

· 病例报告 ·

高龄老人自发性肌肉内血肿3例报告并文献复习

姜 辉¹, 刘丽梅²(¹广州军区武汉总医院干部一科, 武汉 430070; ²华中科技大学附属协和医院胃肠外科, 武汉 430001)

【关键词】肌肉内出血; 血肿; 老年人

【中图分类号】R442.7

【文献标识码】B

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2014.000143

1 临床资料

患者1, 男性, 98岁, 因反复咳嗽、咯痰30余年, 加重1周入院。入院诊断: 慢性支气管炎, 肺气肿, 冠心病, 弥漫性大B细胞淋巴瘤。从2012年5月开始给予利妥昔单抗治疗淋巴瘤。后因肺部感染, 给予亚胺培南/西司他丁钠(泰能)抗感染治疗, 效果不佳, 出现呼吸衰竭, 于5月12日行气管插管, 机械通气治疗。至5月22日, 患者肺部感染得到控制, 而停用泰能。患者在2012年6月1日出现血压下降, 最低88/55mmHg (1mmHg = 0.133kPa)。同时出现血红蛋白下降, 血红蛋白从2012年5月30日的83g/L降至2012年6月1日的65g/L, 而血小板、凝血功能、肝肾功能均正常。患者无咯血、便血等症状, 间断给予输血治疗, 从2012年6月1日至2012年6月5日共输注红细胞1200ml。至2012年6月5日, 血红蛋白77g/L。2012年6月5日发现患者右大腿肿胀明显。右大腿彩超报告: 右大腿皮肤及皮下组织水肿增厚。右大腿前侧肌肉组织内可见数处长梭形不均质回声包块, 边界欠清, 部分区域呈无回声, 包块内未见明确血流信号。包块最大前后径3.5cm。在该处穿刺, 抽出暗红色不凝血液8ml。考虑右大腿血管自发性破裂出血, 停用氯吡格雷(波立维, clopidogrel), 并给予止血治疗。右大腿肿胀逐渐消退。

患者2, 男性, 99岁。因反复咳嗽、咯痰、气喘40余年, 加重2d入院。入院诊断: 慢性支气管炎, 肺气肿, 肺心病, 冠心病, 肝囊肿。住院期间, 患者因为肺部感染加重, 出现呼吸衰竭而给予气管切开机械通气治疗。患者肺部感染得到控制后, 因呼吸机依赖, 持续机械通气治疗。因有尿蛋白和慢性肾功能不全, 给予舒洛地特(Sulodexide)注射液治疗。2013年9月6日发现患者右大腿较对侧增粗, 张力增加。查血常规检查, 红细胞计数 $2.02 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白64g/L, 血小板 $169 \times 10^9/L$ 。肝功能正常, 尿素氮11.4mmol/L, 肌酐121 μ mol/L。纤维蛋白原测定3.54g/L, 凝血酶时间>120s。而2013年9月4日红细胞计数 $2.72 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白87g/L, 血小板 $152 \times 10^9/L$ 。行床旁B超检查报告: 右大腿中外侧肌层内见实性为主不

均质低回声包块, 边界尚清, 内可见数处小的无回声区, 部分区域呈蜂窝样改变。考虑局部肌肉内出血, 可能与舒洛地特有关, 因为后者有类肝素样作用, 立即停用该药和氯吡格雷, 同时给予局部冷敷, 输注新鲜冰冻血浆, 补充凝血因子。患者右大腿肿胀逐渐消退。

患者3, 男性, 97岁。因左侧髋关节疼痛2d入院。在当地医院行B超检查报告: 左臀部皮下肌层可见大小约55mm×31mm包块, 内可见无回声暗区, 内透声差。既往有肝癌、肝动脉栓塞术后、冠心病, 永久性心脏起搏器安置术史, 长期口服阿司匹林、氯吡格雷。入院后, 查肝肾功能、血常规、凝血功能均正常。再次行左臀部彩超检查, 报告: 左臀部肌层深部可见范围14.6cm×12.1cm×1.8cm扁平无回声区, 边界欠清晰, 形态不规则, 内部透声欠佳。该无回声区未见血流信号。考虑臀部肌肉内出血, 立即停用阿司匹林、氯吡格雷, 给予止血治疗, 患者左髋关节疼痛逐渐减轻, 肌层内包块逐渐减小。

2 讨论

老年人常常有冠心病等心脑血管疾病, 有些还放置有支架, 需要长期服用阿司匹林或氯吡格雷抗血小板治疗, 有时甚至是双抗联合治疗, 这使得出血的潜在风险加大^[1]。最常见的是消化道出血, 颅内出血也不少见, 心血管事件后出血导致死亡率增加^[2]。我们这3例患者均使用≥1种的抗血小板药物。因此, 对此类患者在添加任何药物时都要关注其对凝血功能和血小板功能的影响, 以及与原有药物之间的相互作用。如患者1因淋巴瘤而服用利妥昔单抗, 该药说明书上说对血液系统有罕见的影响, 具体是什么, 不清楚。患者2因为治疗蛋白尿, 而使用舒洛地特, 而后者有类肝素样作用, 使凝血时间延长。因此, 对此类患者在增减药物时要时刻警惕对凝血功能的影响, 及时行相关检查, 尽早发现异常, 给予相应处理。又如患者2虽注意到舒洛地特的类肝素样作用, 但在用药后应及时复查凝血功能, 也许能更早发现异常, 及时处理。

凝血功能异常引起的出血多为毛细血管等小血管渗

血,皮下以及呼吸道、消化道黏膜等处出血临床容易观察到,常常能早期发现。肌肉内毛细血管丰富,凝血功能异常时出血的发生率可能并不低,只是难以被发现而已。肌肉内如果有反复或持续性少量出血,血液就会逐渐聚集于肌肉间隙内形成血肿^[3]。由于肌肉内出血缓慢且多位于肌肉深层间隙,大腿肌肉又比较丰厚,早期体征不明显。加之老年人肌肉皮肤松弛,感觉又比较迟钝,对疼痛等症状描述不清。比如我们前两个病例就是高龄老人因多器官功能衰竭而长期机械通气的患者,这就使得从临床症状及体征上找到特征性诊断依据更加困难,常常容易出现漏诊。如患者1出现血压下降和血红蛋白降低,我们主要关注患者有无消化道出血等常见可能,结果没有发现什么异常,反复输血,患者的血红蛋白上升幅度不高,就使得我们更加警惕,仔细查体发现患者右下肢大腿较对侧粗,触之较硬,行床旁彩超检查,发现肌肉内有低回声区,穿刺出不凝血液而确诊。后面两个病例,由于有前一个病例的经验,确诊就比较快。

肌肉内血肿的诊断主要依靠影像学检查,包括超声、CT以及磁共振。因为血肿形成的病理过程为,血液积存在肌肉间隙形成膨胀性血肿,肌肉及其表面筋膜成为自然屏障,持续出血使血肿产生一定的张力,促使血液向阻力相对较小的脂肪间隙延伸,表现为长条状或梭形。在CT等影像上出现肌间隙形状改变^[4]。但这种影像学改变与坏死性软组织肉瘤相似,两者不能区分,确诊依赖于活检^[5]。

肌肉内出血的治疗处理:首先是去除诱因,停用一切可能导致出血的药物;其次是给予局部冷敷以减少局部血流量,补充凝血因子以及止血治疗;第三是严密观察血肿进展情况。因为肌肉内血肿的形成会导致骨筋膜腔室内压力急剧增高,压迫肌肉、神经组织的毛细血管,造成组织缺血、坏死,临床表现为剧烈疼痛、相应肌肉功能丧失等一系列临床综合征候群,即急性骨筋膜区室综合征。如果诊治不及时或处理不当,会给患者带来严重后果,轻者造成患肢功能障碍,重者致残,甚至继发肾衰竭而危及患者生命^[3,6]。观察的项目包括:大腿的周径或紧张度,足背动脉搏动是否存在,末梢是否温暖,如果有动脉搏动,则提示血肿未影响到下肢的循环。局部感觉、运动功能是否异常,主要是判断是否有神经受累的表现^[7,8],一旦受累需要给予处理,包括超声引导下的穿刺排除积血,如果是慢性血肿,已经形成血凝块,单纯穿刺无法排出血凝块,则可以选择关节镜下血肿清除^[9],以避免对神经的进一步损伤。血液检查包括肌红蛋白、肌酸磷酸激酶、凝血功能的动态观察,如果肌红蛋白和肌酸磷酸激酶逐渐下降,提示肌肉损伤停止。必要时予以碳酸氢钠碱化尿液,以加速肌红蛋

白的排出,减轻对肾功能的损伤。如果一旦确诊急性骨筋膜室综合征,就要及时切开深筋膜,在发生不可逆缺血之前彻底减压,以便恢复骨筋膜区室内组织的微循环^[3,6]。肌肉内血肿一般只要诊断准确,处理及时,预后较好。

【参考文献】

- [1] Short S, Kram B, Taylor S, *et al.* Effect of platelet inhibition on bleeding complications in trauma patients on preinjury clopidogrel[J]. *J Trauma Acute Care Surg*, 2013, 74(6): 1419-1424.
- [2] Tan VP, Yan BP, Hunt RH, *et al.* Proton pump inhibitor and clopidogrel interaction:the case for watchful waiting[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2010, 25(8): 1342-1347.
- [3] Mithofer K, Lhowe DW, Vrahas MS, *et al.* Clinical spectrum of acute compartment syndrome of the thigh and its relation to associated injuries[J]. *Clin Orthop Relat Res*, 2004, (425): 223-229.
- [4] Wang JJ, Yang PJ, Li SJ, *et al.* Diagnosis and differential diagnosis of muscle chronic hematoma by dynamic enhanced spiral CT scanning[J]. *China Clin Prac Med*, 2009, 3(7): 106-107. [王建军, 杨培金, 李树金, 等. 螺旋CT动态增强扫描对肌肉内慢性血肿的诊断与鉴别诊断[J]. *中国临床实用医学*, 2009, 3(7): 106-107.]
- [5] Kontogeorgakos VA, Martinez S, Dodd L, *et al.* Extremity soft tissue sarcomas presented as hematomas[J]. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2010, 130(10): 1209-1214.
- [6] Heemskerk J, Kitslaar P. Acute compartment syndrome of the lower leg: retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies[J]. *World J Surg*, 2003, 27(6): 744-747.
- [7] Rochman AS, Vitarbo E, Levi AD. Femoral nerve palsy secondary to traumatic pseudoaneurysm and iliacus hematoma[J]. *J Neurosurg*, 2005, 102(2): 382-385.
- [8] Sanders SM, Schachter AK, Schweitzer M, *et al.* Iliacus muscle rupture with associated femoral nerve palsy after abdominal extension exercise[J]. *Am J Sports Med*, 2006, 34(5): 837-839.
- [9] Cicvaric T, Sustic A, Miletic D, *et al.* Endoscopic evacuation of a hematoma resulting from strain injury of the medial head of the gastrocnemius muscle[J]. *J Arthroscop Relat Surg*, 2006, 22(8): 912, e1-e3.

(编辑:王雪萍)