维普资讯 http://www.cqvip.com

杜氏病在上消化道出血中误诊分析

金 革* 李锦玉**

杜氏病(Dieulafoy)可引起上消化道出血，胃镜检查易误诊。本文分析5000例胃镜检查资料中，发现杜氏病12例，报告如下。

一、临床资料：本组杜氏病12例中男11例，女1例，年龄16～68岁，平均42岁。12例患者均有上腹部不适或疼痛，及反复大量呕血伴柏油样便。10例曾诊为溃疡病，1例诊为毛细血管扩张症，1例诊为急性出血性胃炎。胃体上部前壁5例，胃窦部小弯侧4例、十二指肠球前壁3例。组织学诊断(1)病变处粘膜呈浅表局灶性缺损，伴有基底部淀粉样变性及纤维样坏死。(2)在缺损的基底部有较大的动脉环，动脉壁增厚，粘膜肌层有扭曲增生的动脉。(3)与粘膜肌层动脉相伴的静脉腔亦有增粗，高倍镜下可见破裂的动脉壁有轻度炎性反应，管腔内有纤维血栓形成。

二、讨论：1. 杜氏病特点：(1)无明显诱因或在某些诱因如饮酒、过食、劳累等情况下突然发病，呕血量大，除呕出咖啡样胃内容物外，常有新鲜血液及凝血块呕出，同时排柏油样便，可导致休克。(2)一般用药物止血无明显效果，出血大多可自行停止。(3)出血可反复发作，间歇数日或数月，发病症状与前一次相同。(4)既往无明显胃病史，不明原因的突发性呕血。(5)胃镜观察发现病灶为圆形，大小在6～10mm之间，中心为点状紫红色血痂，直径在2mm左右，出血点周围粘膜浅层糜烂，表面附薄白苔，反复出血者周边粘膜可略隆起增生，但病灶边缘清楚。胃粘膜呈局灶性缺损伴喷射状出血。胃粘膜浅表凹陷中间有血管走行，表面有凝血块或血痂。偶尔可见小动脉孤立突出于粘膜表面，有时可见到搏动性出血，更少见的是粘膜表面呈出汗样渗血。胃腔内血液全有或全无症，大多数病例在出血间期胃内会清洁如常，或在出血期间胃内可见大量新鲜血液及凝血块。2. 误诊原因分析：(1)本组5例误诊，均因当时不认识杜氏病，只考虑其它引起出血的疾病。(2)对本组7例延误诊断，经过多次复查后才确诊。分析原因认为，对于初诊病人，胃镜检查未能详细了解患者的临床症状，对引起呕血的诱因不清楚，就匆忙下镜检查，没有考虑杜氏病存在的可能，发现病灶就轻易诊断；另对杜氏病与其它出血性疾病的鉴别认识不够，虽然考虑杜氏病存在的可能，但因杜氏病较为少见，且与浅表溃疡出血不易鉴别，不敢确诊。(3)杜氏病出血期间，胃内全是血液，反复冲洗抽吸时，血凝块经常堵塞胃镜活检管道，没有清晰视野，找不到病灶。(4)出血间期，胃内清洁如常，有些病灶位于两条皱襞间，且被胃液覆盖，不易被发现。(5)对于浅表溃疡底部出血，应引起注意，加以鉴别。

(收稿：1998－10－19)

* 作者单位：150026 黑龙江省哈尔滨市第四医院
** 哈尔滨市铁路分局医院

21例原发性小肠肿瘤临床分析

何 瑞* 钱才友*

原发性小肠肿瘤较少见，临床表现也缺乏特异性，极易误诊和漏诊，一旦作出诊断，多数病人已到了晚期，治疗效果差。为了早期诊断及时治疗，本文收集我院1978～1996年经手术和病理证实21例原发性小肠肿瘤总结分析如下。

1. 临床资料：男性17例，女性4例。年龄最大76

* 作者单位：244000 安徽省铜陵市有色金属公司职工总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

岁，年龄最小 11 岁，平均年龄 46 岁。良性肿瘤 5 例，恶性肿瘤 16 例。结果：良性肿瘤以腺瘤和平滑肌瘤最多，恶性肿瘤以腺癌和淋巴瘤最多。肿瘤的分布与病理诊断见表 1。

表 1 21 例小肠原发性肿瘤的分布及病理诊断

病理诊断	十二指肠	空　肠	回　肠	合　计
腺　　癌	2	3	3	8
淋 巴 瘤	1	1	2	4
平滑肌肉瘤	0	1	2	3
类　　癌	0	1	0	1
平 滑 肌 瘤	1	0	1	2
腺　　瘤	1	1	0	2
血管纤维瘤	1	0	0	1
合　计	6	7	8	21

本组临床表现以黑便，腹痛与腹部肿块最常见，90% 以上病人是以黑便或粘液血便和腹痛及不适为首诊症状。肿瘤的临床表现见表 2。

2. 小肠肿瘤的临床表现：

表 2　小肠肿瘤的临床表现

	十二指肠	空　肠	回　肠	合　计
上消化道出血	3	4	4	11
腹痛与不适	2	5	3	10
肠　梗　阻	0	1	1	2
恶 心 呕 吐	3	2	2	7
发　　热	2	4	3	9
肠　穿　孔	1	0	0	1

3. 结果：在 21 例原发性小肠肿瘤中，肿瘤位于十二指肠 6 例，其中恶性 3 例，良性 3 例；位于空肠 7 例，其中恶性 6 例，良性 1 例；位与回肠 8 例，恶性 7 例，良性 1 例。肿瘤总发病率的分布特点是从近至远端依次增高。

4. 讨论：原发性小肠肿瘤发病率低，占胃肠道肿瘤的 1～5%，小肠恶性肿瘤占同期恶性肿瘤 1.63%，本组肿瘤组织学类型与文献报道相近，小肠肿瘤以恶性为主，早期症状不明显，临床缺乏特异性体征，因此临床上常常出现漏诊或误诊。小肠肿瘤的主要临床表现为腹痛，上消化道出血和肠梗阻，体征以贫血和腹部包块多见。小肠肿瘤不论是良性，恶性都可引起消化道出血，出血量与良、恶性无关，对一天内多次便血，并出现头晕、心悸、出冷汗症状，血压降至 8/0kpa，应急诊手术，寻找出血灶。

由于小肠部位的特殊，对不明原因的慢性腹痛、盆腔肿块、黑便或肠梗阻，尤其是伴有贫血患者，在排除胃、大肠、肝胆等部位疾病后，应怀疑为小肠肿瘤，只要病人情况许可，应做 X 线钡餐检查，对 X 线钡餐仍不能排除小肠肿瘤时，应争取做 B 超、肠镜及 CT 和选择性腹腔动脉造影等进一步检查，进行综合分析，上述检查仍不能确诊，而临床又高度怀疑小肠肿瘤时，应及早行剖腹探查术，从而及时治疗。

小肠肿瘤以手术治疗为主，手术方法按肿瘤的病理性质及所在部位而定，对十二指肠恶性肿瘤有时要行胰十二指肠切除术，对回肠病变行右半结肠切除手术，对其它部位肿瘤一般情况下行根治术，术后辅以化疗和放疗，以提高病人存活率。

参 考 文 献

1. 黄钟英. 原发性小肠肿瘤的诊断与治疗. 实用肿瘤杂志, 1993, 8:(1)39.
2. 宋少柏, 等. 原发性小肠恶性肿瘤. 中华肿瘤杂志, 1984, 6(6):445.
3. 丁广汉. 38 例小肠肿瘤误诊原因分析. 肿瘤, 1986, 6(5):231.

(收稿：1998－07－20)