维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2005)01-0127-03

54 例小肠出血的病因及诊断分析

刘胜春 , 姚榛祥

(重庆医科大学临床学院普外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨小肠出血的病因及诊断方法。方法:对我院 1980 年 1 月~2003 年 12 月收治并经证实的 54 例小肠出血的病因及诊断方法进行回顾性分析。结果:出血原因肿瘤 35/54(64.81%),其中恶性肿瘤占 24/35(68.57%),良性肿瘤 11/35(31.43%);血管病变 10/54(18.52%);炎性及其他疾病 9/54(16.67%)。术中肠镜检查 6 例,阳性诊断率 100%;选择性动脉造影 5 例,诊断符合率 4/5(80%);99mTc 标记红细胞核素扫描 6 例,其中 5 例提示小肠出血 5/6(83.33%);胃镜及结肠镜检查 37 例,阳性结果 8/37(21.62%);肠道 X 线检查阳性率 6/24(25.00%);B 超 10/29(34.48%)阳性。结论:肿瘤是小肠出血的主要原因,血管病变不可忽视。术中肠镜、DSA、ECT 等诊断方法外,B 超检查具有较重要的作用。

【关键词】小肠出血;病因;诊断

【中国图书分类法分类号】R656.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2004-02-13

Analysis of the etiology and diagnosis of 54 cases of small intestinal hemorrhage

LIU Shengchun , et al

(*Department of General Surgery , College of Clinical Medicine , Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To analyze and discuss etiology and diagnosis of small intestinal hemorrhage. *Methods*: Fifty-four cases, who had small intestinal hemorrhage and had been admitted in our hospital from 1980.1 to 2003.12, were analyzed according to etiology and diagnosis. *Results*: Small intestinal tumors were found in 35 cases(64.81%), among which most were malignant (68.57%), angiodysplasia in 10 cases (18.52%), Crohn's disease, infective disease and diverticula in 9 cases (16.67%). The positive rates of intraoperative colonoscopy, angiography, radionucleide scanning, endoscopy, intestinal tract X-ray as well as ultrasound were 6/6(100%), 4/5(80%), 5/6(83.33%), 8/37(21.62%), 6/24(25.00%) and 10/29(34.48%) respectively. *Conclusion*: Tumor is the most common cause of small intestinal hemorrhage and angiodysplasia often cause small intestinal massive bleeding. Besides intraoperative colonoscopy, angiography and radionucleide scanning spęcial diagnostic methods. B ultrasound is helpful for diagnosis of small intestinal hemorrhage.

【Key words】Small intestinal hemorrhage; Etiology; Diagnosis

小肠出血约占整个消化道出血的 3%~5%[1],临床表现缺乏特异性,容易延误诊断和治疗,本文回顾性分析我院 1980 年 1 月~2003 年 12 月收治的 54 例小肠出血,就其出血病因和检查手段进行探讨,以提高对本病的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 54 例,男性 29 例,女性 25 例,年龄 18~33 岁,平均 52.70±14.77 岁,出现症状到就诊时间 3h~20 年,中位数 360 天。

1.2 临床表现

间歇性黑便 28 例;柏油样便 16 例,其中 4 例伴呕血;鲜红色便 6 例;4 例仅表现为贫血及大便隐血。25 例伴有腹痛,10 例伴有腹部肿块,6 例伴肠梗阻,2 例先表现为消化道出血,后分别转为腹块及腹膜炎,2 例出现黄疸,血红蛋白 36~112g/L,平均 76.31±26.94g/L。入院时处于出血期 44 例,其中 8 例有早期休克,2 例大出血超过 4000ml 危及生命。

1.3 检查方法

胃镜检查 27 例,其中 6 例发现十二指肠第二段及第三段病变(22.23%),3 例十二指肠球部溃疡及 1 例十二指肠球炎处于稳定期无出血。纤维结肠镜 10 例,其中 1 例发现末端回肠新生物伴回—盲肠套叠。消化道钡餐 24 例,阳性 6 例(25.00%),其中提示回肠淋巴瘤 1 例,空肠上段不规则

作者介绍:刘胜春(1968-),男,副教授,
主要研究方向:普外科基础与临床,及肿瘤外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

狭窄 2 例(其中 1 例同时存在美克尔憩室),十二指肠降段憩室 1 例,美克尔憩室 1 例,空肠多发性息肉 1 例。B 超检查共 29 例,10 例(34.48%)提示腹块。99mTc 标记红细胞核素扫描 6 例,其中 5 例提示小肠出血(83.33%)。DSA 检查 5 例,提示小肠病变出血 4 例(80%)。53 例经手术及病理证实,其中 6 例并作术中乙状结肠镜检查。1 例 DSA 证实为回肠血管畸形并用明胶海绵栓塞治疗后出血停止。

1.4 出血部位及原因

小肠出血的病因及其分布见表 1。

表 1 54 例小肠出血的病因及分布

	N	十二直指肠	空肠	回肠
恶性	24	8	8	8
腺癌	9	5	2	2
平滑肌肉瘤	4	2	2	0
恶性淋巴瘤	6	1	2	3
恶性神经鞘膜瘤	3	0	2	1
小细胞癌	1	0	0	1
恶性组织细胞病	1	0	0	1
良性	30	5	12	13
平滑肌瘤	9	3	4	2
血管瘤畸形	10	0	6	4
憩室	4	0	1	3
Crohn's 病	3	0	0	3
神经鞘膜瘤	2	2	0	0
息肉	1	0	1	0
肠伤寒	1	0	0	1
合计	54	13	20	21

2 讨 论

2.1 小肠出血的病因

国外报道小肠出血以血管病变多见(70%～80%),小肠肿瘤仅占 5%～10%[1],国内报道以肿瘤多见(22.2%～60.0%),良性肿瘤 27.3%,以腺瘤性息肉、平滑肌瘤为主,恶性肿瘤占 23.3%,以平滑肌肉瘤、腺癌、淋巴瘤为主[2,3]。本组病例肿瘤占 64.81%(35/54),其中恶性肿瘤占 24/35(68.57%),以腺癌、恶性淋巴瘤、平滑肌肉瘤、恶性神经鞘膜瘤为主。良性肿瘤 11/35(31.43%),以平滑肌瘤、神经鞘膜瘤为主。血管病变 10/54(18.52%)。炎性及其他疾病 9/54(16.6%)。良恶性病变之比为 1.25:1(30:24)。有文献报道大多数小肠肿瘤位于十二指肠及空肠起始 20cm 以内[2],本组资料未获证实,且本组肿瘤病例中恶性多于良性,可能与病例数较少及病例选择有关:Crohn's 病 3 例,憩室 4 例,息肉 1 例,肠伤寒 1 例。病种构成与国内报道相似,但与国外报道差异较大,其原因可能为:①地域、种、遗传差异。②ECT、DSA 及小肠镜等特异性高的检查方法在国内尚未广泛开展,③小肠病变早期多无症状,后期主要表现为消化道出血和继发性贫血等缺乏特异性,且血管畸形等多发生于老年,难以耐受以上检查。

2.2 小肠出血的诊断方法

2.2.1 内镜检查 胃镜和纤维结肠镜检查虽然对小肠出血的诊断价值有限,因其操作简单、方便、能排除食道、胃、十二指肠球部及结、直肠的病变出血,因此对小肠出血的诊断仍是不可缺少的。且胃镜检查虽可能漏诊十二指肠第四段病变,但对第二、三段病变仍有较好的诊断价值,本组 27 例胃镜检查,发现十二指肠二、三段病变 6 例。结肠镜 10 例,得以诊断末端回肠肿瘤及 Crohn's 病各 1 例。同时内镜检查需注意合并其他疾病的可能,本组分别有 1 例空肠腺癌、十二指肠降段淋巴瘤、神经鞘膜瘤、平滑肌瘤同时存在十二指肠球部溃疡或球炎。小肠镜对小肠出血的诊断有肯定价值,Dykman 等报道应用 VSB—2900 型小肠镜插至回肠中段,可检查约 90% 的小肠粘膜[4],但因该检查时间长约需 6～7h 到达回盲部,设备贵且不耐用,病人也痛苦,未能作为常现检查手段。球囊内窥镜是近年开发的无线内镜,形如半个球囊(1.1cm×2.7cm),内有闪光、摄影、传感器装置。患者接受检查时只需吞入球囊,凭借吞咽和蠕动向下推进,在胃肠内快速拍摄并向体外传送图象,球囊经 8～72h 随粪便排出体外。国外报道对小肠病变的诊断率 60～63%,敏感性 94%,阳性预测值 100%,阴性预测值 80%[5]。对小肠病变的诊断价值较大,但作为一项新技术还需进一步改进和完善。

2.2.2 B 超 B 超及 CT 等影像学检查在消化道出血中具有一定的价值,Bozkurt 报道以 B 超对 7 例消化道出血作出了小肠出血的诊断[6],Daneman 报道超声诊断 Meckel 憩室阳性率可达 44%[7],本组资料 10/29(34.48%)阳性,8 例发现腹腔肿块,2 例提示上消化道梗阻,结合消化道出血的临床表现作出了小肠肿瘤的诊断,值得重视的是实性占位多为游走性,不同时间以及同一时间的检查可以在不同部位发现,若以动态 B 超发现该特点极有助于诊断。

2.2.3 肠道 X 线检查 是目前诊断小肠疾病应用广泛的检查方法[8],但由于小肠迂曲重叠,活动度大,故钡剂检查不易显示其病变而阳性率低,仅 10%～25% 左右[9]。本组病例阳性率 25.00%,与文献报道相似。本组阳性病例中 5 例为肿瘤或憩

维普资讯 http://www.cqvip.com

室;对血管性病变的诊断帮助不大。有文献报道采用小肠插管分段气钡造影确诊率可达 73.8%[10],对该方法有待大量病例验证。

2.2.4 99mTc 显像(ECT) 出血速度为 0.05~0.1ml/min 时该技术能测出放射性核素从血管中逸入肠腔,文献报道小肠出血诊断阳性率 80%,定位诊断 40%左右。本组 6 例受检者中 4 例获阳性,阳性率 66.66%,手术探查发现定位率为 50%。该技术特点是活动性出血期定性检出率高,方法敏感。但其定位率差,可能由于出血逸入肠腔后标记的红血胞随肠管蠕动游散或肠管位置移动有关;有作者认为该定位诊断正确率与两方面有关:①获阳性结果的时间,如在扫描开始的 2 小时内获阳性结果,正确率为 86%,而≥2h 正确率下降为 64%;②出血部位,对左半结肠出血的定位率可高达 100%,而对上消化道出血的诊断率最低[11]。因此该方法应动态观察,并结合其他方法以帮助诊断。

2.2.5 选择性动脉造影(DSA) 是消化道出血最有效的检查方法,出血量≥0.5ml/min 时肠系膜动脉造影可显示造影剂逸出血管外,出血停止或出血量<0.5ml/min 时不能显示造影剂外逸,但有可能发现引起消化道出血的基本病变,如血供丰富的肿瘤、血管病变、炎性病变等。一般对活动性出血的诊断阳性率为 50%~86%[2],有作者认为阳性率可达 100%。本组 4 例阳性病例中 3 例为血管病变,其主要依据为①粘膜内有密度增高的排空迟缓的扩张、迂曲静脉丛;②动脉相伴有扩张、呈蜂窝状复合体的血管簇,③静脉相早期充盈。为提高确诊率,有作者提出对不明原因的消化道出血应积极及时地进行血管造影,而不应将活动性出血作为检查的必要条件[2]。该检查阳性取决于时机和出血速度,有报道出血后推迟 6h 以上造影,可导致 28%的病例难以找到出血部位。且操作技术要求高,并要求有一定的技术设备使其广泛开展受到限制。

2.2.6 手术探查在小肠出血诊断中的意义 本组除 1 例回肠血管畸形经 DSA 诊断并行血管栓塞治疗外,其余全部行手术治疗,术中结合透光试验、应用乙状结肠镜可提高诊断率,本组 6 例术中用肠镜得以诊断。但应指出粘膜下的小肠病变检查时不易看到或扪到,本组 1 例探查时见距 Treitz 韧带 100cm 处肠腔内出血,用乙状结肠镜分别检查其近、远端各 100cm 未见异常,向远端间隔切开到 100cm 处才发现血管瘤破裂出血。有作者术中直接将美蓝注入肠系膜上动脉使病变肠管蓝染以协助术中诊断[12]。同时我们认为对消化道出血患者必要的辅助检查阴性时,不应过多追求术前确诊而耽误了手术时机,本组 1 例 24 岁急性出血患者经胃镜及纤结镜检查未发现出血病变,行 ECT 检查仍不明确,拟行 DSA 时,出现腹块给予剖腹探查发现距回盲部 110cm 处平滑肌瘤中心 0.5cm 溃疡出血,而此时患者已出血共 4000ml,因此有以下情况之一应及时手术探查:①各种辅助检查未能发现病变或诊断不明,临床高度怀疑小肠出血者,②出血量不多但伴有急腹症者,③内科治疗不能及时止血,④疑急性小肠大出血危及生命,⑤长期反复出血需进一步明确病因,或疑为恶变者。

参 考 文 献

[1] Lewis B. Small intestinal bleeding[J]. Gastrointest Clin North Am, 2000;29(1):67-93.

[2] 任 俭,陈立波,丁静民,等. 小肠出血 66 例诊断分析[J]. 中国实用外科杂志,1999;19(7):416-418.

[3] Lei J, Huang J. Analysis of 32 Cases of Small Intestinal Diseases with Bleeding[J]. J Surg Concept Pract, 2001;16(6):330-331.

[4] Dykman DD, Killian SE. Initial experience with the Pentax VSB-2900 enteroscope[J]. Am J Gastroenterol, 1993;88(4):570-573.

[5] Gong F, Swain P, Mills T. Wireless endoscopy[J]. Gastrointest, 2000;51:725-729.

[6] Bozkurt T, Butsch B, Schmiegelow P, et al. Ultrasound imaging of mesenchymal small intestine tumors in diagnosis of unexplained gastrointestinal hemorrhage[J]. Ultrachall Med, 1993;14(6):264-273.

[7] Daneman A, Lobo E, Alton DJ, et al. The value of so Hepatogastroenterology nography, CT and air enema for detection of complicated Meckel diverticulum in children with nonspecific clinical presentation[J]. Pediatr Radiol, 1998;28(12):928-936.

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

[9] 朱 萱,王崇文,徐 萍. 手术证实的小肠诊断分析[J]. 中华消化杂志,1997;17(2):70-72.

[10] 叶再元,张 琴,叶建华. 小肠出血[J]. 腹部外科,1996;9(2):65-67.

[11] 李国新,齐德林,黄祥成. 小肠出血诊断分析[J]. 中华普通外科杂志,1998;13(1):29-30.

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