

盆腔占位无痛肠镜检查并发肺栓塞一例

陈海波, 张文琪, 张毓洁, 蒋柯*

贵州医科大学附属医院麻醉科 贵州贵阳

【摘要】临床上, 盆腔占位患者行无痛肠镜检查术后并发急性肺栓塞的病例及其少见。本病例患者就诊时, 直肠指检触及一质软包块, 为明确包块情况, 行无痛肠镜检查, 术后发生心跳骤停, 肺动脉造影示肺主动脉干及其分支多发充盈缺损, 确诊肺动脉栓塞。在右肺动脉开口置入导管进行局部溶栓治疗, 患者安全转综合 ICU 进一步治疗。该病例提醒我们对盆腔占位患者, 要重视血栓形成三大危险因素中的血流瘀滞, 警惕这类患者无痛肠镜检查围术期发生肺栓塞的风险, 尤其是曾有下肢静脉血栓史的。盆腔占位患者行无痛肠镜前要围绕病灶进行有针对性的检查, 提防肺栓塞的发生。

【关键词】盆腔占位; 无痛肠镜; 肺栓塞; 静脉血栓栓塞症

Painless colonoscopy of pelvic mass complicated with pulmonary embolism: a case report

Haibo Chen, Wenqi Zhang, Yujie Zhang, Ke Jiang

Department of Anesthesiology, Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang, Guizhou, China

【Abstract】 Clinically, the cases of acute pulmonary embolism after painless colonoscopy in pelvic space occupying patients are rare. In this case, a soft mass was touched by digital rectal examination. In order to clarify the mass, painless enteroscopy was performed. Cardiac arrest occurred after operation. Pulmonary arteriography showed multiple filling defects in the pulmonary aortic trunk and its branches, and pulmonary embolism was confirmed. Catheters were placed at the opening of the right pulmonary artery for local thrombolysis, and the patient was safely transferred to comprehensive ICU for further treatment. This case reminds us that for patients with pelvic space occupying lesions, we should pay attention to blood stasis among the three risk factors of thrombosis, and be alert to the risk of pulmonary embolism during painless enteroscopy, especially those who have a history of lower extremity venous thrombosis. Before painless enteroscopy, pelvic space occupying patients should have targeted examination around the focus to prevent the occurrence of pulmonary embolism.

【 Keywords 】 Pelvic Space Occupying; Painless Enteroscopy; Pulmonary Embolism; Venous Thromboembolism

前言

肺栓塞是以各种栓子阻塞肺动脉或其分支为其发病原因的一组疾病或临床综合征的总称, 肺栓塞发病率及致死率高, 已构成世界性重要医疗保健问题。无痛内镜诊疗发生肺栓塞相关病例并不多见, 多数集中在胃镜下血管栓塞治疗胃静脉曲张出血的术后并发症^[1]。目前对于内镜检查发生肺栓塞, 国内更是少有报道^[2]。本文对一例盆腔占位无痛肠镜

检查并发肺栓塞的临床资料进行总结分析, 并结合文献探讨盆腔占位并静脉血栓栓塞症(VTE)的临床表现与诊断, 盆腔占位患者无痛肠镜检查风险及麻醉术前评估要点等, 旨在提高临床医务工作者对盆腔占位无痛肠镜检查并发肺栓塞的警惕。

1 病例报告

患者男, 36 岁, 身高 165cm, 体重 72kg, 主诉排尿困难 10+天, 患者于 10+天前无明显诱因出现

*通讯作者: 蒋柯

排尿困难, 伴尿频尿急小便成点滴状, 下腹部疼痛进行性加重, 无畏寒发热等不适, 就诊织金县人民医院, 泌尿系 CT 平扫提示前列腺密度影, 疑前列腺炎伴脓肿形成, 口服药物治疗(具体不详)效果欠佳, 盆腔 MRI 平扫加增强提示前列腺感染性病变并内散在出血可能性大, 局部伴脓肿形成可能, 排除穿刺禁忌后于 2022-2-7 局麻 B 超引导下经腹壁下前列腺穿刺引流术, 术后未见明显脓性液体引出, 给予对症抗感染等治疗, 期间患者出现右下肢水肿, 给予消肿(具体不详)后复查右下肢血管超声未见明显异常。8 天前就诊我院, 以盆腔占位收入院进一步完善检查, 2022-2-14 患者拟行无痛肠镜检查, 患者入室生命体征平稳, 术中生命体征平稳, 检查结束后返麻醉恢复室继续复苏, 患者醒后自诉剑突处疼痛, 随后出现大汗、呼吸困难、胸痛及背部痛, 心电图示完全性右束支传导阻滞, ST 段改变, II III aVF V5-V6 导联压低, 考虑心肌梗死或肺栓塞可能, 立即给予生命体征监护、面罩吸氧、气管插管并建立多个静脉中心通道, 10 分钟后脉搏微弱, 立即以心肺复苏、持续给予血管活性药物治疗, 床旁心脏超声示急性右心室扩张, 室间隔呈 D 字征, 结合病史, 考虑大面积肺栓塞可能。多学科建立联合会诊, 建立 ECMO 和中心静脉通道, 急查 DIC 全套: 活化部分凝血活酶时间 167.5 秒, 凝血酶时间大于 240 秒, D-二聚体 $11.97\mu\text{g/mL}$, 纤维蛋白降解物 $44.46\mu\text{g/mL}$, 疑肺血栓栓塞。为明确诊断, 2-14 在我院介入科行肺动脉造影术, 示右肺主动脉干及其分支多发充盈缺损, 确诊肺动脉栓塞(见图 1)。确诊后在右肺动脉开口置入导管进行局部溶栓治疗, 患者安全转综合 ICU 进一步治疗。入 ICU 三天后, 患者恢复意识, 并可遵嘱活动, 急性扩张右心室基本恢复正常形态, 复查 CTA 示右下肺动脉开通, 右上肺动脉仍有充盈缺损, 继续进一步治疗(见图 2、3)。

既往史, 阑尾切除术后 16 年, 2022-2-7 局麻下行经腹壁下前列腺穿刺引流术。个人史无特殊。入院体温 36.5 摄氏度, 脉搏 67 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 $133/92$ mmHg。双肺语颤无异常, 听诊双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音。心前区无异常隆起, 无抬举性心尖搏动, 叩诊心界不大, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦, 全腹未

扪及包块, 听诊肠鸣音正常。双侧腹股沟区可扪及多发肿大淋巴结, 最大一枚 $2\text{cm}\times 1\text{cm}$, 活动度差。直肠指检, 胸膝位 6 点钟方向可触及一质软包块, 表面光滑无结节, 无压痛, 包块左右界及上界无法触及, 退出后指套无血染, 尿道外口无血脓性分泌物, 盆腔穿刺引流管见少量暗红色血性液体引出, 双下肢未见明显水肿。辅助检查: 2022-2-1 织金县人民医院泌尿系 CT 平扫: 前列腺密度影, 疑前列腺炎伴脓肿形成, 2022-2-5, 盆腔 MRI 平扫+增强: 前列腺感染性病变并内散在出血可能性大, 局部伴脓肿形成可能, 2022-2-12 本院腹部 CT 平扫: 前列腺区混杂密度团块影, 最大层面约 $83\times 70\text{mm}$, 邻近膀胱后壁增厚、毛糙, 盆腔内多发淋巴结。2-12 双下肢血管 B 超: 双下肢动脉未见明显异常, 双侧下肢深静脉及大、小隐静脉血流通畅。实验室检查: 尿液检查红细胞, 白细胞偏高, 凝血全套仅纤维蛋白原 4.53g/L 偏高。



图 1 溶栓前



图 2 溶栓后

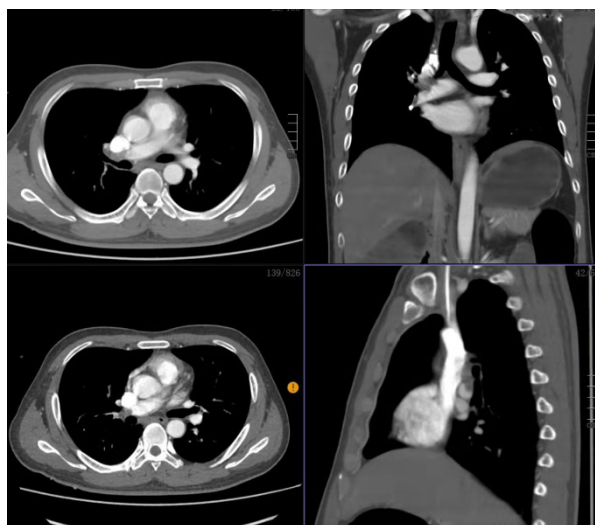


图3 CTA 示右下肺动脉开通, 右上肺动脉仍有充盈缺损

2 病例讨论

2.1 盆腔占位并静脉血栓栓塞症 (VTE) 的临床表现与诊断

静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成(DVT)与肺血栓栓塞症(PTE)。DVT 常表现为肢体肿胀疼痛、浅静脉曲张等, 临床上首选下肢血管超声来诊断 DVT, 超声表现为受累及的静脉在彩超检查下具有不能被压陷或管腔内无血流信号等特征; 肺动脉 CTA 造影能够确诊 PTE, 表现为肺动脉内充盈缺损、远端血管不显影等; 肺动脉造影是诊断 PTE 的金标准, 表现为肺动脉内造影剂充盈缺损。本例患者入院前有典型的 VTE 相关症状即右下肢肿胀史, 但 2-12 腹部 CT 平扫未显示异常, 下肢血管超声阴性。2-25 日, 患者发生肺栓塞后 11 天, 复查下肢血管超声依旧阴性, 髂静脉彩色多普勒检查却显示右侧髂静脉血栓形成。这一矛盾的结果提示我们下肢血管超声阴性不代表体内无血栓形成。有文章指出下肢超声在诊断当前无症状的血栓患者敏感性在 50% 左右^[3], 其中一个重要原因便是下肢超声有部位的局限性。下肢超声大部分仅针对下肢动静脉, 并未涉及到其他部位血管的检查。故容易造成血栓检查的遗漏。

静脉血流滞缓、静脉壁损伤和血液高凝状态, 是静脉血栓形成的三大高危因素。刘铨等的研究更是表明, 盆腔部位的包块疾病, 可通过压迫盆腔静脉导致血流瘀滞, 进而形成血栓^[4]。然而临床上对三要素里的关注点多是后两者, 对压迫导致血流滞缓警惕性不高。本病例凝血指标多无异常, 相关部

位无明确损伤因素, 本患者影像学提示, 包块在前列腺所在区域, 从解剖学位置上来说, 前列腺区域离髂静脉距离较近, 该区域大包块有极大机率压迫静脉导致血流瘀滞进而形成血栓。这提示我们要重视占位性病变带来的静脉血流滞缓进而生成血栓的风险(见图 4)。王志红等的研究表明, 肢体运动可加速全身血液流动, 预防血流缓慢引起的静脉血栓^[5], 这从侧面说明了血液流速是导致血栓的重要因素之一, 理应得到重视。

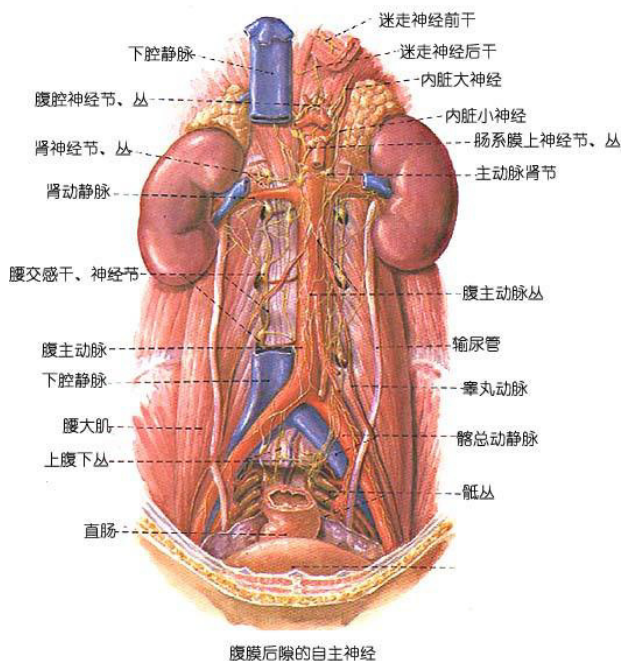


图4 盆腔解剖结构及胸腹 CT 可见盆腔占位包块

对于盆腔占位的患者, 因对占位部位的血管进行超声检查, 如条件允许, 可行胸腹部 CT 检查等, 重点关注占位对周围组织血管的影响, 是否存在压

迫导致血液瘀滞的情况。在占位未解除前, 即使下肢超声阴性, 经过溶栓治疗, 由于血液瘀滞, 也不能排除其占位处因压迫复发血栓形成或未彻底溶解血栓跑到其余部位。

2.2 下肢深静脉血栓形成 (DVT) 溶栓与复发栓塞

下肢深静脉血栓形成 (DVT) 能导致致命性的肺动脉栓塞, 故发现 DVT 时, 应及早治疗。急性期治疗主要包括非手术治疗和手术治疗两种方法。非手术治疗包括, 物理方法: 卧床休息, 抬高患肢。药物方法: 常用的溶栓药物有尿激酶、链激酶。手术治疗包括: 介入治疗, 静脉腔内机械性血栓消融术, 血栓负压抽吸术和球囊扩张及支架成型术等^[6]。尽管患者溶栓治疗过程不详, 但结合本病例患者治疗经过不难得出其使用的是药物溶栓。杨志义等的研究指出短抗凝持续时间与 PE 复发相关^[7]。本例患者右下肢肿胀后虽然进行相应治疗, 但治疗持续时间短, 仅有 8 天, 并且这 8 天患者的治疗依从性如何不得而知, 很难保证溶栓的效果。此外有研究发现, 右下肢深静脉血栓形成患者出现症状性肺栓塞的风险更高^[8]。因而对于溶栓时间短的患者, 一定得明确溶栓治疗经过及溶栓效果, 防止复发栓塞。

2.3 盆腔占位患者无痛肠镜检查及麻醉风险

无痛肠镜作为可视化的操作技术, 能够为医生带来明确的诊断依据。明确盆腔占位, 腹部包块的情况, 无痛肠镜检查提供了最直接的证据, 成为了无痛肠镜检查的适应症^[9]。然而, 下腹部包块位置, 大小对血管造成压迫, 压迫时间的长短等, 都有极大机率形成静脉血栓。此外, 麻醉药物的使用, 导致动脉扩张、周围血管阻力下降、血液瘀滞在周围血管、回心血量降低^[10], 都间接利于血栓形成。同时血栓患者最忌讳体动, 无痛肠镜检查打气打水, 镜子的进出, 患者体位的变动, 压腹操作等, 都有极大可能造成体内血栓的脱落。故在无痛肠镜检查前, 麻醉医生要进行完善的术前评估, 明确是否有静脉栓塞史, 是否有完善的血栓治疗, 同时借助辅助检查对包块大小, 位置, 形成时间等进行判断, 不能盲目根据适应症进行相关的麻醉及操作。

2.4 手术室外麻醉风险与挑战

无痛内镜检查麻醉作为手术室外麻醉之一, 与手术室麻醉有巨大的不同, 麻醉前评估不完善, 病

情了解不详细, 麻醉恢复室简陋, 急救药品器材不全存在隐患等都为手术室外麻醉带来巨大风险与挑战^[11]。本例患者在下级医院治疗静脉栓塞过程, 使用药物, 及效果资料缺失, 复查相关报告未能揭示血栓存在, 给麻醉医生预警围术期不良事件发生带来巨大困难。这一切更对我们的手术室外麻醉安全评估提出了更高要求。

3 结论

综上所述, 盆腔占位患者行无痛肠镜检查麻醉前, 一定得对病灶区进行针对性的血管超声检查, 而非单纯的下肢血管超声检查, 如条件允许, 尽量完善胸腹部 CT 检查等, 重点关注占位对周围组织血管的影响, 是否存在压迫导致血液瘀滞的情况, 明确占位与周围组织关系, 近期是否有栓塞发生等, 对近期存在下肢血栓症状且治疗过程不明确的, 必须完善相关实验室检查, 完善患者病史和治疗史等, 才能更好地预防急性肺栓塞的发生。

参考文献

- [1] 郭先文, 梁运啸, 张国. 内镜下血管栓塞治疗胃静脉曲张出血的研究进展[J]. 微创医学, 2021, 16(04): 443-448
- [2] 刘爱群, 葛莲英, 韦宗萍. 胃镜检查过程中急性肺栓塞猝死 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(22): 5524
- [3] 杨进刚. 美国医师学会静脉血栓栓塞性疾病诊疗指南解读[J]. 心血管病学进展, 2007, 28(2): 193-194
- [4] 刘铖, 李鼎锋, 郭钧, 等. 表现为下肢深静脉血栓的盆腔肿瘤四例报告[J]. 中国骨与关节杂志, 2015, 4(06)
- [5] 王志红. 握拳旋腕运动预防淋巴瘤 PICC 置管上肢深静脉血栓的护理效果[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(4)
- [6] 勇俊, 王涛, 杨牟. 急性下肢深静脉血栓形成的治疗进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(46): 143
- [7] 杨志义, 海冰. 肺栓塞复发相关影响因素研究进展[J]. 临床肺科杂志, 2021, 26(6): 958-962
- [8] Jiaxuan Hou, Weiyi Wang, Hui Cai, et al. Patients With Right Lower Extremity Deep Vein Thrombosis Have a Higher Risk of Symptomatic Pulmonary Embolism: A Retrospective Study of 1585 Patients[J]. Ann Vasc Surg, 2022, 4(81): 240-248
- [9] 陈保伶. 针刺抑制肠痉挛蠕动在无痛结肠镜诊治中的应

用研究.广东省,广州中医药大学

[10] 于时魁.全膝关节置换术后下肢深静脉血栓发生的危险因素[J].中国矫形外科杂志, 2018,26(08)

[11] 吴江伟.门诊无痛胃肠镜麻醉的风险及对策[J].实用医药杂志, 2021,38(07)

收稿日期: 2022年3月16日

出刊日期: 2022年4月24日

引用本文: 陈海波, 张文琪, 张毓洁, 蒋柯, 盆腔占位无痛肠镜检查并发肺栓塞一例[J]. 国际临床研究杂志, 2022, 6(2): 44-48.

DOI: 10.12208/j.ijcr.20220053

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS