

# 1 例以下消化道出血(LGIB)为表现的阑尾出血

黎 健 张晓红 贝颂华 冯 莉<sup>△</sup>

(复旦大学附属中山医院闵行分院内镜中心 上海 201100)

**【摘要】** 下消化道出血(lower gastrointestinal bleeding, LGIB)是发生在 Treitz 韧带以下的消化道出血,可发生于小肠、结肠、直肠及肛管等部位,发生原因多样,但阑尾出血在临床上较为罕见。本文报道 1 例以 LGIB 为表现入院的阑尾出血患者,并结合内镜下诊断、治疗和相关文献分析阑尾出血诊治过程的难点和要点。

**【关键词】** 下消化道出血(LGIB); 阑尾出血; 内镜治疗

**【中图分类号】** R572.2 **【文献标识码】** B **doi:** 10.3969/j.issn.1672-8467.2019.06.021

## Appendiceal bleeding: an unusual case of lower gastrointestinal bleeding (LGIB)

LI Jian, ZHANG Xiao-hong, BEI Song-hua, FENG Li<sup>△</sup>

(Endoscopy Center, Minhang Branch of Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 201100, China)

**【Abstract】** Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) refers to hemorrhage into the gastrointestinal tract distal to the ligament of Treitz, including the small bowels, colon, rectum and anal canal. There are various kind of diseases lead to LGIB. However, the bleeding of appendix is a rare condition in clinical settings. This article reports a case that hospitalized with LGIB, later diagnosed with appendiceal hemorrhage under colonoscopy. We further discuss the difficulties and key points of diagnosis and treatment of appendiceal bleeding based on endoscopic data and related literatures.

**【Key words】** lower gastrointestinal bleeding (LGIB); appendiceal bleeding; endoscopic treatment

\* This work was supported by the Project of Discipline Construction in Minhang District of Shanghai (2017MWDK03).

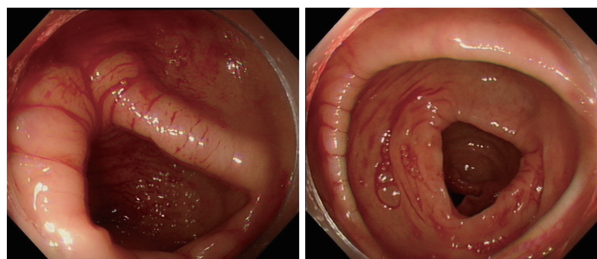
消化道出血(gastrointestinal bleeding, GIB)从解剖学上以 Treitz 韧带为界分为上消化道出血(upper GIB, UGIB)和下消化道出血(lower GIB, LGIB)<sup>[1]</sup>。UGIB 包括食管、胃、十二指肠或胰胆等病变引起的出血和胃空肠吻合术后空肠病变出血。LGIB 包括小肠、结肠、直肠和肛管等部位发生的出血。急性 LGIB 是临床常见急症,占 GIB 的 15%<sup>[2]</sup>,其总体死亡率为 2.4%~3.9%。引起急性 LGIB 的常见病因有憩室、痔疮、缺血性结肠炎、肿瘤和息肉切除术后出血等<sup>[3]</sup>。

GIB 通常表现为呕血,黑便和便血<sup>[4]</sup>。UGIB 患者中有 40%~50%表现为呕血,90%~98%的患者表现黑便或便血(尤其在活动性大出血时);LGIB 患者通常表现为便血,但右侧结肠出血或小肠出血时也可表现为黑便<sup>[5]</sup>。因此,仅通过症状并不能区分 UGIB 和 LGIB。相比 UGIB,急性 LGIB 的诊断和治疗更具难度和挑战,如何在肠镜下快速确定出血部位并进行内镜下治疗是处理这类患者的重点<sup>[6]</sup>。内镜下治疗 LGIB 的方法包括注射肾上腺素、使用夹子装置夹闭出血部位、氩离子凝固术

(argon plasma coagulation, APC)、内镜下套扎、喷洒止血粉等<sup>[7]</sup>。在复杂情况下,也可多种方法联合应用以达到止血的目的。引起 LGIB 的病因多种多样,但因阑尾疾病所致的 LGIB 的报道较少,本文报道复旦大学附属中山医院闵行分院内镜中心收治的 1 例以 LGIB 为表现的阑尾出血病例。

**病例资料** 男性,62 岁,因“便血 1 天,伴头晕”于 2018 年 1 月底入院。入院前一天无明显诱因下出现便血,为暗红色,可见血凝块,总量约 200 g,伴头晕,无心悸、胸闷、胸痛,无晕厥、冷汗,无腹痛、腹胀,无畏寒、发热等不适;遂至肛肠科就诊,除外痔疮可能后,拟“消化道出血”收住入院。既往体健,否认肝炎、结核病史;Ⅱ型糖尿病病史 3 年,平时规律使用药物治疗,病情控制良好;高血压病史 10 年,平时规律服用降压药治疗,病情控制良好。入院时体格检查:体温 36.6℃,脉搏 100 次/min,呼吸 20 次/min,血压 120/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),轻度贫血貌,肠鸣音活跃;营养中等,浅表淋巴结不大;心肺腹部查体未见异常。

**诊疗经过及预后** 入院后完善相关检查,粪便隐血试验阳性(++++) ,红细胞  $120 \times 10^9/L$ ,血液阳性(++++) ,葡萄糖 13.4 mmol/L;活化部分凝血活酶时间 19.9 s。肿瘤指标:CA199 55.00 U/mL,癌胚抗原 3.72 ng/mL;血常规:红细胞压积 36.2%,血小板  $256 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞 19.8%,中性粒细胞 76.9%,血红蛋白 121 g/L,生化:葡萄糖(急诊) 18.5 mmol/L;急诊胃镜示慢性浅表性胃炎,未见明显出血病灶;急诊肠镜下见肠腔有较多血性液体,以升结肠和回盲部较明显,回肠末段见新鲜血迹(图 1),用水冲洗后见回肠末段黏膜光滑,未见血性液体自肠腔近端流出。反复观察见阑尾开口处持续有新鲜血液渗出,予以内镜下喷洒凝血酶,出血情况仍无停止迹象(图 2~3)。内镜诊断:阑尾开口处出血。普外科会诊后建议手术治疗,全麻行腹腔镜下阑尾切除术,腹腔镜探查可见腹腔干净无渗血,予阑尾切除。手术顺利,术中肠镜见阑尾腔夹闭良好,无活动性出血。术后病理示:急性阑尾炎伴局部溃疡形成,黏膜下层见厚壁血管,管壁组织变性伴充血水肿,浆膜面局部见急慢性炎细胞反应。术后复查血常规及凝血功能均未见明显异常,予抗炎、补液对症支持治疗,病情稳定,恢复良好,于 2018 年 2 月初痊愈出院。随访 3 个月,患者一般情况良好,未诉呕血黑便,无明显不适。



Fresh bloodstain, mainly on ascending colon (A) and ileocecal junction (B) was observed in the intestine by colonoscopy.

图 1 患者急诊肠镜检查

Fig 1 Emergency endoscopy of the patient

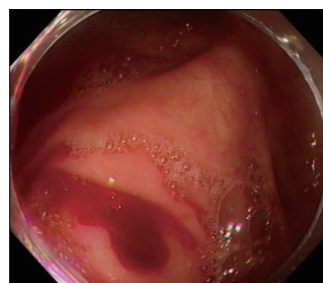


图 2 肠镜下见血液从阑尾口处流出

Fig 2 Blood flowed from the appendix detected under colonoscopy

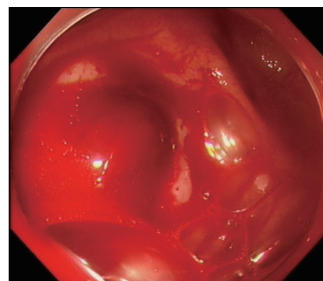


图 3 经水冲洗后仍见活动性出血

Fig 3 Active bleeding still remains in the bleeding site after water injection

**讨论** LGIB 是指发生在十二指肠空肠移行处屈氏韧带(Treitz 韧带)以下的消化道出血,可发生于小肠、结肠、直肠及肛管等部位,急性 LGIB 是临床常见急症之一,占急性 GIB 的 15%<sup>[2]</sup>。常见原因:(1)肿瘤性:如结直肠癌,小肠癌,小肠间质瘤,息肉(绒毛管状腺瘤、家族性息肉病、Peutz-Jeghers 病)。(2)血管性:如肠道血管畸形、Dieulafoy 病、动脉瘤、遗传性毛细血管扩张症、肠系膜血管栓塞、痔疮。(3)炎症性:如溃疡性结肠炎、克罗恩病、感染性肠炎、放射性肠炎、出血坏死性肠炎。(4)机械性疾病:如肠扭转、肠套叠。(5)先天性疾病:如 Meckel

憩室、肠重复畸形。(6)全身性疾病:如血液病、尿毒症、出血热、钩虫病<sup>[8]</sup>。LGIB 的病因以肿瘤和炎症性肠病多见,阑尾开口处出血极为罕见,是导致 LGIB 的特殊原因,多数出血由阑尾血管畸形引起<sup>[9-10]</sup>。国外文献报道 1 例回盲部阑尾活动性出血,因患者自身情况所限,不适宜手术治疗,而采用止血喷雾成功控制出血<sup>[11]</sup>。国内 1 例反复阑尾开口出血病例则通过内镜利用静脉套扎器对出血部位进行套扎治疗,成功止血。值得注意的是,阑尾口在封闭后,由于阑尾具有分泌功能,内口闭合后有发生急性阑尾炎的风险,在后续治疗中可静脉应用生长抑素,以降低发生阑尾炎的风险<sup>[12]</sup>。

我们的体会是:对于 LGIB 患者,首先要详细询问病史,排除痔疮可能,还需排除 UGIB 可能;对于 GIB 患者,尽早建立静脉通道,密切监测患者生命体征。目前急性 LGIB 的确诊方法有肠镜检查、放射性核素扫描、CT 血管造影和肠系膜血管造影<sup>[5]</sup>。入院 24 h 内行肠镜检查以确定急性 LGIB 原因、部位是可行且有效的<sup>[8]</sup>。肠镜检查不仅具有直观的优点,还可内镜下止血,操作简便,常作为 LGIB 的首选辅助检查,操作内镜寻找病灶时需谨慎,避免遗漏病灶,有新鲜血迹的部位可反复清水冲洗并观察。

在进行肠镜检查之前,肠道准备是不容忽视的问题。美国胃肠病学院(ACG)关于急性 GIB 的临床指南指出:良好的肠道准备与肠镜检查质量、发现并治疗病变和防止高风险病变(如憩室出血、血管增生性出血)再出血密切相关<sup>[5]</sup>。肠道准备是否充分、镜下视野暴露是否清楚是发现和处理一切病变的基础,目前临床上对急性 GIB 时的肠道准备尚缺乏指南或共识意见。针对这一问题,可从循证医学角度进一步找到高质量证据。我们的经验是:对于出血量不大、血液动力学稳定的患者,可以在应用止血药物前提下经鼻胃管或口服泻药进行肠道准备;对于出血量较大、血液动力学不稳定的患者,由于肠腔中血液本身具有导泻作用,加上患者情况危急,可不做肠道准备直接进行肠镜检查。使用配备副送水功能的肠镜,一边冲洗一边观察,有助于发现和处理病变部位。本例患者属前者,在使用止血药物的前提下,肠镜检查前 3 h 经鼻胃管输注 4 L 冲泡后的复方聚乙二醇电解质散进行快速肠道准备,同时使用配备副送水功能的肠镜进行诊断和治疗。对于阑尾疾病所致 LGIB,可尝试喷洒凝血酶或使用夹子装置、套

扎器等器械,如果止血效果不确切,应及时转外科行手术处理,并于术中行结肠镜检查,指导之后的手术操作和治疗,以提高手术治疗针对性,最终提高治愈率。

综上,阑尾出血所致的 LGIB 在临床上较罕见,在明确出血病因和鉴别诊断的同时,还应考虑到阑尾出血的可能。

## 参 考 文 献

- [1] AOKI T, HIRATA Y, YAMADA A, et al. Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding[J]. *World J Gastroenterol*, 2019, 25(1): 69-84.
- [2] ROSHAN AI, SADR MS, STRATE LL, et al. The role of early colonoscopy in patients presenting with acute lower gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis[J]. *Therap Adv Gastroenterol*, 2018, 11: 1756283-18757184.
- [3] SPEIR EJ, ERMENTROUT RM, MARTIN JG. Management of acute lower gastrointestinal bleeding[J]. *Tech Vasc Interv Radiol*, 2017, 20(4): 258-262.
- [4] JUNG K, MOON W. Role of endoscopy in acute gastrointestinal bleeding in real clinical practice: An evidence-based review[J]. *World J Gastrointest Endosc*, 2019, 11(2): 68-83.
- [5] STRATE LL, GRALNEK IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding[J]. *Am J Gastroenterol*, 2016, 111(5): 755.
- [6] OAKLAND K, GUY R, UBEROI R, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit[J]. *Gut*, 2018, 67(4): 654-662.
- [7] OAKLAND K, CHADWICK G, EAST JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology[J]. *Gut*, 2019, 68(5): 776-789.
- [8] 崔萌倩. 下消化道出血的病因分析及其急性大出血的诊疗策略[D]. 山东大学, 2016.
- [9] MAGAZ MM, MARTIN LJ, DE LA REVILLA NJ, et al. Appendicular bleeding: an excepcional cause of lower hemorrhage[J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2016, 108(7): 437-439.
- [10] KONNO Y, FUJIYA M, TANAKA K, et al. A therapeutic barium enema is a practical option to control bleeding from the appendix[J]. *BMC Gastroenterol*, 2013, 13: 152.
- [11] RODRIGUES J, CARMO J, CARVALHO L, et al. Endoscopic therapy of appendicular bleeding complicated by shock[J]. *Endoscopy*, 2017, 49(S 01): E90-E91.
- [12] 顾红祥, 黄颖, 邢同印, 等. 反复阑尾开口出血内镜下套扎止血 1 例[J]. *中华胃肠内镜电子杂志*, 2016(4): 187-188.

(收稿日期: 2019-01-04; 编辑: 段佳)