维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2001)04－0459－02

1 例下消化道出血的介入治疗

徐　昉,戴远斌,乔正荣,向　志

(重庆医科大学临床学院普外科　重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R574　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2001－02－19

1　临床资料

患者　女,66 岁。曾多次因解黑便入院,电子结肠镜未见异常,胃镜及全消化道钡餐示胃窦炎伴胃粘膜脱垂,经止血等对症支持治疗后好转。1998 年 ECT 提示右肺外异常浓聚影为出血灶,升结肠可能性大。2000 年 11 月 17 日再次不明原因解黑便入院。查体:轻度贫血貌,腹平软,全腹无压痛、反跳痛。入院后经洛赛克、凝血酶等治疗仍多次解暗红色稀便。查血常规 RBC 2.99×10^{12}/L、HGB 93g/L。急诊在局麻下行选择性肠系膜上动脉、回结肠动脉造影(DSA)及亚超选择性回结肠动脉结肠支栓塞治疗。经右股动脉穿刺置入 5F 导管,选择进入回结肠动脉,注入碘海醇,见回结肠动脉结肠支远端血管丰富卷曲成团,静脉早期显影,造影剂外溢,证实出血灶为升结肠中下 1/3 处的动－静脉畸形(图 1、2)。将导管放至结肠支起始部,注入 1.5～2.0cm 真丝线段 20 根后再次造影,血管畸形消失,其他正常分支显影良好(图 3)。

术后未诉腹痛,查体腹软,全腹无压痛。术后第 3 天进食;第 6 天解黄色软便;第 11 天痊愈出院。2 个月后随访未见下消化道出血症状。



图 1　回结肠动脉结支远端动脉血管丰富卷曲成团



图 2　静脉早期显影,造影剂外溢



图 3　血管畸形消失,其他正常分支显影良好

2　讨　论

下消化道出血主要表现为血便或黑粪。可由肠道肿瘤、憩室、血管畸形等多种疾病引起。过去对于原因不明、保守治疗无效的下消化道出血只能选择剖腹探查。而术中很难找到病灶所在,只能根据经验切除血管较丰富、充血或瘀血的肠段。但所切除的肠段不一定包括出血灶,术后仍有出血可能[1]。自 Nusbaum[2] 于 1963 年首次报道选择性血管造影可确定消化道出血部位以来,该法已广泛应用于临床。尤其对于肠壁血管畸形所致者,选择性血管造影是目前最好的诊断办法,它可以明确出血部位、范围、供血特点。从而为选择治疗方案提供依据。本例即是如此发现下消化道出血是由肠壁动－静脉畸形引起。对于由肠壁动－静脉畸形引起的下消化道出血,血管栓塞术不失为一种选择。我们的经验表

作者介绍:徐　昉(1977－　),男,浙江省江山市人,助教。主要研究方向:临床外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

明,亚超选择性腹腔动脉栓塞可以治疗由肠壁血管畸形所致的下消化道出血,它具微创性、定位准确、疗效高和见效快的特点。但应注意:(1)先通过各种无创的方法寻找下消化道出血的原因;(2)排除严重凝血功能障碍、严重贫血等禁忌证;(3)尽可能采取超选择性或亚超选择性插管注入栓塞材料,避免栓塞正常血管;(4)术后严密观察腹部体征,警惕由于过分栓塞血管而引发的肠壁坏死[3]。

参 考 文 献

[1] 范隆华,陈福真,杨 珏,等.中华普通外科杂志,1998;1(13):41.
[2] Nusbaum MB. . Surgery,1963;13,374.
[3] 张金山.现代腹部介入放射学, 2000;181

文章编号:0253-3626(2001)04-0460-01

十二指肠球部癌性穿孔 1 例报道

张宏宇[1],张才全[1],管小琴[2]

(1.重庆医科大学临床学院普外科 重庆 400016);2.重庆医科大学基础学院病理科 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R735.3+1 【文献标识码】B 【收稿日期】2000-08-28

患者 男性,70 岁,住院号 325419。因突发性全腹部剧烈疼痛 3h,于 2000 年 1 月 21 日凌晨入院。急查血常规:Hb45g/L,WBC7.5×10⁹/L,N0.73,胸腹透视:膈下可见游离气体。以上消化道穿孔急诊行剖腹探查术。术中见十二指肠球部前壁距幽门约 1cm 处有一 0.3cm×0.4cm 大小的穿孔,肠内容物外溢,穿孔周围质硬、凹凸不平、状似瘢痕组织,附近可见散在肿大淋巴结。术中诊断:十二指肠球部溃疡穿孔。切取穿孔边缘少许组织送检,行穿孔修补术加胃、空肠吻合术。术后恢复顺利,住院 12 天出院,建议 3 月后复诊。出院后患者失访。术后病理报告:十二指肠球部低分化腺癌,癌细胞呈片状、腺样分布,AB-PAS 为阳性。

讨论 原发性十二指肠恶性肿瘤以腺癌为主,大体分为乳头型、浸润型、缩窄型和弥漫型,好发于十二指肠乳头区,乳头上区的肿瘤约占 20%。近年来由于纤维内窥镜的使用,十二指肠腺癌的病例数愈来愈多,占原发性小肠恶性肿瘤的 54.5%,发病高峰年龄为 70 岁左右,男性稍比女性多见[1]。诊断手段主要有纤维胃镜、胃肠钡餐、B 超、CT 和 ERCP,纤维胃镜对乳头上区肿瘤确诊率高,B 超和 ERCP 联合检查可提高乳头区肿瘤检出率[2]。早期治疗以胰、十二指肠切除术为主,但预后较差。十二指肠球部癌性穿也少见,既往文献罕有报道。复习病历,该患者为老年男性,既往无明显季节性、节律性上腹痛病史;术前存在原因不明的贫血;术中见穿孔周围淋巴结肿大。故应有癌性穿孔的拟诊,有必要术中行冰冻切片明确诊断,以及时采取妥善的治疗措施。

参 考 文 献

[1] Minardi AJ, Zibari GB, Aultman DF, et al, Small-bowl tumors [J]. J Am Coll Surg,1998;186:664-668.
[2] 刘全达,蔡志民,余佩武,等.原发性十二指肠恶性肿瘤 47 例临床分析[J].中华普通外科杂志,2000;15:136-138.

作者介绍:张宏宇(1968-),男,江苏省徐州市人,主治医师,硕士。
主要研究方向:胃肠道肿瘤