维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第6期
J Regional Anst & OPerative Surg,2006,Vol.15, No.6

小肠出血的临床分析

陈天宇,胡泽民,师天雄,陈 宏,周载平 (中山大学附属中山市人民医院普外一科,广东 中山 528400)

[摘 要]**目的** 探讨小肠出血的病因和诊疗方法。**方法** 回顾性分析45例小肠出血的临床资料。**结果** 肿瘤21例(46.6%),以良性肿瘤多见;炎性疾病7例(15.5%);憩室9例(20.0%);血管畸形6例(13.3%);肠系膜上动脉栓塞2例(4.4%)。各种检查的阳性率:核素扫描23.0%,选择性肠系膜血管造影64.3%,小肠气钡双重造影31.8%。术后再出血3例,短肠综合征1例。**结论** 小肠出血以肿瘤最常见,憩室也是常见的发病因素;选择性血管造影对血管病变及富含血管的肿瘤有较高的诊断价值,核素扫描对有明显出血但循环平稳的病人是理想的诊断方法,小肠气钡双重造影对实质性病变及憩室的诊断率较高;包括病变在内的小肠部分切除术是治疗小肠出血最有效方法。

[关键词]小肠;出血;诊断;治疗
[中图分类号]R574.5 [文献标识码]A [文章编号]1672-5042(2006)06-0383-03

Clinical study on diagnosis and treatment of small intestinal hemorrhage

CHEN Tian-yu, HU Ze-min, SHI Tian-xiong, CHEN Hong, ZHOU Zai-ping (Department of General Surgery, Affiliated Zhongshan City People's Hospital of Zhongshan University, Zhongshan 528400, China)

Abstract: Objective To investigate the etiopathogenisis, diagnostic methods and therapy of small intestinal hemorrhage. **Methods** Clinical data of forty-five cases of small intestinal hemorrhage were analyzed retrospectively. **Results** Small intestinal tumors were found in 21 cases (46.6%), most of them were benign, inflammatory diseases in 7 cases (15.5%); diverticula in 9 cases (20.0%); vascular malformations in 6 cases (13.3%); superior mesenteric artery embolus (SMAE) in 2 cases. Radionuclide scanning was positive in 3 out of 13 cases (23.0%). Angiography was performed in 14, 9 of them were abnormal (64.3%). Double-contrast barium meal made diagnosis in 31.8% of 22 cases. Postoperative bleeding was found in 3cases and short bowel syndrome in 1 case. **Conclusion** Tumors are the most common cause of small bowel bleeding, diverticula are also occurrent frequently. Angiography is a valuable procedure in diagnosis of vascular lesions and malignants. Radionuclide scanning is suitable for patients which suffer from obviously hemorrhage with steady circulation. Double-contrast barium meal is also helpful in diagnosis of solid lesions and diverticula's. Exploratory surgery coupled with intraoperative endoscopy can be helpful in diagnosis of small bowel bleeding.

Keywords: small intestine; hemorrhage; diagnosis; therapy

小肠出血缺乏特异性,容易延误诊断与治疗。现结合我院1993年1月至2005年1月对45例小肠出血患者的临床诊治过程,就其发病部位、临床特点、诊断及外科治疗方法进行分析评价。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组45例,男28例,女17例。年龄14~75岁,平均40.5岁。所有病人均有不同程度的消化道出血,从大便潜血到黑便、暗红色便、鲜血便甚至呕血,伴腹痛者25例,腹部包块6例,发热5例。主要体征包括贫血、腹部压痛和/或反跳痛、腹部包块等。

1.2 诊断与治疗方法

经胃十二指肠镜、结肠镜或上消化道钡餐、钡灌肠检查,排除上消化道及结肠出血。其中急诊胃镜2例,急诊结肠镜3例,常规胃镜30例,常规结肠镜25例,小肠气钡双重对比造影22例,血管造影检查14例,^{99m}Tc核素扫描13例,单纯剖腹探查结合术中内镜检查13例。所有病例均经手术及病理检查确诊,其中3例第一次手术未获诊断,再次出血经血管造影明确诊断,再次手术治愈。手术方法:血管畸形行血管缝扎术3例,其余均行病变部分小肠切除术,其中7例为急诊手术。

2 结果

2.1 小肠出血的原因、出血部位和出血量

小肠出血以肿瘤占首位,其次为小肠憩室、炎性病变、血管病变和肠系膜血管栓塞(SMAE)。小肠出血部位以中、下段居多(距Treitz韧带100~200 cm、200~300 cm),上段次之(距Treitz韧带100 cm以内),详见表1。

2.2 各种检查方法的诊断价值

本组对13例存在肉眼血便但循环稳定的病人进行核素扫

[作者简介]陈天宇(1972-),男,黑龙江省哈尔滨市人,主治医生,博士,主要从事普外科临床和基础方面的研究。电话:(0760)8823566
[收稿日期]2006-09-10 [修回日期]2006-11-17

维普资讯 http://www.cqvip.com

描,8例有阳性发现。22例行小肠气钡双重造影,7例有阳性发现,主要为小肠肿瘤、Meckel憩室。14例行动脉造影,9例有阳性发现,主要为血管病变及血供丰富的小肠间质瘤。对16例出血部位不明者,通过剖腹探查结合术中内镜检查,13例于术中明确小肠出血部位。其余3例术中未发现小肠出血部位,于术后再次出血,在出血期间经血管造影检查发现出血部位,再次手术切除病变小肠治愈。

表1 45例小肠出血的原因、部位、出血量

病因	例数	出血部位				出血量			
		上段	中段	下段	全程	便潜血	轻度	中度	大量
间质瘤	12	3	6	3	-	-	6	6	-
腺瘤	5	3	2	-	-	1	3	1	-
恶性间质瘤	2	-	1	1	-	-	-	2	-
腺癌	1	1	-	-	-	1	-	-	-
恶性淋巴瘤	1	-	1	-	-	-	1	-	-
血管病变	6	2	1	3	-	-	4	1	1
小肠憩室	9	2	3	4	-	-	5	3	1
伤寒	1	-	-	1	-	-	-	1	-
坏死性肠炎	1	-	-	-	1	-	-	-	1
非特异性溃疡	3	-	1	2	-	1	-	2	-
PeutzJegher息肉	2	-	-	-	2	-	-	-	2
SMAE	2	-	-	1	1	-	-	1	1
合计	45	11	15	15	4	3	19	17	6

2.3 治疗效果

39例随访1~13年,平均5.2年。1例术后3年死于小肠腺癌肺转移,6例死于其他疾病,1例因肠系膜动脉栓塞手术切除坏死肠管过多,致短肠综合征。其余病例完全康复。

3 讨论

3.1 小肠出血的诊断

随着现代诊断技术的进步,大部分小肠出血可在术前得以诊断,但仍有少部分需在术中方能定位、定性诊断,而且约占15%的病人尚须随诊及多项综合检查,才能明确诊断[1-2]。因此如何在术前或术中提高小肠出血的定位、定性诊断率就显得十分重要。首先必须明确是小肠出血。在胃肠道出血中,上消化道出血占2/3,只要病情允许应常规行上消化道钡餐透视、纤维胃十二指肠镜检查。同时钡剂灌肠、结肠镜检查、肛门直肠指诊也应列为常规。明确了小肠出血即除外了其它部位出血后,要进一步定位检查。小肠气钡双重造影是目前诊断小肠出血应用最广的检查方法,阳性率可达10%左右[2],这与检查者的经验有关。本组阳性率为31.8%,其主要阳性发现为小肠肿瘤、Meckel憩室和克隆病。也有人认为经胃管插到十二指肠行钡造影可提高小肠出血阳性诊断率[3]。如未明确诊断可行选择性肠系膜上动脉造影检查,但是仍有24%~60%的病例无法获得确诊[1]。在非出血期进行检查或出血量少,出血速度低于0.5 ml/min,或由于大失血致全身应激反应,儿茶酚胺增多,小动脉痉挛均会导致造影的阴性结果。我们在造影前常规注射阿托品,必要时用硝酸甘油滴鼻,可获较高阳性诊断率。此外,^{99m}Tc扫描也有助于诊断,其捕捉血流的敏感性达0.1 ml/min。通过标记的红细胞,可以发现间断性出血。不足之处是其特异性相对较差,假阴性率高,尤其对于小肠病变[4]。另外因其不是治疗手段,可能延误治疗时机。对有明显出血但循环平稳的病人来说,它能很快明确是否存在持续性出血。本组13例核素扫描阳性发现3例,其对憩室伴异位胃粘膜的诊断高度敏感。值得一提的是详细询问病史,血液系统检查不容忽视。本组两例据此诊断为Peutz-Jegher综合征。术前纤维小肠镜检查,国内也有个别单位开展,但因痛苦大,难度高,检查部位及实用价值有限。

尽管进行了非手术的定位诊断,但仍有相当比例的病例需要手术探查以明确诊断。本组有35%的病例(16/45)术前未能明确诊断。这16例中有8例在剖腹探查术中明确诊断,有2例在术中经小肠切开插入内窥镜明确诊断,3例经肠系膜上动脉注入美蓝获得诊断,另3例诊断未明确。有作者认为单纯剖腹检查可发现30%病例的出血部位和原因[5]。检查方法包括认真逐段观察、触诊、从食管胃连接处到直肠的腹膜反折。光透照肠壁,可能发现肉眼看不到的血管畸形。如不能发现出血灶,可行术中内镜检查。遗憾的是小肠动静脉畸形、粘膜溃疡糜烂等病变肉眼检查也难有把握定论,因此单纯寄希望于术中探查来明确诊断是不智之举。本组3例即为有力的说明。当然出血量大,或经过各种临床检查仍未能明确病因者还是应尽早剖腹探查明确诊断。术中小肠内镜仍不能诊断者,有作者直接将美蓝注入肠系膜上动脉,实践证明不失为一种相当有效的诊断方法[6]。

3.2 小肠出血的外科治疗

小肠出血绝大多数病变在一段独立肠管中,一旦明确诊断,原则上早期手术,依据病变的性质、部位和范围的不同采用不同的手术方式。本组45例外科治疗效果良好,随访1~13年,平均5.2年,未见复发病例。对于局限性良性肿瘤,Crohn's病和Meckel's憩室,肠伤寒,粘膜异位病变行肠段切除肠吻合;对于单个血管瘤,局限性血管畸形,则行局部楔形切除或肠段切除;对于多发性血管瘤,范围广泛的间质瘤,血管畸形,肠系膜血管栓塞及出血坏死性肠炎,尽量行病

维普资讯 http://www.cqvip.com

灶的彻底切除,但须警惕小肠切除过多,造成术后短肠综合征。对于恶性间质瘤,腺癌则行根治性切除,即使存在远处转移的晚期病灶,姑息性切除也有利于控制出血及术后的辅助治疗,不应轻易放弃。

[参考文献]

[1] Sass DA, Chopra KB, Finkelstein SD,et al . Jejunal gastrointestinal stromal tumor : a cause of obscure gastrointestinal bleeding[J].Arch Pathol Lab Med,2004,128(2):214-217.

[2] Nguyen NQ,Rayner CK, Schoeman MN. Push enteroscopy alters management in a majority of patients with obscure gastrointestinal bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol , 2005, 20(5):716-721.

[3] Lewis B. Radiology versus endoscopy of the small bowel[J]. J Gastrointest Clin North Am. 1999,28(9):13 - 27.

[4] Dusold R, Burke K, Carpentiem W, et al. The accuracy of technetium-99m-labeled red cell scintigraphy in localizing gastrointestinal bleeding [J]. Am J Gastroenterol, 1994,89(3):345-348.

[5] 李宏为,胡伟国. 小肠出血的定位诊断[J]. 腹部外科,2006,19(3): 133-134.

[6] 芮 景, 马 毅. 小肠出血的病因及诊断分析. 临床外科杂志, 1999,7 (4):203 - 204.

(编辑:蒋登金)

·个案与短篇·

对新入院患者实施心理护理体会

仇珂珂 (南平市 92 医院内四科,福建 南平 353000)

[关键词] 心理护理;护士;素质
[中图分类号] R395.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0385-01

新入院患者的心理状况因年龄、性别、职业、文化程度以及病种、病情不同而表现各异。根据患者的不同情况做好针对性的入院护理,是使患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗的关键。我科自 2003 年以来,从现代护理观念出发,以患者为中心,注意患者入院时的心理需求,对所有患者均按照整体护理要求进行入院宣教,护理评估,护理实施,取得了较好的效果。现将总结如下。

1 护士的素质要求

护理是一门医疗艺术,需要情感、想象力和创造力。患者入院首先接触的是护士,所以护士与患者交谈中的言行、举止、神态等都必须注意技巧。要了解患者的心理状况,更需要护士具有敏感性、丰富的知识及一定的技巧。在于患者交谈时要留意患者的表情、态度以及谈话的内容,并据此判断应如何进行入院护理,这是是否能为让患者建立良好的第一印象,取得患者信赖的关键。护士必须具有良好的自身素质,才能完成好护理工作。

2 不同患者的心理护理

2.1 老年患者

老年患者心理状态表现为固执己见、烦躁易怒、沉默寡言等。护士应做到体贴关怀、热情、诚恳,尊重患者,细心观察,耐心听取主诉,才能根据病情的发展给以最准确、体贴的护理。

2.2 慢性病患者

慢性病患者病程迁延、反复发作。大多患者都存在有不同程度的焦虑不安、缺乏信心、消极悲观、脾气暴躁等心理障碍。因此首先要建立良好的护患关系,以尊重、亲切的态度与患者交谈,了解其心理状态,讲明病因、病情及治疗进展,让患者做有助于病情的生活保健(散步、轻松的聊天、下棋),帮助患者树立治疗的信心。

2.3 急性疼痛患者

疼痛能使人产生极其明显的心理变化、而急性疼痛对患者的心理影响更加显著,因此在疼痛患者的护理过程中更要求护理人员以通俗易懂、简洁明了的言语,耐心细致地询问病情,以取的患者的信任,并向患者家属详细介绍病情,请家属协助护理人员稳定患者情绪。

2.4 病危重患者

危重患者常会表现各种的心理问题(急性起病或意外事件发病的常表现为恐惧、焦虑、过分敏感等,慢性患者加重常表现为悲观、消极、绝望、多疑),鉴于危重患者的特殊性,心理护理更多地是通过非语言交流完成。在对患者心理护理过程中,就更加要求护理人员要言语通俗、贴切,态度和蔼、诚恳、富有同情心,操作娴熟认真,一丝不苟。举止沉着、稳重给患者以充分的信赖感和安全感。

综上所述,在进行心理护理过程中,应坚持以"因地制宜"的宗旨,护理人员始终保持和蔼可亲的护理态度、简练严谨的护理言语、扎实精湛的护理技术,增强患者的信心,积极配合治疗。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2006-09-10 [修回日期] 2006-10-22