

· 病例报道 ·

超声内镜引导下细针穿刺活检确诊鱼刺穿破贲门致
肝胃间隙脓肿一例

余琴 张敏 王玲 陈斌 程斌

患者女, 50 岁。因“反复中上腹疼痛 4 d”入院。患者 4 d 前无明显诱因出现中上腹疼痛, 活动后加重, 无发热、腹泻、黑便、呼吸困难等, 门诊行心电图无异常, 以“腹痛待查”收入。既往无殊。体格检查: 体温 36.0℃ 脉搏 112 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 120/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 心肺查体无异常。腹软, 剑突下压痛, 无反跳痛, Murphy 征(-)。入院查血常规白细胞 $15.52 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 86.4%, 超敏 C 反应蛋白 244.9 mg/L, 血沉 58 mm/h, 肝肾功能、胰腺功能无异常, 高敏心肌钙蛋白 I 2.1 pg/mL (≤ 15.6)。心脏及大血管彩超提示腹主动脉、下腔静脉及髂动静脉走行规则, 管壁光滑, 管腔无狭窄及扩张, 未见异常回声。左心收缩功能测定: 左室射血分数 (EF) 64%。腹部超声提示脂肪肝。胸片提示左侧胸腔积液, 胸部 CT 示左肺舌叶、右肺中叶、双肺下叶条片影, 考虑感染, 纵隔淋巴结增多肿大, 双侧少量胸腔积液, 食管下段管壁增厚。腹部正位片未见异常。腹部 CT 增强提示贲门及胃底壁增厚, 局部见肿块, 周围可见多发小淋巴结, 考虑肿瘤性病变; 腹膜后淋巴结增多, 双侧胸腔少量积液伴双下肺

膨胀不良。胃镜贲门黏膜未见明显异常。因 CT 提示贲门及胃底局部肿块, 行 EUS-FNA 抽出脓性分泌物, 分泌液常规: 淡红色, 混浊, 红细胞计数 $6400 \times 10^6/L$, 有核细胞数 $2200 \times 10^6/L$, 嗜中性粒细胞 83%, 淋巴细胞 5%, 巨噬细胞 12%, 抽出液肿瘤标记无异常, 刷片细胞学提示见坏死物、大量中性粒细胞, 可见吞噬细胞, 考虑为脓肿可能性大 (图 1)。

入院后首先排除主动脉夹层、急性心肌梗死、消化道急性穿孔等危急重症。EUS-FNA 穿刺出脓性分泌物后反复追问患者病史, 患者诉一周前曾进食鱼, 但无明显鱼刺卡喉病史; 再次将腹部 CT 行冠状位重建并请放射科重新阅片, 发现贲门及胃底壁增厚, 局部见厚壁囊性占位及一条状高密度影, 考虑贲门胃底脓肿可能, 条状高密度影多考虑为异物, 进入消化道外; 右侧膈肌角感染性病变, 盆腔少量积液; 腹膜后淋巴结增多 (图 2)。请外科会诊后转入外科, 于全麻下行腹腔镜探查+胃壁肿物清除+胃壁异物取出术, 术中探查见腹腔肝胃间隙约 50 mL 黄色浑浊腹水, 可见一大约 3 cm×3 cm 质硬肿物, 包膜完整, 色红白相间, 与肝脏粘连, 沿肿物



图 1 超声内镜下细针穿刺活检 1A: 贲门 2 点钟方向可见一扁平隆起; 1B: 超声内镜提示贲门壁外低回声占位; 1C: 贲门壁外占位穿刺抽出脓液; 1D: 病理提示大量炎性细胞浸润 HE × 200

图 2 腹部 CT 扫描 2A: 横断面图像显示贲门及胃底壁增厚, 可见一条状高密度影; 2B: 冠状面成像显示贲门胃底见一厚壁囊性占位及一条形高密度影, 进入消化道外, 考虑贲门胃底脓肿可能

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.07.014

基金项目: 国家自然科学基金 (81770528)

作者单位: 430030 武汉, 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科 (余琴、张敏、王玲、程斌), 放射科 (陈斌)

通信作者: 程斌, Email: b.cheng@tjh.tjmu.edu.cn

包膜钝性分离,见白色质硬异物,取出约 3 cm 长鱼刺。术后诊断:肝胃间隙脓肿,胃壁异物刺伤。

讨论 上消化道异物是消化内科的常见疾病,因异物性质不同、解剖部位不同、存留时间不同,发生并发症的风险也不同。并发症的发生与异物存留时间密切相关,80%~90%的异物能在 1 周之内顺利通过胃肠道,而约 1%的上消化道异物会出现胃肠道穿孔^[1]。食管异物所致并发症发生率最高,滞留 ≥ 24 h、 ≥ 72 h 的并发症发生率分别上升 2 倍和 7 倍,内镜治疗成功率因此下降,而异物一旦迁移即可造成严重的并发症^[2-5]。

影像学检查是诊断消化道异物重要的手段。通过 X 线平片,可以确定异物部位、大小、形状、数量,发现潜在的梗阻和穿孔等并发症。但是其敏感度仅为 32%,食物团块、木屑、塑料、玻璃、细金属异物等往往表现为阴性结果^[6-8]。CT 扫描诊断异物的敏感度为 70%~100%,特异度为 70%~94%,可以发现部分 X 线平片未能显示的异物,并能精确定位异物以及与周围组织的关系,是否伴发脓肿、瘘等^[9-13]。但影像学检查依旧存在一定的漏诊率,结果阴性尚无法排除诊断。

内镜检查对上消化道异物具有明确诊断和及时处理的价值,尤其对一些 CT 与 X 线未能显示的异物。食管异物取出大部分在内镜下能取得满意疗效。国内研究报道 246 例食管异物损伤患者行内镜下治疗,243 例取出异物,成功率为 98.78%^[14]。

本例报道病例异物吞食病史不清楚,临床表现为活动中上腹痛,入院后给予胸部 CT 和胸片、心电图、心脏彩超和肌钙蛋白检查等排除了主动脉夹层和急性心肌梗塞,腹部平片排除消化道急性穿孔,给予抗感染、抑酸处理后,症状有所缓解,但仍然诉间断腹痛,血象和炎症指标升高。腹部增强 CT 疑诊为贲门肿瘤,而胃镜检查贲门黏膜并无肿瘤性病变,经科内讨论后怀疑肿瘤为外生性生长,最后决定行 EUS-FNA 检查进一步明确。让我们意外的是,EUS-FNA 穿刺出脓液,结合穿刺液的常规和细胞学确定是脓肿,我们才想到可能为异物损伤。因此,再次追问病史患者诉 1 周前有食鱼史,但否认鱼刺卡喉病史,并重新和放射科联系,行 CT 重建成像后发现异物的踪迹,最后经外科手术证实。EUS-FNA 能微创地获取病灶细胞或组织样本,近年来在胰腺、纵隔、消化道及邻近器官占位性病变等方面有极大的优势,可为病灶的良恶性鉴别提供技术支持^[15]。本病例拟诊为贲门胃底占位行 EUS-FNA 术,穿刺出脓液后得以确诊为脓肿,EUS-FNA 在临床上为我们最后确诊提供了好的临床思路。

综上,临床初次接诊腹痛患者,一定要提高警惕,反复追问异物吞入史,CT 扫描对判断异物是否迁移具有较高的灵敏度,需要与放射科充分沟通行体层成像和冠状位重建阅片;EUS-FNA 对可疑肿块可以直接进行穿刺活检,有助于我们提高诊断,也不失为一种选择的方法。

参 考 文 献

[1] Kikuchi K, Tsurumaru D, Hiraka K, et al. Unusual presentation

of an esophageal foreign body granuloma caused by a fish bone: usefulness of multidetector computed tomography[J]. Jpn J Radiol, 2011,29(1):63-66. DOI: 10.1007/s11604-010-0495-0.

- [2] Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, et al. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome[J]. Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 58(8):476-480. DOI: 10.1055/s-0030-1250347.
- [3] Chirica M, Champault A, Dray X, et al. Esophageal perforations[J]. J Visc Surg, 2010,147(3):e117-128. DOI: 10.1016/j.jvisc.2010.08.003.
- [4] 朱洪蓓, 柏愚, 邹多武, 等. 中国上消化道异物内镜取出失败的系统评价[J]. 中华消化内镜杂志, 2012,29(6):332-335. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2012.06.011.
- [5] 胡慧英, 于振坤, 车子刚, 等. 易漏诊的上消化道异物九例临床分析[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(3):10-13. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2016.03.004.
- [6] Bathla G, Teo LL, Dhanda S. Pictorial essay: Complications of a swallowed fish bone[J]. Indian J Radiol Imaging, 2011,21(1):63-68. DOI: 10.4103/0971-3026.76061.
- [7] Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions[J]. Gastrointest Endosc, 2011,73(6):1085-1091. DOI: 10.1016/j.gie.2010.11.010.
- [8] Wright CC, Closson FT. Updates in pediatric gastrointestinal foreign bodies[J]. Pediatr Clin North Am, 2013, 60(5):1221-1239. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.06.007.
- [9] Young CA, Menias CO, Bhalla S, et al. CT features of esophageal emergencies[J]. Radiographics, 2008,28(6):1541-1553. DOI: 10.1148/rg.286085520.
- [10] Akazawa Y, Watanabe S, Nobukiyo S, et al. The management of possible fishbone ingestion[J]. Auris Nasus Larynx, 2004,31(4):413-416. DOI: 10.1016/j.anl.2004.09.007.
- [11] Loh WS, Eu DK, Loh SR, et al. Efficacy of computed tomographic scans in the evaluation of patients with esophageal foreign bodies[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2012,121(10):678-681. DOI: 10.1177/000348941212101010.
- [12] Asha SE, Cooke A. Sensitivity and specificity of emergency physicians and trainees for identifying internally concealed drug packages on abdominal computed tomography scan: do lung windows improve accuracy? [J]. J Emerg Med, 2015,49(3):268-273. DOI: 10.1016/j.jemermed.2015.02.009.
- [13] Chauvin A, Viala J, Marteau P, et al. Management and endoscopic techniques for digestive foreign body and food bolus impaction[J]. Dig Liver Dis, 2013,45(7):529-542. DOI: 10.1016/j.dld.2012.11.002.
- [14] 鉏莉, 蔡陈效, 陈晓琴, 等. 食管异物损伤的临床特征与内镜处理[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2016,6(6):244-247. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-2015.2016.06.002.
- [15] 王金林, 王艳, 望荣华, 等. 内镜超声引导下细针抽吸术联合流式细胞术在深部淋巴瘤诊断中的应用初探[J]. 中华消化内镜杂志, 2013,30(10):574-578. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2013.10.007.

(收稿日期:2017-12-10)

(本文编辑:钱程)