

医学参考报

消化内镜学专刊

Digestive Endoscopy

第十二期 NO.12

1 例胆管腺瘤到胆管早癌病例的诊疗总结

兰州大学第一医院 李汛 王芳昭 岳平

一、病例简介

主诉：间断腹痛1年余，加重伴发热3天。

现病史：女性，56岁，患者入院前1年无明显诱因出现上腹部疼痛症状，以右上腹部为主，伴有肩背部放射痛，伴有恶心，无呕吐。当地医院诊断为胆囊结石伴胆囊炎，但患者心功能差，采取保守治疗。患者腹痛症状间断发作，入院前3天，患者右上腹痛加重，伴有发热及皮肤巩膜黄染，于当地医院就诊，考虑胆管结石，予以对症支持治疗后症状无明显缓解，为进一步诊治转诊我院，以“胆总管结石伴急性化脓性梗阻性胆管炎”收住。患者神志清楚，精神差，大便正常，小便色黄，量少，体重无明显减轻。

既往史：既往冠心病病史十余年，余无特殊。

个人史：生长于原籍，无疫区居住生活史，无吸烟饮酒史。

家族史：无特殊。

入院查体：心率为120次/分；呼吸为24次/分，体温为38.9℃，血压为88/52 mmHg，抬入病房，痛苦面容，全身皮肤黏膜及巩膜黄染，右上腹压痛明显，无反跳痛及肌紧张，肝脾肋下未触及，肝区叩击痛阳性，肠鸣音4次/分。

辅助检查如下。

血常规：WBC $4.51 \times 10^9/L$ ，中性百分比 79.7%，血小板 $41 \times 10^9/L$ 。

血生化：AST 90 U/L，ALT 689 U/L，总胆红素 $125.3 \mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 $93.1 \mu\text{mol/L}$ ，ALP 758 U/L，GGT 337 U/L，尿素氮 14.7mmol/L ，肌酐 $285 \mu\text{mol/L}$ ，葡萄糖 9.74mmol/L 。

心肌酶：B型尿钠肽 1251 pg/L，肌钙蛋白与肌红蛋白正常。

当地腹部核磁提示：①胆囊多发结石；②胆总管上端扩张，多考虑结石；③胆总管下端向心性狭窄，炎症病变待排。

初步诊断：①胆总管结石伴急性梗阻性化脓性胆管炎；②感染性休克；③冠心病；④心力衰竭；⑤急性肾功能不全。

诊疗计划：①积极完善相

关检查，进一步明确诊断。②给予抗感染、补液、抗休克等对症支持治疗，拟急诊行ERCP或PTCD行胆道引流治疗。③密观病情变化，随时调整治疗方案。

二、第一阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

（1）患者急性胆道感染合并有感染性休克，心力衰竭以及急性肾功能不全，是否可以急诊行胆道引流？

（2）患者病情危重，选用何种胆道引流方式？何时引流？

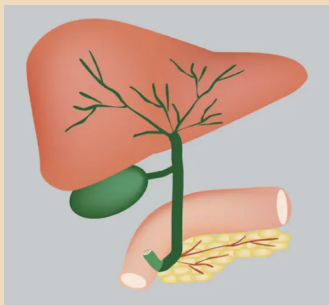
（3）患者胆总管下端狭窄，是否考虑胆管肿瘤可能？

（4）入住重症监护病房行严密观察及治疗，本次申请MDT讨论决定下一步治疗方案。

2. 病情评估及 MDT 讨论

李汛主任医师（普外科）：患者目前考虑诊断为胆总管结石伴有急性化脓性胆管炎，胆总管下端狭窄，考虑炎性为主。患者胆道感染较重导致感染性休克，且心肾多脏器功能不全，应该积极解除胆道梗阻，通畅引流，控制感染。患者目前行外科手术风险高，建议行ERCP术，术中根据情况放置胆管支架。

姚亚丽主任医师（心内科）：患者既往有冠心病十余年，体



力活动明显受限制，稍做活动即引起气急、心悸等症状。目前心功能分级为3级，建议积极抗感染，补液治疗，在血压稳定基础上予以利尿治疗，患者目前心功能差，行外科手术风险高，需要和患者及其家属充分沟通，告知其相应分险。

刘明龙主任医师（肾内科）：分析患者少尿原因，患者处于休克状态，在当地医院液体输入较少，考虑肾前性原因为主，目前患者尿素肌酐明显升高，

面对该患者，首先应该快速补液，补充有效循环血量纠正休克状态，严密检测24小时尿量，定期复查肾功能。

尹超副主任医师（重症医学科）：面对感染性休克的患者，应该首先评估病情的严重程度，找到感染的主要原因，予以积极纠正，同时应该根据患者的生命体征，如血压、心率、呼吸以及意识状态进行评估。该患者以胆道梗阻为主要感染原因，应该尽早解除胆道梗阻，使得感染尽快得到控制。

王永琦主任医师（麻醉科）：首先应快速评估患者休克的严重程度，同时需要考虑患者入院后的生命体征，血压的变化，血气分析的结果。患者既往有冠心病病史，心功能3级，同时伴有肾功能不全，都会对麻醉造成影响，只有在积极纠正循环状态的条件才考虑非插管状态下行全身麻醉完成急诊ERCP术。

三、第二阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

患者入院后经过第一次MDT讨论后决定行ERCP术，术中放置胆道塑料支架，同时胆道取活检提示：形态学支持管状腺瘤伴重度不典型增生/高级别上皮内瘤变。患者目前考虑诊断为胆管腺瘤伴重度不典型增生。申请MDT讨论决定下一步治疗方案。

2. 病情评估及 MDT 讨论

李汛主任医师（普外科）：肝外胆管腺瘤早期阶段症状不明显，表现为消化不良和食欲不振等上消化道和胆道梗阻症状，后期随着肿瘤体积增大，可引起胆道梗阻而出现黄疸、腹痛、发热、瘙痒等症状，部分患者引起胆道梗阻合并感染可出现高热寒战，胰管梗阻引起胰腺炎等症状。从胆道疾病本身而言，首选手术，但患者合并多脏器功能不全，无法耐受进一步有创检查及根治性手术治疗，建议随访病情变化，必要时更换支架；待患者多脏器功能改善后，评估是否可以耐受手术。

马守成主任医师（肿瘤内

科）：肝外胆管腺瘤是一种临床上较为罕见的胆道系统良性肿瘤目前国内外报道较少，临床上易被忽视或误诊。该患者病检结果提示：胆管管状腺瘤伴重度不典型增生，建议患者心脏及肾脏功能改善以后，评估手术风险，若能耐受，建议积极手术。

刘亚涛主任医师（麻醉科）：患者目前休克状态得到一定的纠正，血压、氧饱和度等指标明显好转，尿量较前明显增多。但患者心功能短期内仍然较差，心功能3级，行胰十二指肠切除术麻醉风险较高，建议积极改善心功能后，再次评估麻醉风险。

四、第三阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

患者ERCP术后3个月复查，一般状况较前明显好转，步入病房，自出院后规律服用地高辛及螺内酯治疗，目前心功能一级，再次行ERCP及Spyglass检查提示：胆管内多发凸起肿物，再次取活检提示：高级别上皮内瘤变，组织表浅，不除外更严重病变ki67（60%）。患者目前考虑胆管肿瘤性病变，申请MDT讨论，决定是否需要行手术治疗以及手术方式选择。

2. 病情评估及 MDT 讨论

李汛主任医师（普外科）：外科的后续处理原则是对指南的精准把握，患者经过两次ERCP治疗及活检，以及Spyglass检查，目前考虑胆道肿瘤可能性大，应该积极行手术治疗，手术方式为胰十二指肠切除术，可选择腹腔途径操作，以保证肿瘤的完整切除，术中应仔细操作，减少术后并发症的发生率。

姬瑞主任医师（消化内科）：肝外胆管腺瘤早期阶段症状不明显，表现为消化不良和食欲不振等上消化道和胆道梗阻症状，后期随着肿瘤体积增大，可出现一系列临床症状，该患者应该积极行手术治疗，根据术后病检结果决定是否行化疗等全身治疗。

马守成主任医师（肿瘤内

专家简介



李汛 教授

主任医师，教授，博士研究生导师。现任兰州大学第一医院院长。中国医师协会胰腺病专业委员会主任委员，中国医师协会内镜医师分会副会长，中华医学会消化内镜学分会常务委员兼内镜外科学组组长。

确，经过前期积极治疗后心脏及肾脏功能明显改善，建议请麻醉科评估手术风险，若能耐受，建议积极手术，术后根据病理情况决定后续治疗方式。

马玉清主任医师（麻醉科）：经过3个月药物治疗，目前患者心功能明显好转，心功能1级，完善冠脉CTA检查未发现明显异常，术中严密检测血压、呼吸以及控制液体输注速度，在严密监护下可行全麻手术治疗。

清晰诊疗 健康相伴

导 读

1例炎性肠病多种肠外表现的诊治体会 **2版**

食管癌和胃癌生存率的国际差异 **4版**

ERCP并发大面积脑梗塞病例分享 **5版**

艰难梭菌重症感染一例 **6版**

上海战疫 I 大规模人群筛查背后快速精准的核酸检测 **8版**

1 例炎性肠病多种肠外表现的诊治体会

内蒙古科技大学第二附属医院 党彤 王晶 王海英

一、病例简介

主诉：反复腹痛3个月，加重伴双下肢皮肤破溃2周。

现病史：女性，55岁，3个月前无明显诱因出现腹痛，以中下腹部为主，为隐痛，可耐受，与进食、体位无明显关系，偶有腹泻，4~6次/天，为少量糊状便，无黏液及脓血，无肢体活动障碍，未予重视。2周前自觉腹痛加重，活动后即感腹痛难忍，伴双下肢皮肤破溃，表面有少许溢液、流脓，触痛明显，并发现双下肢肿胀，呈对称性向心性加重，下肢无力，无法行走，双足背部可见散在红色皮疹，感腹胀，有恶心、干呕，有乏力、纳差，且发现皮肤及巩膜轻度黄染，感皮肤瘙痒，尿量少，500~800 ml/天。

既往史：外院诊断原发性胆汁性胆管炎3个月，规律足量口服熊去氧胆酸；十年间因“肠梗阻”行2次手术治疗（具体不详）。

个人史：吸烟史10年，3支-1包/天；50岁闭经。

家族史：无特殊。

入院查体：T：36.7℃，P：87 bpm，R：19 bpm，BP：81/59 mmHg；身高156 cm，体重40 kg，BMI<18.5，营养状况NRS评分4分；腹软，腹部皮肤粗糙、干燥，脐周可见2条手术瘢痕，腹部局限性膨隆，视诊可疑包块，全腹压痛阳性，拒按，无明显肌紧张及反跳痛。双下肢对称性肿胀，感觉异常，呈伸直状态，触痛明显，双侧胫前可见不规则红色斑片状破溃面，部分结痂，皮温一致，偏高，神经系统相关查体无法配合，巴宾斯基征未引出。心肺查体未见明显异常。口腔及生殖器无明显溃疡。

辅助检查：血红蛋白51g/L，γ-GT 119 U/L，ALP 105 U/L，ALB 28.9 g/L，K⁺、Ca⁺均为

2.3 mmol/L，AMA-M2阳性，sp100（++），末梢血涂片示（1）白细胞正常；（2）粒细胞比例正常，形态大致正常；（3）淋巴细胞比例正常；（4）成熟红细胞分布不均匀，以大红细胞为主，中心淡染区扩大，计数100个白细胞，未见有核红细胞；（5）血小板单个散在分布，易见。尿常规、便常规、便真菌+细菌培养无异常。EB病毒、巨细胞病毒、结核斑点试验均为阴性。腹部彩超：肝脾轻度增大，胆囊增大，肝内外胆管无扩张。肝穿刺病理活检（近期外院）：肉眼所见（肝组织）灰白色条索状软组织3条，长0.8~1.5 cm，直径0.1 cm。病理诊断：肝穿刺组织小叶结构不清，肝细胞水肿，可见少量淋巴细胞浸润，肝内小胆管非化脓性炎症性破坏，有少量纤维组织增生。

初步诊断：原发性胆汁性胆管炎（Child-Pugh A级），重度贫血（巨幼细胞性贫血），电解质紊乱（低钾、低钙血症），中度营养不良，腹痛待查，下肢乏力原因待查，下肢破溃原因待查、肠梗阻手术个人史。

诊疗计划：（1）营养、保肝、调整胃肠功能；（2）积极完善检查，寻找腹痛腹泻原因及双下肢病变原因。

二、第一阶段 MDT 讨论

肌电图示结论意见：

（1）双侧腓总神经远端记录（趾短伸肌）踝前、腓骨小头处诱发波幅均极低，传导速度均大致正常，近端记录（胫骨前肌）腓骨小头处诱发波幅均大致正常，双侧胫神经内踝、腘窝处诱发波幅均降低，传导速度均大致正常；双侧腓肠神经诱发波幅均明显降低，传导速度均明显减慢。（2）所检右胫骨前肌、右股直肌均未见失神经点位，动作电位波

幅、时程均大致正常。提示：（1）双下肢周围神经中-重度病损，运动、感觉均受累（运动纤维以远端病损为主）。（2）患者双下肢足部、踝部均有浮肿。

1. 讨论目的

患者下肢皮肤破溃及下肢乏力的原因是什么？是新发疾病还是原发疾病的并发症？仍需同哪些疾病鉴别？

2. 病情评估及 MDT 讨论

林爱清主任医师（感染肝病科）：首先我从感染肝病角度提供一些诊断思路，此病例中女性，55岁，胆酶升高，PBC中特异性抗体AMA-M2阳性、Sp-100阳性，目前患者可以明确诊断原发性胆汁性胆管炎，但其临床表现是否与原发性胆汁性胆管炎有关，从内科医生临床诊疗思维，首先考虑一元论，其次考虑多元论，先考虑常见疾病的常见临床表现，再从常见疾病的少见临床表现出发，逐一分析其临床表现与肝病是否存在关联。第一关于贫血，肝硬化所致的贫血一般存在门脉高压、脾大、脾功能亢进，早期表现为白细胞、血小板下降，后期才会出现血红蛋白下降，此例患者除肝酶升高，评估肝功能大致正常，肝穿提示肝细胞水肿样改变，彩超提示肝脾轻度肿大，肝功能Child-pugh A级，故目前不考虑存在门脉高压、脾功能亢进所致贫血；其次患者营养状况4分，那患者贫血原因就不能完全以原发性胆汁性胆管炎去解释，需进一步分析是否存在其他原因。第二，患者腹痛、腹泻原因，原发性胆汁性胆管炎腹泻原因多为胆汁酸代谢异常出现脂代谢障碍，临床表现为脂肪泻，此例患者腹泻为糊状便，简单以脂肪泻来解释患者的腹泻原因，又无法解释

腹痛的原因，故腹痛原因仍需进一步排查。第三，患者神经系统的改变，患者肌电图提示周围神经系统的损害，以原发性胆汁性胆管炎引起神经系统损害多为肝性脊髓病可能，但从临床上我们目前已除外上述疾病可能；转换思路，神经系统损害是否与维生素缺乏有关，但原发性胆汁性胆管炎为小胆管病变，其影响胆汁酸代谢，干扰脂溶性维生素吸收，而多数神经系统损伤多与B族维生素缺乏有关，因此神经系统病变病因为原发性胆汁性胆管炎可能性小。第四，患者关注的皮肤表现，其皮肤粗糙干燥同原发性胆汁性胆管炎存在一定关联，但其皮疹、破溃、下肢行动异常却无法用原发性胆汁性胆管炎解释。综上所述，这里存在许多无法解释的临床症状，需要从发病机制上考虑是否患者的所有症状和原发性胆汁性胆管炎存在某种联系。首先原发性胆汁性胆管炎的发病机制上是累及肝脏小胆管的自身免疫性疾病，患者除了肝脏的轻微病理改变和生化改变支撑目前的诊断，其余包括消化、血液、皮肤、神经系统等表现，并不能完全去解释，提示另一种免疫系统疾病存在的可能，从临床发病思维的角度去考虑，提出一种可能为血管炎。首先血管炎的发病机制虽不明确，但是一种以血管炎症、破坏为病理改变的异质性疾病，其机制就是免疫复合物在血管壁沉积，造成血管狭窄、闭塞或管壁瘤样改变，使得局部组织缺血甚至坏死。其临床表现因血管受累部位、大小而各异。大血管上表现为肢体间歇性运动障碍，中等血管表现为皮肤结节、溃疡、肢端坏死、多发单神经炎，此类临床表现多为缺血引起，且其难治性皮肤溃疡经久不愈。小血管病变多波及皮肤周围形

专家简介



党彤 教授

主任医师，二级教授，硕士研究生导师，现任内蒙古自治区消化病研究所所长。享受国务院政府特殊津贴专家，国家“人民名医·卓越建树”奖，内蒙古自治区医师协会名医获得者，内蒙古自治区杰出人才。

成肉芽肿，此病例中患者有类似肉芽肿改变，下肢皮肤破溃有渗出溢液，化验白细胞、降钙素原波动大致正常范围，且C反应蛋白稍高，且抗感染治疗后皮损改变不明显，更趋向于血管炎。其次从消化系统疾病考虑，血管炎有腹痛、腹泻、肠坏死、肠穿孔可能。本患者存在腹痛拒按，可以进一步检查考虑是否存在微动脉瘤可能。再次，患者白细胞正常，血小板稍低，短期内血红蛋白的大幅度下降是否同自身免疫性溶血有关。因此，从疾病一元论、临床表现及发病机制上，更趋向于自身免疫性疾病同血管炎有关，但是仍需进一步相关化验检查及文献支持。

韩慧主任医师（皮肤科）：从临床表现出发来分析患者下肢的溃疡所属的类型及可能的发病原因。本例患者为女性患者，55岁，已闭经，入院诊断为原发性胆汁性胆管炎3个月，近3个月反复

下转第3版 >>>

医学参考报

消化内镜学专刊

理事长兼总编辑：巴德年 社长：魏海明
副理事长兼副总编辑：曹雪涛等 副社长：吕春雷
理事会秘书长：周赞 副社长：周赞

社址：北京市西城区红莲南路30号红莲大厦B0403
邮编：100055 总机：010-63265066
网址：www.yxckb.com

主 编：李兆申
副主 编：王洛伟 唐涌进 令狐恩强 金震东
常务编委：（请按姓氏笔画排序）
于红刚 万 荣 王 雷 王邦茂 王贵齐
方 莹 叶 梅 刘小伟 刘冰熔 江振宇
许树长 许洪伟 孙思予 李 锐 李 鹏
陈 鑫 陈幼祥 金 鹏 周平红 宛新建
孟宪梅 郝建宇 胡 兵 施 宏 施瑞华
祝 荫 柴宁莉 徐 红 徐美东 郭 强
唐秀芬 智发朝 蔺 蓉 廖 专 缪 林
编 委：（请按姓氏笔画排序）
马颖才 王 青 王 颢 王小众 王东旭

王晓艳 王韶峰 左秀丽 叶国良 史冬涛
包 郁 冯志杰 刘 梅 刘一品 刘小玉
刘改芳 闫飞虎 许国强 孙 昊 孙 畅
孙成山 孙明军 孙晓滨 李红灵 李修岭
杨小翠 杨少奇 杨建锋 何 松 何朝晖
邹晓平 汪 嵘 汪芳裕 张国新 张筱凤
陈卫刚 陈进忠 陈建民 陈洪潭 邵 伟
范志宁 和水祥 孟祥军 赵 秋 赵志峰
胡 冰 胡良峰 姜海行 夏时海 党 彤
徐 萍 郭建强 黄晓俊 黄留业 梅浙川
龚 伟 梁 玮 程 斌 曾 欣 雷宇峰
编辑部主任：辛 磊
编 辑：程志远 陈华亮 高 野 田 波 边 岩

<<< 上接第 2 版

中下腹隐痛伴腹泻，入院2周前腹痛、腹泻加重，并出现双下肢皮肤肿胀、疼痛，呈持续性逐渐加重的过程，其表面为皮肤破溃、渗液及脓性分泌物，双足背可见散在红色皮疹，整个双下肢皮温较高、触痛明显，但无明显瘙痒，全身皮肤呈现干燥、轻度瘙痒、脱屑的症状，但无特殊皮疹。查体患者双下肢皮肤感觉及运动异常，呈强直性伸直状态，无法配合神经系统相关查体。肌电图提示双下肢周围感觉、运动神经中重度病损，结合患者的基本情况，女性、营养差、体重轻、重度贫血、下肢疼痛呈现明显的水肿性红斑、弥漫性肿胀、局部有渗出、破溃。逐步排查过程中从最常见最多发的疾病入手，首先从最常见的变应性湿疹考虑，下肢血液供应属于远端供应，肢体末梢循环差、体表炎症处理不当，易于引起炎症扩散，并发溃疡形成。且此患者存在慢性肝病史，有免疫功能受损的基础，营养缺乏等导致血流动力学改变，同时患者下肢呈强直性伸直状态，其活动受限，血管超声及CT显示下肢动脉血管狭窄，上述原因均可能导致患者下肢血液循环受限，造成双下肢呈现弥漫性肿胀，长期弥漫性肿胀本身就可能导致下肢皮肤渗出、破溃。但本例患者免疫功能差，营养状况差，且皮温高、触痛明显，病情2周内进展迅速，虽然白细胞、中性粒细胞正常范围，但C反应蛋白、白细胞介素-6、降钙素原均有轻度升高，也要将感染的因素纳入我们考虑的范围，包括原发感染、继发感染所致的可能。感染中能够引起下肢皮肤破溃的情况可以分为两大类：第一类包括溶血性链球菌或者金葡菌感染，包括丹毒、蜂窝织炎等等，此类病情表现为起病急、进展快、局部红肿热痛表现典型，同时伴随发热、恶寒等全身症状，白细胞、中性粒明显升高。丹毒于4~5天达到高峰，皮疹消退后遗留色素沉着，一般不会形成皮肤破溃；蜂窝织炎多数情况治疗2周后会出现结痂而愈，大面积水肿样皮肤溃疡极为少见。本例患者下肢分泌物培养出表皮葡萄球菌，予以强力抗感染治疗后未得到明显好转，不支持皮肤感染性诊断。另一类为少见菌群所致感染，包括分枝杆菌、深部真菌病、深部脓疱疮等，多见于免疫功能差、抵抗力弱的人群，但此类感染破溃面较为单一、局限、深在，且溃疡面疼痛不明显，暂不考虑此类。从血管性疾病考虑，可以排除动脉血栓、静脉炎等脉管疾病，但结合患者体质及基础疾病，仍不排除自身免疫异常、感染诱发等多种因素参与的皮肤血管炎症反应，反映到下肢水肿性红斑、下肢皮肤破溃表现的疾病包括急性发热性嗜中性皮病、结节性红斑、坏疽性脓皮病、类脂质渐进性坏死等均可能引起，均可表现为单发或多发的水肿性红斑结节，伴有肿胀、疼痛、溃疡、坏死、糜烂等，随时间推移会出现多形性损害，包括丘疹红斑、糜烂渗出、坏死的情况，患者目前的皮肤有类似血管坏死的表现，更倾向于此类疾病，这一类疾病多数伴有系统性疾病，包括红斑狼疮、干燥综合征、血液病，甚至是肿瘤等，也有可能包括使用免疫抑制剂、抗肿瘤药物等，下一步诊疗中仍需完善相关病理检查，其中病理活检更有助于协助明确或排除诊断。

冯彩霞主任医师（神经内科）：从神经系统角度双下肢无力首先考虑脊髓疾病，其次是周围神经系统疾病，再者是颅内血管疾病，最后是低钾性周期性麻痹。此例患者入院低钾血症后期积极补充，下肢肌力无恢复，暂不考虑低钾性周期性麻痹；其次颅内神经系统病变多为旁中央小叶病变，但患者头颅核磁不支持，暂排除；第三考虑脊髓系统疾病，考虑患者基础疾病慢性肝病，因此首先考虑到一个疾病肝性脊髓病，肝性脊髓病有一个慢性发展过程，第一阶段为慢性肝病期，第二阶段为肝性脑病期，第三阶段为肝性脊髓病期，是因为随病情进

展，只有血氨代谢紊乱达一定程度，才会引起脊髓病变。但患者不存在明显肝功能不全，且没有门体分流或自分流手术史，无血氨代谢紊乱的病史，结合患者胸腰椎核磁、综合患者病史考虑肝性脊髓病可能性小。患者确实存在双下肢无力症状，仍考虑有神经系统病变存在，分析病例后考虑脊髓亚急性联合变性。其是B₁₂缺乏所致中枢-周围神经均可受累的疾病，以双下肢麻木、无力为常见症状。回顾患者病史，3个月腹痛病史，进食差，营养状况差，2周前突发双下肢无力，化验提示大细胞性贫血，间接提示存在B₁₂缺乏可能，双下肢肌电图提示感觉神经表现脱髓鞘和轴索损害均存在，运动神经表现轴索损害为主，脱髓鞘为辅，从而表现下肢无力。因此从神经科角度考虑，通过病史以及辅助检查，考虑B₁₂缺乏引起的脊髓亚急性联合变性可能性大。

刘学文主任医师（血液内科）：患者血常规表现是重度贫血，白细胞、血小板水平基本正常，红细胞平均体积提示大细胞性贫血，胆红素正常范围，基本可以排出缺铁性、溶血性贫血。血涂片白细胞分类未见异常，不考虑血液系统肿瘤性疾病所致贫血。结合患者乏力、纳差、腹泻的表现，考虑营养性巨幼细胞性贫血可能性大，但是单纯B₁₂缺乏需要长期慢性多年病史，且患者贫血三项化验叶酸、B₁₂正常范围，由B₁₂缺乏所致脊髓亚急性联合变性有待商榷。造血衰竭性疾病极为罕见，针对患者目前系统性症状，其有皮疹、皮肤破溃、腹痛，肝脏非特异性炎性表现，神经系统损害，血液系统需要考虑到一个罕见疾病——卟啉病，尤其是急性间歇性卟啉病，发病率极低，千万分之几，是血红素合成酶的缺乏，导致卟啉代谢异常从而出现多系统损害，其皮损与光照有关，多于光照明显的皮肤暴露部位，以面部、颈部多见，且其腹痛为阵发性、不规则性腹痛，常规检查难以发现器质性病变，诊断可以通过尿卟啉测定协助。

闫慧明主任医师（风湿免疫科）：患者为中年女性，有皮肤溃疡、腹痛、双下肢皮疹、化验提示AMA-M2、SP100阳性，神经系统检查显示外周神经系统受累，目前原发性胆汁性胆管炎诊断明确，却不能解释患者疾病的全貌，汇总患者病例情况：本例存在腹痛、下肢皮疹及溃疡、下肢神经系统病

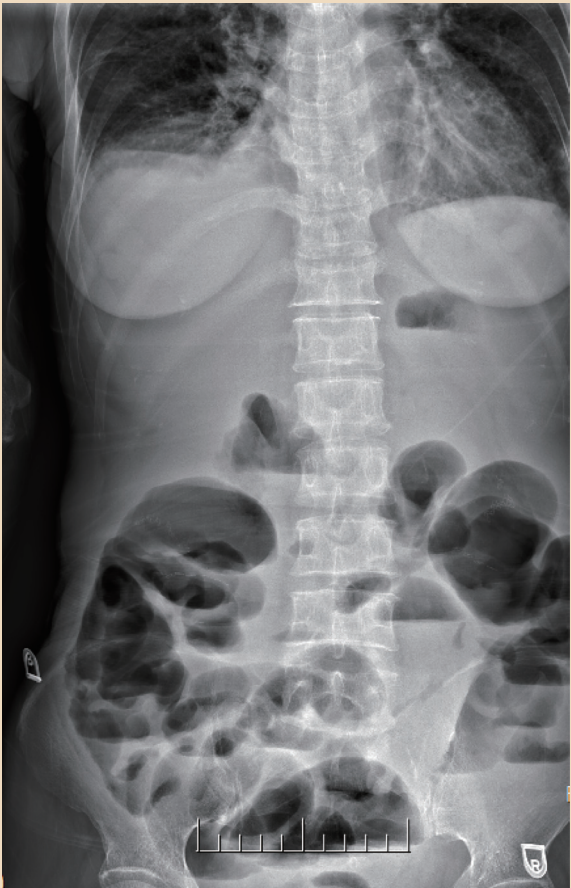


图 1 腹部 X 线片

变，结合化验检查，需同风湿免疫科以下疾病相鉴别：系统性血管炎，但目前自身抗体检查无阳性表现，且相关临床表现中无包括肾脏、肺部等相关重要脏器损害，不支持此诊断；其次需鉴别结缔组织病，抗核抗体谱、免疫球蛋白、补体、血细胞沉降率及尿常规无明显异常，因此排除系统性红斑狼疮；从病史角度出发，患者否认口干、眼干等外分泌腺受累表现，结合自身抗体检查对于干燥综合征的诊断依据不足；因此不考虑结缔组织病；再次是白塞病，其为排他性诊断，溃疡以口腔、外阴部多见，且多数患者存在毛囊炎，与本例不符，亦排除；风湿免疫系统紊乱所致下肢血管疾病，多针对动脉系统，故此例患者如果可以完善皮疹、破溃处病理活检将有助于明确诊断。

陈清威主任医师（影像科）：针对影像学检查的相关解读，首先头颅CT未发现明显可以引起双下肢神经系统病变的表现；颈椎核磁仅显示退行性改变，包括黄韧带肥厚，椎间盘突出及椎体骨质增生；胸腰椎依旧未发现可以为临床提供支持证据的表现。神经内科提到的脊髓亚急性联合变性其影像学主要表现为T2加权相脊髓侧索和背侧的高信号，呈“反兔耳”征；肝性脊髓病表现为一个大范围的超长T2信号，因此从影像学对上述两种疾病并没有很强烈的支持。

三、第二阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

患者在治疗过程中出现肠梗阻，为何会再次出现肠梗阻？其原因可能有哪些？针对目前肠梗阻情况，应有哪些方面需要警惕？是否有外科干预时机？

2. 病情评估及 MDT 讨论

陈清威主任医师（影像科）：患者近期腹部CT可见肠管略扩张，肠壁增厚，可见两次肠道手术表现，腹部血管基本保持通畅状态，因此其肠壁增厚不符合缺血性肠病表现，总结CT影像学表现为肝大、獾尾肝、肠壁增厚、肠腔轻度扩张表现。且目前肠梗阻为新发症状，同之前肠道手术无明显关联。

郑连生主任医师（消化微创中心）：首先患者3个月前因反复腹痛、腹泻就诊，既往曾有2次因肠梗阻行肠道切除术，首先需要追踪两次的手术记录，包括手术切除原因、手术切除范围、切除肠管部位、术后肠管病理情况，为明确诊断提供进一步协助；其次临床上引起肠梗阻原因较多，结合本例患者，不排除肿瘤阻塞肠腔、2次术后是否存在肠粘连、粘连后是否形成内疝及炎性肠病可能，尤其是肠道克罗恩病。从影像学角度未发现明显肿瘤性病变，但患者目前营养状况极差，有低蛋白血症、重度贫血、电解质紊乱，因此目前剖腹探查风险极大，建议目前可予以空肠营养管治疗，一方面减压、缓解梗阻，另一方面可以泵入营养液，改善患者营养状况。如若肠梗阻不缓解，甚至在治疗观察期间出现肠穿孔、肠痿等情况，再行决定急诊剖腹探查术。

四、第三阶段 MDT 讨论

患者完善结肠检查，镜检所见：

患者结肠术后，进镜至距肛门约45 cm可见2处结肠小肠吻合口，继续进镜至小肠，两侧小肠管腔通畅，其中一侧小肠可见多发大小不等、形状不规则溃疡形成，覆白苔，于溃疡边缘取材3块，质稍脆，吻合口可见环吻合口分布多发大小不等溃疡形成，覆白苔，周围黏膜水肿。病理提示黏膜慢性炎伴淋巴组织增生，间质内可见多个肉芽肿结构（最大直径约280 μm），未见明确坏死。

1. 讨论目的

下转第 4 版 >>>

食管癌和胃癌生存率的国际差异

【据《Gut》2022年8月报道】题：2012—2014年食管癌和胃癌生存率的国际差异：通过诊断组织学亚型和分期区分（法国国际癌症研究中心 作者Arnold M等）

食管癌和胃癌属于预后不良的一组癌症。这两种癌症通常诊断较晚，以致治疗选择有限，临床结局较差。尽管近年来食管癌和胃癌的治疗取得重要进展，生存率得到了一定的提高，但患者在诊断后5年后存活率仅为20%。食管癌和胃癌生存率在高收入国家存在相当大的差异，2010—2014年诊断为食管癌和胃癌患者的5年生存率分别为14.7%~23.5%和20.8%~32.8%。由于幽门螺杆菌感染的控制，胃癌的发病率在世界上大部分地区持续下降。食管癌的发病趋势难以确定，包括食管腺癌（esophageal adenocarcinoma，EAC）和食管鳞癌（esophageal squamous cell carcinoma，ESCC）两种亚型，两种亚型之间存在较大差异。ESCC发病主要与吸烟、饮酒、空气污染以及不健康饮食有关，是全球最常见的亚型。EAC发病主要与肥胖和胃食管反流病有关，在英美等高收入国家占到食管癌发病率的2/3。国际癌症基准合作组织（International Cancer Benchmarking Partnership，ICBP）是一个由临床医生、政策制定者、研究人员和癌症数据专家组成的联盟，旨在揭示具有类似卫生系统的高收入国家之间癌症生存差异的原因。为明确疾病诊断分期和组织学亚型对国际生存率差距的影响。来自国际癌症研究中心的Arnold等首次对高收入国家的食管癌和胃癌的诊断分期和组织学亚型进行国



图1 2012—2014年，按SEER分期、国家和组织学亚型计算食管癌和胃癌的诊断后1年和3年净生存率

际比较。

作为ICBP项目的一部分，研究共纳入来自7个高收入国家（澳大利亚、加拿大、丹麦、爱尔兰、新西兰、挪威和英国）的14个癌症登记处的28 923例食管癌和25 946例胃癌患者的数据。根据诊断分期、组织学亚型和国家来计算诊断后1年和3年标准化净生存期的估值。所有患者按照SEER分期划分为早期、中期、晚期（Localised、Regional、Distant）；或按照预处理病理和临床TNM分期合并组织学亚型和国家进行数据统计。

食管癌生存率方面，爱尔兰最高、加拿大最低，诊断后1年生存率分别为50.3%、41.3%，3年生存率分别为27.0%、19.2%。胃癌生存率方面，澳大利亚最高、英国最低，诊断后1年生存率分别为55.2%、44.8%，3年生存率分别为33.7%、22.3%。大多数食管癌和胃癌患者诊断为中期或晚期，各国患者的比例在56%至90%之间。特定阶段分析显示，各国疾病早期诊断后1年生存率的差异最大。虽然EAC的生存率普遍高于ESCC，但两种组织学亚型的差异是相似的。SEER分期如图1所示。

食管癌和胃癌的生存率在高收入国家中存在差异，包括按照分期的分组，特别是疾病早期差异较大。这些差异可能部分原因为早期诊断导致疾病分期分布的不同，以及各国之间食管癌的组织学亚型的分布差异。然而，不同国家在治疗、癌症登记以及使用不同分期方法的差异，可能影响了各国之间的比较。

（陈华亮 编译）

<<< 上接第3版

患者目前考虑克罗恩病，其下肢皮肤破溃、肿痛属于哪一种肠外表现？其治疗有无特殊？患者下肢无力症状，是否符合炎症肠病的肠外神经病变？患者有肝脏基础疾病，且下肢感染存在，针对其炎症肠病的治疗，将如何选择？其治疗有无特殊？

2. 病情评估及MDT讨论

韩慧主任医师（皮肤科）：患者的病情经反复多次验证，目前已诊断是炎症肠病，从疾病一元论的角度，再次分析患者下肢溃疡的情况方向更加明确，结合患者皮损表现及发展特点，考虑克罗恩病属于炎症通路的Ⅲ型炎症性疾病，克罗恩病的相关肠外皮肤表现，结合患者皮损表现，相符或相近的疾病需要考虑两种：即结节性红斑和坏疽性脓皮病。而从患者皮损表现、化验更倾向于结节性红斑，其

发病以中年女性多见，属于克罗恩病中最常见的肠外皮肤表现，与肠道病情活动度相关，好发于下肢伸侧，为2~3 cm红紫色皮下结节，既可以是单纯性疾病，亦可以是其他疾病的伴随症状，考虑此类疾病时多数建议完善自身抗体以除外免疫系统疾病。暗红色皮下结节触痛明显，局部可以出现皮肤肿胀、破溃，其溃疡面较表浅，伴或不伴有全身症状。坏疽性脓皮病为临床上极罕见且最严重的一类病变，可以出现身体任何部位，以胫前及造口旁多见，初期同样可以出现单个或多个红斑结节，后期随病情进展出现深部溃疡，呈无菌性、化脓性、肉芽肿性坏死，侵及血管及神经的皮损呈现黑色结痂，损害较深在，溃疡范围以1~2 cm/天的速度进展，或者一月内增加50%，预后差。

此例患者皮损发展速度不太符合坏疽性脓皮病。其治疗上，上述疾病对于皮质类固醇激素反应极为敏感，反应快、效果好，反而抗感染治疗效果差，因此针对患者炎症肠病、慢性肝病的原发病治疗同时应考虑予以激素治疗。

冯彩霞主任医师（神经内科）：关于患者下肢无力症状，是否符合炎症肠病的肠外神经病变。炎症肠病直接相关的神经系统病变，有一种考虑为炎症肠病直接相关的周围神经病，但针对其无明确诊断，属于排他性诊断，从目前仅有的相关文献报道，提出为轴索和感觉同时受累，肌电图表现脱髓鞘及神经传导速度减低同时发生，但本例肌电图感觉神经是传导速度减低，考虑轴索及脱髓鞘同时存在，但运动神经以轴索损害为主，脱髓鞘病变并不严重，因此从肌电图不支持炎症肠病直接相关的周围

神经病。而且炎症肠病直接相关的周围神经病以感觉神经受累为主，表现为下肢疼痛，运动神经受累为辅，而本例患者主诉为下肢行走不能。因此患者双下肢无力不完全考虑炎症肠病直接相关的周围神经病，依旧倾向于营养缺乏所致周围神经病。

刘琳主任医师（消化内科）：第一，患者的病情经过漫长曲折推断，最终诊断为CD，目前CD指数评分达17分，符合重度活动性CD，其并发症多，手术率及死亡率高，应及早积极采用有效措施进行处理，尤其考虑到患者全身并发症存在，此例患者存在一个下肢重症感染，感染情况下使用激素、免疫抑制剂、生物制剂有加重感染的风险，因此综合患者病情考虑，在积极抗炎对症治疗的基础上给予综合治疗，首先在炎症未完全控制情况下，先给予较为安全的

美沙拉嗪对症治疗，待炎症指标平稳后，升级生物制剂治疗，期待达到长期缓解长期维持的治疗目标。第二，患者目前存在的低蛋白血症、中度营养不良，且考虑到肠内营养液对于CD有较好的治疗效果，建议给予肠内营养补充治疗。同时患者存在吸烟病史，吸烟本身即为CD的独立危险因素，因此要建议患者戒烟。第三，在整体治疗过程中，严密监测病情变化，如若病情出现变化，包括肠梗阻再次出现、肠穿孔、腹腔脓肿等，需要外科随时介入。因此治疗过程中需随时同外科沟通。第四，整观患者依从性差，疾病重视程度不高，从第一次肠梗阻极可能为炎症肠病病情发作，至今未积极规律诊疗，因此要做好患者及家属患教工作，指导患者长期规范治疗，避免后期严重不良结果发生。

ERCP 并发大面积脑梗死病例分享

浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院消化内科 张筱凤 王晖

一、病例简介（第一部分）

主诉：间断中上腹痛 1 年余
现病史：患者 1 年前因上腹痛在我院诊断“胆总管结石”，行 ERCP 术发现“胆总管下段狭窄”，予以内镜下球囊扩张后机械碎石治疗。术后 6 个月再发“胆总管结石”，ERCP 取石后，胆总管下段仍狭窄，故置入 6 cm 全覆膜金属支架，术后患者无再发腹痛。再次入院拟评估胆总管狭窄及处理胆道支架。

既往史：“高血压病”病史 20 年，最高血压 170/105 mmHg，口服氨氯地平 1 片 QD，缬沙坦 1 片 QD 治疗，血压控制尚可。

个人史：无特殊。

家族史：无特殊。

入院查体：T 36.8℃，P 76 bpm，BP 153/90 mmHg，皮肤巩膜无黄染，心肺听叩无殊，腹软，无压痛及反跳痛，肝脾未及，Murphy（-），肠鸣音 4 次 / 分，神经系统病理征（-）。

辅助检查：血常规：WBC 4.7×10⁹/L，N 67.8%，PLT 112×10⁹/L，CRP 3 mg/L；肝功能：GPT 37 U/L，r-GT 19 U/L，TBil 26.4 μmol/L，Dbil 8.7 μmol/L，AMS 130 U/L；肿瘤标志物：正常范围；上腹 CT：胆总管金属支架术后，肝内胆管积气。

初步诊断：①胆总管狭窄；②胆道支架术后（EMBD）；③高血压 2 级。

诊疗计划：评估胆总管狭窄，处理胆道金属内支架。

诊治过程：患者在完善相关术前检查后，行 ERCP 术，术中见金属支架进入胆管，留取胆汁培养后异物钳拉出金属支架后见大量胆泥堵塞，圈套器取出支架，用气囊清理出大量胆泥，乳头出黏膜渗血，并留置鼻胆管，如图 1。术后第一天患者出现畏寒、寒战及高热，使用哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗无缓解，血培养提示 G- 杆菌阳性，遂升级抗生素为亚胺培南西司他丁 1.0 g Q8h，患者感染表现仍无缓解，并出现肝功能恶化、黄疸上升，胆汁引流量减少及 DIC 表现。

二、第一阶段 MDT 讨论主要目的和小结

讨论目的：患者第一次 ERCP 术后发热的原因？术后发热，是否需要再次 ERCP？

杨建锋主任医师（消化内科）：胆管下端良性狭窄支架可以选用金属支架，6 个月至 1 年内取出。6 个月后经内镜观察，支架上下端已经有肉芽组织生长，造成金属支架取出困难，并造成

乳头口的损伤，但是术后造影并没有看到明显的结石残留，整个过程是规范的，但是患者术后出现高热，需要排除两点第一是胆道感染，第二是非胆道感染，常见肺吸入性肺炎、肝脓肿等疾病，患者完善了肺部 CT 等相关检查并未见上述疾病，故而首先考虑胆道感染。患者胆囊 B 超未见明显的积气和积液，故而胆囊炎不做首先考虑。急性胆管炎也是 ERCP 常见并发症，不能排除术后胆泥淤积，而且患者存在鼻胆管引流减少，同样考虑是引流不畅，此外还有一些肝门部的肿瘤患者，特别是 3 型和 4 型，术中如果造影剂过多残留就会继发急性胆管炎，结合患者血培养，胆汁培养可以看到革兰阴性菌，那么给予升阶梯，泰能抗感染，仍然是有反复的发热。结合患者的临床症状，患者是有指征做 ERCP 的，做之前还是需要先造影再决定是否行 ERCP。

三、第二阶段 MDT 讨论主要目的和小结

患者于术后第 4 天再次行 ERCP，术中造影见胆道引流通

畅，未见结石及狭窄，故予以更换鼻胆管处理，术中出现一过性低氧血症，术后恢复时发现意识障碍，无法唤醒，并发现双眼凝视，故予以急诊头颅 CT 及 MRI 检查，结果提示急性脑梗死，如图 2 所示，患者血培养及药敏提示病原菌为耐碳青霉烯类肺炎克雷伯杆菌（CRKP）。

讨论目的：患者第二次 ERCP 术中出现脑梗死的原因？

杨斌主任医师（放射科）：CT 患者脑沟内可见弯曲变粗的低密度影，位于皮质下，首先考虑静脉，且实质水肿肿胀不明显，如果为动脉，后果严重，基底节区也会受到影响。此外患者额叶可见低密度灶，CT 值 -100，磁共振上 T1、T2 都为低信号，排除脂肪，也考虑气体。有两种来源可能，感染，外周静脉逆行。患者颅脑影像学结果考虑双侧半球及后循环障碍，考虑休克、DIC 继发脑灌注差所致。

殷聪国主任医师（神经内科）：患者临床症状从神经系统上来说定位在双侧皮质，首先患者有双眼左侧凝视，伴有意识障

碍，同时存在肌力减弱，肌张力增高，考虑累及左侧额叶，双侧都有，同时存在意识障碍表现，考虑为两侧受损，可能是在术中灌注不良，氧合低，同时又有 DIC 表现，3P 阳性，患者脑损伤考虑气体栓塞及 DIC 可能，造成整个皮质血流动力学异常，静脉回流障碍。气体来源难以解释，可能与感染相关，在治疗上脑水肿的治疗是第 1 位，维持灌注是非常必要的，临床上患者有去脑强直的表现，复查 MRI 表现为灌注后出现的一个缺血的脑梗死，考虑脑水肿继发，而且患者 48 小时脑水肿是高峰期，特别要注意补液和去脑水肿的治疗。患者脑栓塞未及重要部位，且治疗及时，准确再灌注，治疗效果相对较好。

施鹏飞主任医师（血液内科）：患者 CRKP 血流感染，出现血压下降，考虑是重症感染，而患者的 D-二聚体增高，3P 试验阳性，故而考虑 DIC 诊断成立。DIC 诊断需要有基础疾病加出血表现及栓塞表现，出血表现明显，栓塞表现较为隐秘，常见于不

专家简介



张筱凤 教授

现任浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院副院长，消化内科主任，中华医学会消化内镜学分会委员，中华医学会消化内镜学分会 ERCP 学组副组长。

明原因肝肾功能损伤，该名患者栓塞的表现为两侧大脑的梗塞，考虑为微血管血栓栓塞，脑部病变与 DIC 血流动力学改变均有密切相关，治疗上需要先治疗原发疾病，即控制感染，另外需要凝血因子的补充及抗凝治疗，虽然目前的研究提示不同病因引起的 DIC 是否抗凝对于预后似乎没有影响，但患者存在脑梗及高凝状态，需要小剂量抗凝。

金洁主任医师（感染科）：患者 ERCP 术后出现高热，血检提示肺炎克雷伯杆菌 CRKP 阳性，目前的症状根本原因是感染，抗感染治疗至关重要，对于 CRKP 类的细菌主要是三驾马车，包括头孢他啶阿维巴坦加替加环素加多黏菌素，两药或者是三药的联合。CRKP 是一个多重耐药的肺克，高毒力引起的 DIC 可引起全身的脓毒血症，可以引起脑梗死。

四、第三阶段 MDT 讨论主要目的和小结

术后结合药敏，针对性选择替加环素联合多黏菌素 B 抗感染治疗，患者感染表现逐步控制。脑梗死在控制脑水肿及对症治疗

后，逐渐恢复，最终患者意识恢复并基本恢复自主活动能力。

讨论目的：患者 CRKP 感染的来源？患者脑梗死是否与 CRKP 感染有关？

王淑颖主任医师（院感科）：2015 年美国十二指肠镜相关院内感染流行后，我院尤其消化内科在高密度的 ERCP 的情况下，对 CRKP 感染事件的发生非常重视。CRKP 一个是防发生，第二个是治感染，第三个就是防传播。根据全国的监测，CRKP 感

下转第 7 版 >>>

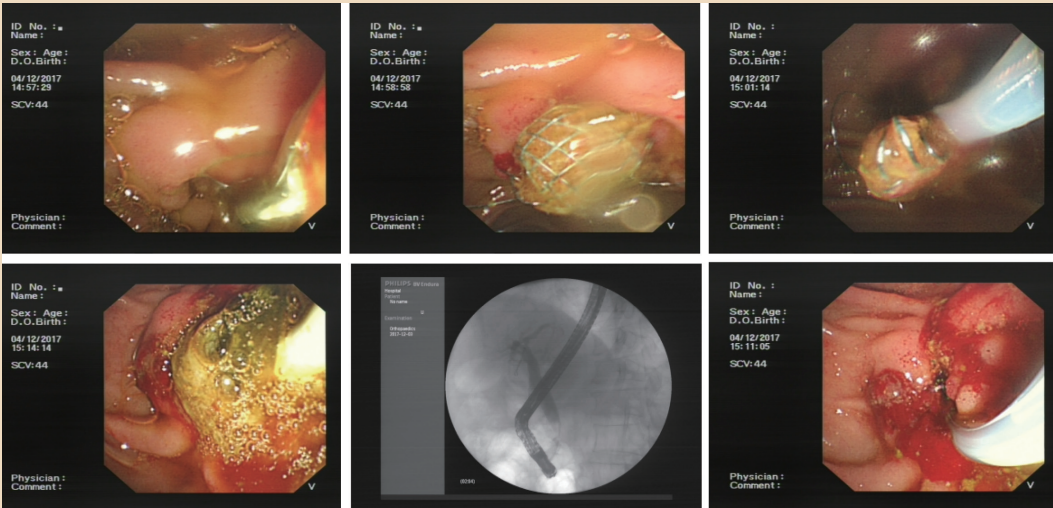


图 1 患者行 ERCP 术

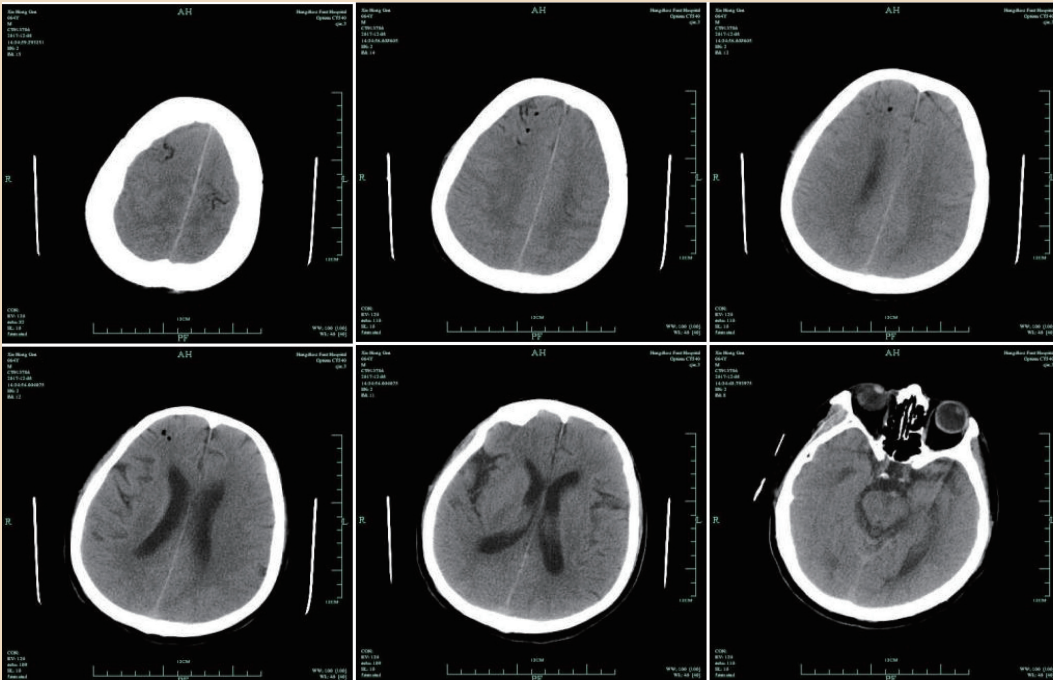


图 2 急诊 CT 检查

艰难梭菌重症感染 1 例

河北医科大学第二医院消化内科 冯志杰 尹洁

专家简介



冯志杰 教授

博士研究生导师，现任河北医科大学第二医院消化内科主任，河北省消化病临床医学研究中心主任，中华医学会消化内镜学分会委员，中国医师协会消化医师分会委员。

一、病例简介

主诉：腹泻伴发热5个月，加重1个月。

现病史：男性，51岁，患者于5个月前在海外因急性阑尾炎行急诊阑尾切除术，并予以甲硝唑及美罗培南抗感染，期间出现脑梗死及腹泻，为黄色稀糊状便，无黏液及脓血，3~4次/天，伴发热，体温37.5~38.0℃，肥达、外斐反应1:320、1:160，疟疾抗体阳性，继续应用“美罗培南（约40天）”抗感染，同时先后加用“环丙沙星、左氧氟沙星、诺氟沙星（近4个月）”抗感染，腹泻、发热无明显好转。1个月前回国隔离期间就诊于成都某医院，予以抗生素（具体不详）治疗，腹泻明显加重，每天数十次，多为黄色糊状便，偶有果酱样大便，伴腹痛、腹胀，伴发热。半月前就诊于邯郸市第四医院，查PCT、CRP明显升高，血常规示中性粒细胞明显升高，便常规白细胞4+，腹部CT提示全结肠炎症，给予头孢曲松抗感染，腹泻逐渐加重，并出现黏液，且仍间断发热，体重较前下降约20 kg。

既往史：“糖尿病”病史15年，未规律监测血糖；“高血压”病史半年余，血压最高达150/100 mmHg，血压控制可。

个人史：常年于非洲苏丹工作，1个月前回国，无烟酒等不良嗜好。

家族史：无特殊。

入院查体：T 36.7℃，P 118次/分，R 22次/分，BP 116/77 mmHg，神清，消瘦

（BMI 16.1 kg/m²），结膜略苍白，肺部听诊无特殊。心率118次/分，律齐。腹软，全腹压痛、反跳痛，无肌紧张，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，肠鸣音活跃。双下肢粗细不等，左侧腿围明显大于右侧。双下肢轻度指凹性水肿。左上肢肌力0级，左下肢肌力Ⅰ级，右侧肢体肌力Ⅳ级，左侧巴氏征阳性，右侧巴氏征阴性。

辅助检查：血常规：WBC 6.2×10⁹/L，NE% 83.2%，Hb 117 g/L，PLT 180×10⁹/L；便常规：黄色稀便，白细胞4+，隐血试验阳性；血生化：白蛋白24.97 g/L，Na⁺ 129 mmol/L，K⁺ 3.9 mmol/L，Ca²⁺ 2.55 mol/L；CRP：192 mg/L；PCT：3.668 ng/ml；腹部CT：全结肠及直肠肠壁弥漫性增厚水肿，炎性病变可能，腹水；胸部CT：双侧胸腔少量积液，心包少量积液；头颅CT：脑内多发缺血灶、软化灶，脑萎缩；入院时血气分析：K⁺ 3.12 mmol/L，余未见异常。

初步诊断：（1）慢性腹泻 肠道感染？炎性肠病？肠道菌群失调；（2）急性腹膜炎；（3）中毒性巨结肠？（4）低蛋白血症；（5）营养不良；（6）电解质紊乱，低钾血症；（7）高血压2级，很高危；（8）2型糖尿病；（9）脑梗死后遗症期；（10）阑尾切除术后。

诊疗计划：禁食水，静脉高营养，调节肠道菌群治疗；完善便培养、甲功、肥达+外斐反应、艰难梭菌抗原及毒素、ANCA、病毒系列、血常规、PCT、血细胞沉降率、CRP等积极寻找腹泻及发热原因。

二、第一阶段 MDT 讨论

1. 讨论目的

患者腹泻、发热的原因？

2. 病情评估及 MDT 讨论

冯平勇主任医师（放射科）：该患者的影像学表现为升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠及直肠弥漫性的管壁增厚，且厚薄不均匀，有些部位肠壁增厚非常明显，为中~重度增厚。无论是平扫还是强化CT，都可以看到“靶征”，即中心区域和外层是高密度，两者之间是低密度的中间层。肠壁周围脂肪间隙模糊，有渗出，同时存在腹水。这种弥漫性的全结肠管壁增厚，小肠管壁增厚不明显，肿瘤的可能性小，主要见于一些炎症性和缺

血性的疾病，如溃疡性结肠炎、缺血性肠病和伪膜性肠炎。

溃疡性结肠炎的管壁增厚一般为轻至中度的增厚，很少像这个患者管壁增厚这么明显，且周围渗出、脂肪间隙模糊、腹水少见，除非重症溃疡性结肠炎。此外，溃疡性结肠炎管壁厚薄比较均匀，而这个患者的管壁厚薄明显不均匀。而且，该患者冠状位图像显示横结肠管壁间的皱襞比较明显，溃疡性结肠炎一般无此表现。从以上影像学表现来说，不支持溃疡性结肠炎。

缺血性肠病一般有肠系膜血管的血栓，但该患者的影像学未看到血栓征象。缺血性肠病管壁增厚可以是轻至重度的增厚，但是管壁增厚也是比较均匀的。此外，缺血性肠病肠壁靠近系膜侧水肿明显，肠系膜血管呈缆绳样改变，肠黏膜一般不强化，若出现再灌注肠黏膜可以强化，而该患者肠黏膜表现为轻中度强化，目前影像学不支持缺血性肠病。

伪膜性肠炎表现为肠壁的增厚，但是增厚不均匀，炎症重的部位肠壁增厚明显，轻的部位肠壁增厚不明显，甚至有些部位肠黏膜明显凸出于肠腔，形成“拇指征”，可以从该患者看到此征象。同时，伪膜性肠炎可导致黏膜皱襞增粗、增厚，在横结肠形成“手风琴征”。由于黏膜明显充血，导致黏膜强化比肌层明显，我们这个患者的影像学也符合这些表现。最后，该患者肠壁周围的炎性水肿也支持伪膜性肠炎，系膜缘和外缘水肿程度相当。

姚冬梅副主任医师（消化内科）：首先，总结一下该患者的病例特点：（1）中年男性，长期腹泻、发热病史；（2）长年于非洲工作；（3）

有2型糖尿病及脑梗死病史；（4）有阑尾炎手术史；（5）长期应用抗生素史；（6）营养不良、免疫功能低下。患者有腹泻，考虑存在肠道菌群失调，但肠道菌群失调无法解释患者发热。

所以，我们从发热的角度进行分析，第一，患者是否存在肠伤寒，因为患者居于热带，饮食卫生条件差，虽然患者入院后肥达、外斐反应滴度升高，但患者入院前无长期发热史、相对缓脉、玫瑰疹、肝脾大、白细胞减低等表现，无典型伤寒特征；重要一点是，患者在开始时肥达、外斐反应为高滴度，后复查滴度明显降低，若考虑伤寒，患者在恢复期滴度应该升高4倍以上；另外从整个治疗反应来看，患者应用喹诺酮类药物治疗约4个月，但是效果不佳，因此伤寒可能性小。第二，细菌寄生虫感染，因为患者生活在非洲，有疟疾病史，治疗后Malaria抗体转阴，但是患者腹泻、发热无好转，不能用疟疾解释患者腹泻、发热；另外，细菌感染引起的腹泻，一般为自限性的，但是患者应用抗生素，包括美罗培南及喹诺酮类抗生素治疗近5个月后仍有腹泻、发热，不能用一般的细菌感染解释。但是患者存在免疫力低下，存在机会性感染的可能。首先，病毒感染，患者CMV核酸阳性，提示存在病毒感染；其次，患者长期应用抗生素，有真菌感染的可能；最后，患者长期应用抗生素，导致肠道微生态发生改变，艰难梭菌感染的可能性大。艰难梭菌感染的危险因素有：老年人、营养不良、长期抗生素应用、免疫低下、糖尿病等严重基础疾病，胃肠手术。除患者不满足老年人外，其他危险因素，患者都存在，因此，艰难梭菌感染的可能性大。

三、第二阶段 MDT 讨论

相关检查结果：电子肠镜：全结肠及直肠可见大量伪膜存在，提示伪膜性肠炎。艰难梭菌抗原及毒素：谷氨酸脱氢酶（GDH）抗原：阳性；毒素A+B：阳性。艰难梭菌核酸（产毒株）：毒素检测：阳性；tcdC基因缺失检测：阳性；二元毒素基因检测：阳性。便培养：光滑念珠菌。痰培养：鲍曼不动杆菌3+，大肠埃希菌3+（多重耐药菌）。尿培养：大肠埃希菌（多重耐药菌）>10⁵ cfu/ml，光滑念珠菌。血培养：阴性。病毒系列：CMV核酸检测：2.03E+04copies/ml。

1. 讨论目的

患者体内存在多种病原体感染，细菌、真菌以及病毒，且部分细菌为多重耐药菌，是否有抗细菌、抗真菌及抗病毒的指征？

2. 病情评估及 MDT 讨论

李继红主任检验师（检验科）：此问题归根到底是如何界定是定植菌还是感染。患者体内存在细菌、病毒及真菌等多种病原体，病情复杂，病史长。患者生活在非洲，卫生条件差，有发热，可能早期存在感染，且各种病原体感染的可能性均有。患者的病史、影像学及实验室检查支持艰难梭菌感染。艰难梭菌最早实验室检查手段为培养，之所以称为艰难梭菌，是因为其难培养。现已掌握其培养条件，其培养需要应用酒精处理，提示艰难梭菌对酒精及常规消毒剂存在抗性，所以预防艰难梭菌感染，需应用肥皂水洗手。常规的抗厌氧菌抗生素对艰难梭菌无效，包括亚胺培南，目前数据表明，甲硝唑或万古霉素对艰难梭菌感染有效，但是对一些重症患者来说，有时候甲硝唑和万古霉素效果也不佳，说明艰难梭菌为一种耐药菌。目前检测艰难梭菌的手段越来越多，谷氨酸脱氢酶（GDH）抗原为常规检测手段，但不能界定产毒株还是非产毒株，需要再进行A、B毒素检测。患者tcdC基因缺失检测阳性，提示RT027菌株感染。二元毒素阳性率非常低，一般不超过3%，此毒素阳性提示患者的预后差。

患者便培养提示光滑念珠

下转第7版 >>>

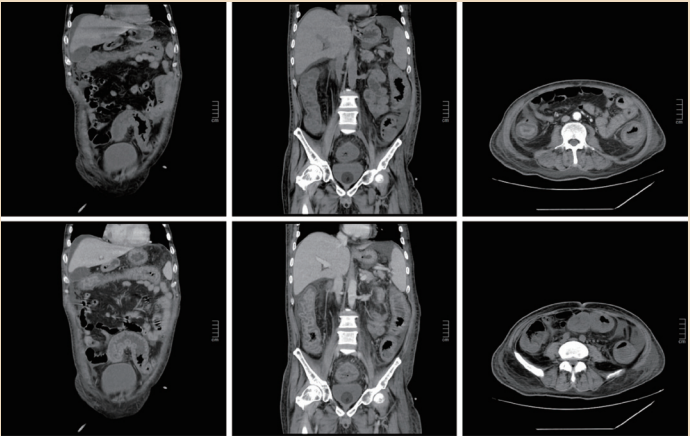


图1 腹部平扫及增强 CT

<<< 上接第 6 版

菌，一般光滑念珠菌感染需进行肠镜下肠黏膜活检证实。光滑念珠菌感染一般提示重度肠道菌群失调，我们已给予益生菌及口服制霉菌素片治疗，一般可好转，此菌阳性一般考虑定植。在患者影像学及临床症状不提示肺部感染时，所有痰培养仅供参考，痰培养阳性可能为定植菌。患者尿常规示白细胞：2 926.10/μl，尿培养检测为多重耐药大肠埃希菌，和痰培养检测出的菌一致，且患者为男性，在我看来是存在泌尿系感染的，需要权衡利弊决定是否干预。患者尿培养光滑念珠菌阳性，可能与长期留置尿管有关，考虑为定植菌，在没有尿潴留、尿路梗阻的情况下，拔除尿管即可，无须其他干预。

宋宁主任医师（感染科）：感染性腹泻归为丙类传染病，是继流感之后第二大常见的传染病。艰难梭菌感染相对少见，一般在欧美国家比较常见。患者为高产毒株艰难梭菌感染，该菌株是在何时感染的呢，需要我们探讨。

患者在应用甲硝唑8天、美罗培南5天后出现腹泻，我们都知道甲硝唑是治疗艰难梭菌的，但是也有甲硝唑和万古霉素引起艰难梭菌感染的报道。所以患者最初腹泻是艰难梭菌感染还是伤寒导致的呢。患者在苏丹工作，苏丹卫生条件差，伤寒和霍乱在当地有流行，所以想要明确最初腹泻是伤寒还是艰难梭菌感染，可能需要对当时的环境进行采样。环境采样在感染性疾病的诊断及治疗中非常重要。患者在苏丹住院期间曾患疟疾，所以我们需要警惕输入性疟疾，我们两次疟原虫检查均阴性，且患者整个发病过程也不支持疟疾，疟疾引起腹泻的少见。伤寒虽在苏丹有流行，但患者肥达、外斐反应在治疗后滴度降低，需升高4倍以上才能诊断，伤寒也可通过骨髓及血培养确诊，但我们现在无法拿到这些资料，因此，伤寒不能完全确诊。

患者抗甲型、乙型流感病毒抗体IgM均阳性，不能确诊流感。遇到这种情况，需送流感病毒咽拭子的PCR检测，7月份河北省有流感病毒的散发，目前既不能确诊，也不能排除流感。针对CMV核酸检测阳性，需要明确标本为全血还是血浆，因为CMV感染后会在细胞内定植，因此血浆检测阳性比全血检测阳性意义大。CMV感染一般为全身性，单独存在于肠道的少见，而且一般见于免疫力低下的患者，患者除有糖尿病外，无应用免疫抑制剂及激素的病史，因此单独CMV感染引起的肠炎可能性小，需要进行肠黏膜活检来证实。

患者肺CT无肺炎表现，而且鲍曼不动杆菌一般为定植菌，痰培养阳性的意义不大。尿培养示大肠埃希菌>10⁵ cfu/ml，男性一般>10⁴ cfu/ml就有意义，但患者无尿路刺激症状，目前影像学无急性局灶性细菌性肾炎的表现，所以考虑下尿路感染。

四、第三阶段 MDT 讨论

治疗情况：患者抗艰难梭菌治疗

后未再发热，肺CT及后续复查床旁胸片，未提示肺部炎症，考虑痰培养阳性为定植菌；患者无尿路刺激征，考虑无症状性菌尿，间断夹闭尿管，进行膀胱功能训练，尽早拔除尿管。因此，未加用抗生素及静脉抗真菌药物。给予万古霉素0.5 g po. qid联合甲硝唑0.5 g po. Tid；调节肠道菌群；膦甲酸钠确认；口服制霉菌素片（14 d）；丙种球蛋白25 g/天，共3 d；人血白蛋白20 g/日；肠内营养。

1. 讨论目的

（1）患者为重症艰难梭菌感染，且为高产毒株感染，应用高剂量万古霉素联合甲硝唑口服14天后，腹泻次数仍较多，下一步治疗？（手术？继续药物？粪菌移植？）

（2）万古霉素和甲硝唑使用疗程？

2. 病情评估及 MDT 讨论

佟飞主任医师（重症医学科）：患者阑尾炎术后第二天出现脑梗死，需警惕低灌注。术后应用美罗培南抗感染，具体用药指征我们不得而知，但是应用美罗培南5天后患者出现腹泻。目前，患者体内培养出多种病原菌，但是需要强调的是，抗生素的应用一定要有用药指征，不能仅依靠实验室检查阳性，就根据药敏结果用药。一定要结合患者的临床症状、体征以及影像学表现综合分析，再决定是否用药。

患者有胃肠手术史，且在应用广谱抗生素（美罗培南）后出现腹泻，确实有艰难梭菌感染的高危因素。患者为高产毒株感染，且二元毒素基

因阳性，提示抗艰难梭菌治疗的疗程长，经过高剂量的万古霉素联合甲硝唑治疗14天后，患者已无发热，虽然大便次数仍较多，但较前已好转，提示我们的治疗是有效的。目前患者一般状况可，血流动力学稳定，无感染中毒性休克、肠穿孔、中毒性巨结肠表现，所以目前无手术指征。

关于粪菌移植，国内、外指南推荐粪菌移植仅用于复发性艰难梭菌感染，而该患者为初治患者，目前无粪菌移植的指征。因此，建议继续药物治疗，建议将万古霉素的疗程延长，后期配合脉冲式给药模式逐渐减量。

阎庆辉主任医师（肛肠外科）：外科治疗为最终手段，在积极内科治疗无效时，为挽救患者生命，可考虑外科手术，但需要结合患者及家属的意愿，综合评估决定。患者基础疾病较多，且存在重度营养不良，手术风险高。目前患者无腹膜炎体征及中毒性巨结肠表现，无手术指征，建议继续内科保守治疗。

3. 预后及随访

高剂量万古霉素联合甲硝唑治疗14天后，停用甲硝唑，将万古霉素减量至0.125 g po. qid，继续应用9天后复查肠镜提示伪膜消失，肠道炎症明显好转，此时停用万古霉素。

出院情况：每日大便5~8次，为黄色糊状便，无黏液、脓血及膜性物质，无腹痛、腹胀、发热。

出院2个月：每日大便1~2次，为黄色成形软便，无黏液、脓血及膜性物质，无腹痛、腹胀、发热。

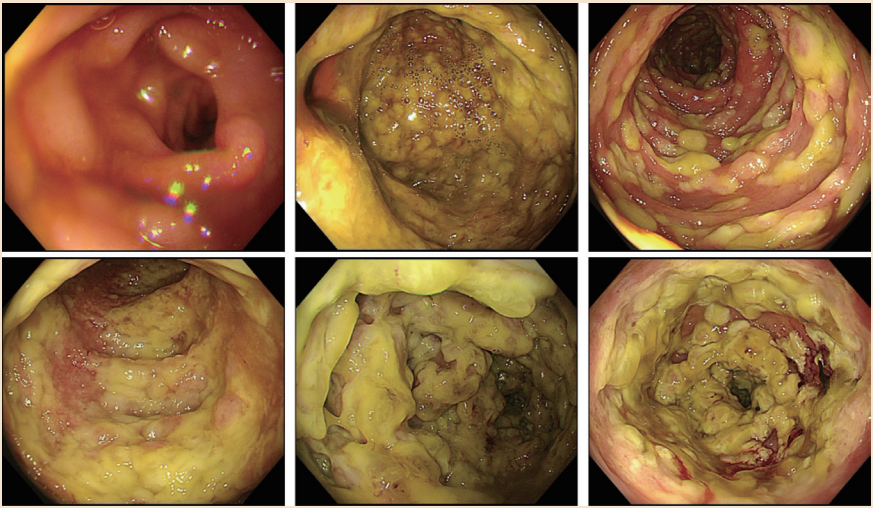


图 2 电子肠镜

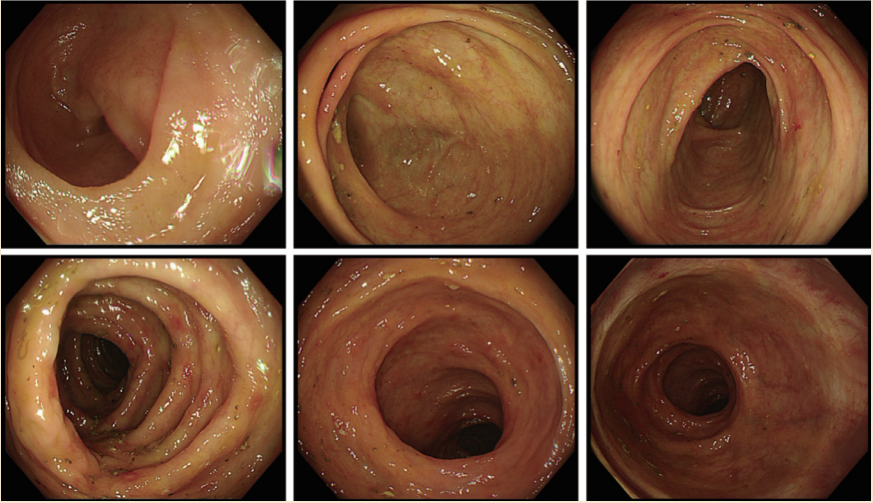


图 3 治疗后肠镜

<<< 上接第 5 版

染发生率 2001 年开始是开始的上升，2010—2021 年应该是总体上是上升趋势，我们医院的像血液科也出现过这种危机。细菌的产生与碳青霉烯滥用及耐药基因的转移相关。我们非常重视的就是包括医疗设备、器械所造成的污染，这样的话可以导致性医源性甚至是暴发的可能性，这位患者开始是胆汁中的细菌是敏感的，到后面复查胆汁血都是 CRKP，血早于胆汁。来源要从流行病学调查，包括患者有无操作及抗生素使用史。患者血在前，提示已有 CRKP 植入。特别来我院治疗的都是反复 ERCP 的患者，为高危患者。我们从 2017 年开始共同推动主动监测、主动筛查。如果有这样的患者，放在最后操作，并严格消毒，监测。

楼奇峰护士长（消化内镜科）：ERCP 迅速发展给内镜的感控带来了很大的困难和挑战。内镜相关院内感染，影响往往是多发的甚至全发的。所以危害程度毋庸置疑，我们制定了一系列的措施与方案。对这一次措施与方案持续质量改进包括几个方面。第一个方面是规范操作。我们要规范培训，这个是洗消部门培训。这是一个让他们知道内镜其实有非常多的种类，他的结构也是不一样。那么他不知道的情况要怎么样洗消，所以培训很重要。另外一个，我们对人和内镜作为生物学的培养。我们是一周一次。在这样的监督下，一旦有问题会及时发现，另外一个规范台与台之间的操作，尤其是隔离。那么第二个方面是信息系统追溯，明确医源的还是自身性的。那比如说在某一天是谁操作的。操作的哪一台。哪个护士配合，哪条镜子，谁来洗消，哪一台洗消都可以追溯，来判断到底是一元性的还是真心的。第三方面预案与流程。我们对于明确的多重性感染，尤其是 CRKP 的感染，有专门的方案及明确的规范操作。我们要持续质量改进。及时发现问题，正视问题，解决问题，最后会持续质量改进。个人培养也重要，肠道 CRE 培养，明确有无定植。

张筱凤主任医师（消化内科）：培养是重中之重，感染与支架有关，也是入血途径。第二次 ERCP 该不该做？其实后期证实，这个患者感染是一个全身性的，造成了一个肝功能的改变，一般情况差加麻醉低灌注，继发脑灌注低，出现梗塞。脑中的气体可能与感染相关，肺炎克雷伯杆菌产气，也有国际报道。所以说也给我们很多的启示，我们还高度考虑这个患者的细菌，不是台上仪器的。在前期第一次手术后的这四天的感染，其实已经有血性感染了，那么当然了，这个整个的治疗过程是团队的力量和现代医疗的对整个治疗的一个体现，也是细节决定成败。每一个细节，每一个环节的关注，也是我们取得成功的关键。

上海战疫 | 大规模人群筛查背后快速精准的核酸检测



图1 核酸检测样本扫码登记

【据《新华每日电讯》2022年3月报道】题：致敬！战斗在“疫”线的平凡英雄——上海抗疫一线见闻（专访上海市东方医院检验科）（作者新华社）

3月21日夜，记者前往采访拍摄的时候，天正下着大雨，马路上空空荡荡。东方医院检验科基因扩增（PCR）实验室里，灯火通明一片忙碌。浦东新区许多社区当天采集的核酸样本，正源源不断地送到这里来检测。

穿上白色防护服，戴上护目镜、口罩和手套，记者走进PCR实验室。只见一筐筐待检测的核酸样本堆放在工作台上，几乎堆成了“小山”；全副武装的检测人员在各自岗位上忙碌着，相互之间的工作交流话语都是简短而急促。

根据工作流程，他们首先要对待检测的核酸样本编号，逐个进行扫码登记；然后逐个进行取样核酸提取，再将提取好的核酸样本，加入到PCR反应体系中；“加样”完成后，放入PCR仪器中进行扩增，整个过程需要三个小时，才能看到检测结果。完成审核后，第一时间上传“健康云”。

就在这样艰苦的工作环境中，东方医院检验科最高峰一天检测4万多份、共涉及28万多人的核酸样本。每一份样本检测的每一个步骤，检验人员都一丝不苟、严格把关。而他们自己与病毒的距离，也许只有2毫米——只隔着两层薄薄的乳胶手套。

趁着工作交接的间隙，范列英（检

验科主任）走出了PCR实验室。脱下防护服和面罩，记者注意到她的胸前佩戴着一枚党员徽章，在白大褂的映衬下显得分外醒目。口罩的勒痕，在她脸颊留下了两道深深的印记。

“自3月12日以来，我们检验科50多名检验人员主动请缨，24小时驻守在医院里。我们分成了检测组和信息组，每个组又有不同的小组，夜以继日地检测核酸样本，同时还要完成本院常规的临床检测任务。”范列英说，“这么大的工作量，全靠大家齐心协力、团结奋斗。尤其是科室15名共产党员，他们都是科室业务骨干，在这场战役中个个都是好样的！”

3月28日5时起，上海以黄浦江为界分区分批实施新一轮核酸筛查，第一批是浦东、浦南及毗邻区域。包括东方医院检验科在内的PCR实验室，面临着更加艰巨的检测任务。想起范列英胸前佩戴的那枚党徽，人们对这些检测一线的“白衣战士”充满了信心。

（陈华亮报道）



图2 范列英主任正在协调核酸检测工作

摄影镜头中的全球抗疫

6月29日，全球首次以抗击新冠肺炎疫情为主题的大型展览：“疫·镜——国际抗疫影像纪实”云摄影展，在中国北京启动。

疫情面前，全球共赴，世界各地摄影师用镜头记录下了疫情中失序的生活和非常的时刻。

突破时间与空间的界限，来自27个国家和地区的数百位摄影师共200余幅作品展现出疫情之下的喜怒哀乐和悲欢离合。

影像纪实共分为五个主题：突如其来，全球暴发；生命至上，人间大爱；风雨同舟，守望相助；社会停摆，经济下挫；提振复苏，勇敢前行。

我国摄影师们记录下的不仅是大国脸谱，人民记忆，更是中国情感，世界胸怀。

在这个特殊时期，我透过镜头寻找的，不是构图的完美、光影和谐的一张图片。我总希望用摄影的方式，

去捕捉时代之下人性的影子。我也总在思考着，要冷静地去记录，却常被



图1 2020年3月2日，中国武汉，汉口一元路，社区工作人员为老年居民送去爱心菜。摄影 陈黎明

疫情之下的人与事感染着情绪，或许即使影像也无法尽述灾难之下的悲伤



图2 2022年2月22日，中国武汉，华中科技大学同济医学院附属同济医院中法新城院区，北京大学第三医院援汉医疗队护士耿娜。摄影 李舸

与奋起，可我也总希望，即使是一次平常地按下快门，也能为这场战役留下些什么。——陈黎明 中国

从拍摄4.2万余名医疗队员到面对成千上万武汉市民，我们留下的不是局外人的冷眼旁观与猎奇，而是亲历者的深度记录与思考。——李舸 中国

一场呈现在互联网上的云摄影展，既是时代的影像记忆，更是对人与自然的思考，我们用影像记录病毒肆虐下人类所付出的巨大代价，记录人类面对灾难时的守望相助和勇敢前行，也记录人类同疫情斗争的磅礴之力。没有一个冬天不会过去，也没有一个春天不会到来。当新冠肺炎病毒的阴霾散去，有一些面孔值得铭记，有一些瞬间值得永存，有一些思考值得深入。

我们相信，人类将有更加坚固的铠甲，足以去佑护生命和健康，佑护共同的地球家园。

（蒋惠珊报道）