

急性脾肾梗死伴房颤 1 例并文献复习

周井铎¹, 田康爱¹, 孟震², 吴风云²

(1.天津市武清区中医医院, 天津 301700; 2.天津市武警医院, 天津 301700)

摘要:脾梗死是一种罕见疾病, 发病率目前尚不清楚。急性肾梗死临床少见, 且缺乏特异性的临床表现, 易误诊。两者同时梗死者少见, 我们收治 1 例急性脾肾梗死伴房颤的患者, 给予积极抗凝、缓解血管痉挛、改善微循环、恢复窦律等保守治疗, 效果满意。结合相关文献进行复习, 加强对脾肾梗死的临床、影像的认识, 提高对脾肾梗死的早期认识和治疗。

关键词:脾肾梗死; 房颤; 抗凝

中图分类号: R692.2; R657.6

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2018.15.066

文章编号: 1006-1959(2018)15-0191-02

1 临床资料

患者, 男, 64 岁, 主因腹痛 2 天于 2017 年 3 月 27 日急诊入院。患者于入院前 2 天进食后出现腹部闷痛, 以中上腹为著, 疼痛逐渐加剧, 剧烈时为绞痛, 无肩背部及腹股沟区、会阴区放射痛, 排便 1 次, 为少量墨绿色稀便, 排便后腹痛无缓解, 伴有恶心, 无呕吐。患者就诊于当地医院, 查腹部 CT 未见明显异常, 给予积极对症治疗后未见好转, 转至天津市武警医院。既往: 胃溃疡 20 年。“二尖瓣狭窄、心律不齐” 40 余年。2016 年 7 月因“腰部外伤”卧床休息 1 月余。查体: 腹软, 全腹轻压痛, 以脐上略偏左为重, 无反跳痛, 无肌紧张, 肝肾区无叩痛, 肠鸣音 5 次/min, 双下肢不肿。肛门指诊: 膝胸位, 未触及肿物, 指套无血染。急诊腹部彩超: 肝胆胰脾未见明显异常。入院后查血常规白细胞 $12.05 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 88.3%, 血小板 $320 \times 10^9/L$; D 二聚体 $>0.5 \mu g/ml$, 纤维蛋白原定量 5.33 g/L; 乳酸脱氢酶 431 U/L; 结核菌抗体实验阴性; 尿常规酮体 (+-), 蛋白质 (+-)。心电图未见明显异常; 查心脏彩超静息状态下: 主动脉瓣钙化(退行性心瓣膜病), 三尖瓣中等量反流, 二尖瓣少量反流, 左室舒张功能减低, 整体收缩功能正常。腹部增强 CT 提示: 脾脏及双肾梗死, 以脾脏为重。患者诊断为: 1. 急性脾梗死; 2. 急性双肾梗死。急性脾肾梗死临床少见^[1,2], 目前认为脾梗死, 起病 6 h 内^[3], 可给予尿激酶溶栓治疗; 在肾梗死早期 12 h 内选择性动脉腔内药物溶栓应为首选^[4]。本患者入院时已发病 2 d, 肾梗死灶小, 故未予溶栓治疗。给予低流量吸氧, 监护, 半卧位, 应用盐酸罂粟碱 30 mg 肌肉注射, 8 h 注射 1 次, 以缓解脾动脉、肾动脉痉挛; 舒血宁扩血管, 改善微循环; 以及抗炎、止痛等药物积极对症治疗。患者入院 10 h 下地后腹痛加重,

诉轻度心慌, 心脏听诊: 心律绝对不齐, 心音强弱不等, 心率大于脉率, 查心电图提示房颤, 给予应用盐酸胺碘酮以恢复窦性心律。考虑脾脏及双肾梗死与房颤有关, 给予加用低分子肝素钙 4000 IU, 皮下注射, 12 h/次, 以抗凝。经积极保守治疗 10 d 后, 患者腹部疼痛逐渐消失, 复查腹部增强 CT 提示: 脾脏梗死面积较前未见明显变化, 肾脏梗死面积较前好转。患者住院治疗 16 d 后好转出院, 嘱其继续应用抗凝、抗房颤药物治疗, 定期监测血常规、凝血四项及心电图变化。

2 讨论

临床上急性腹痛行常规检查未明确原因的患者, 应想到血管病变的可能, 及时行腹部增强 CT、CTA 及相关血管造影检查, 以免漏诊、误诊^[5]。脾梗死是脾动脉或其分支阻塞导致的相应部位的脾脏坏死, 脾梗死的出现有其局部解剖学基础和脾内动脉分支特点^[6]: ①脾动脉分支是没有交通的终末动脉, 易发生栓塞, 现已达成共识; ②脾动脉作为一支终末动脉, 受血流影响, 随年龄增长, 弯曲逐渐形成, 使血流速度减慢, 成为血栓形成的一个重要因素。脾梗死常是潜在疾病的并发症, 应进一步探查病因, 积极治疗原发疾病^[7]。脾动脉发生栓塞的主要原因是各种导致血流缓慢, 血液处于高凝状态, 造成组织细胞缺氧, 有利于血栓形成^[8]。脾梗死与血栓性疾病、心脏大血管疾病、某些血液系统良恶性疾病、恶性肿瘤、长期卧床及手术、外伤等有密切关系^[1,3]。脾梗死的诊断依赖于腹部增强 CT 及脾动脉造影, 目前认为脾梗死主张保守治疗, 脾梗死的手术适应证为^[9]: 腹痛剧烈、脾梗死反复发作并发脾脓肿; 梗死面积较大, 并发脾内大血肿应尽早行脾切除术。小面积脾梗死一般不需特殊治疗, 但应处理原发病。

急性肾梗死是肾动脉主干或其分支的急性栓塞而使肾组织缺血坏死, 导致肾功能急性受损的一种

作者简介: 周井铎(1982.8-), 男, 山东信阳县人, 硕士, 主治医师, 研究方向: 脑出血外科治疗

疾病。肾梗死的临床症状与梗死灶大小有关,梗死灶大时症状典型,而梗死灶小时症状轻微,甚至无明显临床症状^[6]。本患者就无明显的临床症状。肾梗死的特点为^[2,6]:①持续不缓解的腰部或上腹部疼痛和影像检查无结石影。②血清 LDH 对组织损伤和细胞坏死敏感性较高,肾梗死后 24 h 血清 LDH 均可不同程度升高,约持续 2 周。③大多数肾梗死为单侧,双侧同时发生肾梗死者极少,缺乏特异性症状和体征。④发病 1 周内血压升高,常持续 2~3 周,原因为肾梗死后肾素释放增加。增强 CT 对早期诊断有重要的意义,肾动脉造影为诊断的金标准。肾梗死的治疗主要为:溶栓、抗凝,必要时手术治疗,当患者为双肾梗死、孤立性肾梗死或药物治疗数周后血栓仍未溶解时,可考虑手术治疗。肾功能恢复与栓塞的时间成反比,一般肾缺血耐受时间为 60~90 min。肾梗死急性期尤其是 3 h 内溶栓,效果好。

房颤时心房失去收缩力、血流淤滞,心房进行性扩张、内皮裸露,心房局部血液成分及炎症和生长因子发生异常改变,从而导致左心房血栓形成,左心房血栓脱落后伴随动脉血流进一步导致内脏梗死。本患者脾肾梗死原因即为房颤所致。

本例患者救治成功的经验为:以腹痛入院的患者,若腹部症状与查体不符,尤其既往存在心律不

齐,入院时腹部 CT 无明显异常的患者,应尽早行腹部增强 CT,必要时行腹部 CTA 或者相应的血管造影检查,以除外腹部实质脏器及空腔脏器缺血性疾病的可能。本患者入院后即刻行腹部增强 CT 诊断为急性脾梗死及急性双肾梗死。本患者住院期间突发房颤,考虑急性脾肾梗死为栓子脱落所致,给予及时应用抗凝、纠正房颤药物治疗,取得了良好的治疗效果。因此,对于脾、肾梗死,尤其多脏器梗死,应考虑房颤导致的栓塞并发症,即使入院时心电图或者动态心电图正常的患者,也不应排除房颤的可能。

参考文献:

- [1] 蔺晨,徐协群,何小东,等.脾梗死 21 例临床分析[J].中国医学科学院学报,2014,36(3):321-323.
- [2] 刘佃成,于江,马强,等.急性肾梗死 3 例临床诊治分析[J].山东医药,2015,55(29):108-109.
- [3] 夏绍友,李荣,李晨,等.脾梗死的基础解剖与临床研究[J].中国肝胆外科杂志,2013,19(10):738-741.
- [4] 王玉兰,范西真.以上腹痛为首发的脾梗死 1 例[J].临床荟萃,2014,29(2):209-210.
- [5] 刘志毅,李丹,金虎,等.自发性急性完全性脾梗死 1 例[J].中华普通外科杂志,2015,30(11):919.
- [6] 邱志磊,白鑫,祝海,等.急性局灶性肾梗死诊疗分析[J].中华泌尿外科杂志,2010,31(11):758-760.

收稿日期:2018-4-2;修回日期:2018-4-12

编辑/钱洪飞