固定,期间复查血常规为 Hb 96 g/L。间隔 4 d 后撤除右下肢弹力绷带后突然右下肢穿刺部位出现肿胀,淤斑范围约为一巴掌大小,急查右下肢动静脉血管未见异常。但查血常规 Hb 65 g/L,血压正常。复查腹部 CT 提示腹膜后血肿。急给予输血,右下肢继续制动。间隔 1 d 复查血常规 Hb 94 g/L。间隔 7 d 后发现右侧臀部可见大面积散在淤斑。生命体征相对稳定,15 d 后出院。

- [7] Schapiro GD, Endmundowisz SA. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy[J]. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 1996, 6(2):409-422.
- [8] Braden B, Brandstaetter M, Caspary WF, et al. Buried bumper syndrome; treatment guided by catheter probe US[J]. *Gastrointest Endosc*, 2003, 57(6):747-751.

(收稿日期:2011-08-24 修回日期:2011-09-22)

2 讨 论

RPH 为 PCI 术后常见严重并发症之一, RPH 因其部位隐蔽,常在出现低血容量休克时才引起重视,故危险性较高^[2]。临床症状常为腰背痛、腹痛、腹胀、恶心、呕吐、血压下降、血红蛋白进行性下降,经 B 超或 CT 检查,腹腔穿刺均可诊断,其一般可能与以下因素有关^[3-5]:(1)穿刺不当,在股动脉局部反复多次穿刺或刺入周围小动脉分支和毛细血管丛,引起局部渗血;(2)穿刺部位在腹股沟韧带以上,造成术后压迫止血困难;(3)穿透动脉后壁,血液沿后壁破口渗出,严重时形成血肿,甚至可上延至腹膜后,引起腹膜后出血或血肿,穿刺点靠近腹股沟韧带是导致腹膜后血肿的形成因素;(4)拔除股动脉鞘管后,压迫止血不当或压迫止血时间过短;(5)肝素用量过大,血液易从动脉鞘周围渗出;(6)术后过早下床活动。

本文 2 例出现腹膜后血肿患者,均是一次性进行经股动脉穿刺介入术,并且在术后 3~4 d 后才发现 RPH,其可能与穿刺部位和肝素用量有关,一般穿刺部位选择在股横纹下 2~3 cm,股动脉搏动的正下方,同时送导丝时动作一定要轻柔,遇到阻力时一定要在 X 线下看清导丝位置及血管走向,必要时更换导丝或改用其他血管途径,不要强行操作。

参考文献:

- [1] 张跃进. 冠状动脉造影和介入治疗并发症的防治//霍勇,马长生,王德. 介入心脏病学论坛(2001)[M]. 北京:中国科学技术出版社,2001:66-67.
- [2] 聂晓敏,周玉杰,谢英,李艳芳. 冠状动脉介入术后腹膜后血肿的危险因素研究[J]. *中国实用内科杂志*, 2006, 26(9):688-690.
- [3] 李占全,金元哲主编. 冠状动脉造影与临床[M]. 2 版. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2007:144-145.
- [4] 曹万才,李丕宝,徐庆国,等. 高龄冠心病经皮冠脉介入治疗并发腹膜后血肿 1 例[J]. *疑难病杂志*, 2008, 7(10):584.
- [5] 张建,华琦. 冠心病基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:66-69.

(收稿日期:2011-02-16 修回日期:2011-08-12)