不清楚。同其他多数作者一样,我们强调β-阻滞剂用于心力衰竭治疗应在传统的强心、利尿、扩血管药物使心功能获得临床稳定基础上开始用药。小剂量(如2.5 mg 2/d)试服1周若能接受可根据临床反应逐渐增量。药物的副作用发生率及其严重程度与服用剂量(尤其起始剂量)和患者基础血压有关。

心力衰竭的发生和发展过程中存在心肌细胞凋亡,凋亡可能是参与心室重构,使心力衰竭进行性加重的重要因素[5]。据文献[6]报道卡维地洛抑制心肌细胞凋亡作用可能与抗氧化、清除氧自由基的作用有关。有关心衰患者细胞凋亡水平的检测对心衰程度及预后的判断有一定意义[5]。本组的12例心力衰竭患者sFas水平显著高于正常人组(1.67±0.75 *vs* 0.55±0.21 ng/ml, $P<0.001$)。经卡维地洛和常规治疗,随着心功能改善,两组患者的sFas水平均有降低,但卡维地洛组下降更明显($P<0.05$)。相关分析显示sFas与EF值呈显著负相关($r=-0.73$, $P<0.001$)。研究认为心衰患者血浆sFas水平可以反映心肌细胞凋亡程度[7]。近年来国内亦有报道显示:心功能越差者sFas增高越明显,正常人与心功能Ⅲ级以上者存在明显差异[8]。

以上结果表明,卡维地洛改善国人心力衰竭患者的临床疗效和对心室重构的干预作用优于常规治疗,它对衰竭心肌的保护作用除减慢心室率、降低心肌耗氧量外,还可能与抑制心肌细胞凋亡有关。小剂量卡维地洛治疗对心力衰竭患者无严重临床副作用。

参考文献:

[1] Nishigaki K, Minatoguchi S, Seishima M, *et al*. Plasma Fas ligand, an induced of apoptosis, and plasma soluble Fas, an inhibator of apoptosis, in patient with chromic congestive heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 1997, 29(6): 1214—1220.
[2] Tendera M, Ochala A. Overview of the results of recent beta blocker trials [J]. Curr Opin Cardiol, 2001, 16(2): 180—185.
[3] Li L G, Huang J, Zhu S J. Logestic regression analysis of prognostic factors for dilated cardiomyopathy[J]. J Med Coll PLA, 1994, 10(4): 281—284.
[4] Mcdonald K M, Rector T, Carlyle P F, *et al*. Angiotensin convertion enzyme inhibition and beta-adrenoceptor blockade regress established ventricular remodeling in a canine model of discrete myocardial damage[J]. J Am Coll Cardiol, 1994, 24(7): 1762—1771.
[5] Birks E J, Latif N, Owen V, *et al*. Quantitative myocardial cytokine expression and activation of the apoptotic pathway in patients who require left ventricular assist devices[J]. Circulation, 2001, 104(12 Suppl 1): I233—240.
[6] Packer M. Effect of carvediolol on the survival of patients with chronic heart failure[J]. Circulation, 1995, 92(suppl1): 126—142.
[7] Bromme H J, Holtz J. Apoptosis in the heart: when and why[J]. Mol Cell Biochem, 1996, 163/164: 261—275.
[8] 李志梁,焦保明,钱洪珠,等.应用细胞凋亡抑制因子评估心力衰竭患者心肌细胞凋亡水平[J].中华内科杂志, 1999, 38(3): 168—170.

(编辑 郭建秀)

# 个案与短篇

文章编号:1000-5404(2002)08-0976-01

## 小肠出血性疾病的诊断分析

## Analysis on the diagnosis of small intestinal bleeding disease

徐海燕,周子成 (第三军医大学附属西南医院全军消化专科中心,重庆 400038)

本研究对我院1990—1999年,经手术及病理证实的小肠出血性疾病14例,进行回顾性分析,旨在总结诊断的初步经验。

### 1 临床资料

一般资料:14例中男12例,女2例,平均年龄51岁(22~74岁)。病程24 h~7年,平均30个月。

临床表现:间隙性黑便10例,暗红色血便2例,仅表现为贫血及粪隐血试验阳性2例,腹痛不适7例,黄疸伴皮肤瘙痒1例,腹膜刺激征阳性1例,失血性休克1例。入院时全部病例均处于出血期。

术前与术后诊断比较:术前主要诊断方法的阳性率依次为:血管造影100%(2/2),小肠钡灌80%(4/5),胃镜28.6%(2/7),结肠镜25%(2/8),核素显像0%(0/1)。经手术病理确诊的14例,术前误诊2例(14.3%),分别将空、回肠平滑肌肉瘤误诊为横结肠,回盲部息肉各1例;漏诊6例(42.9%),分别为小肠平滑肌瘤2例,回肠末端多发性溃疡,空肠异位胰腺,空肠类癌,回肠黏膜相关性淋巴瘤各1例。误漏诊率高达57.1%。

### 2 讨论

通过本组小肠出血性疾病的分析,我们认为小肠出血具有以下特点:①临床少见,发病率低,14例仅占本院同期收治消化道出血病例的0.3%;②病程长,本组病人平均病程30个月;③出血隐匿、量少或间断性出血。本组2例仅表现为贫血及粪隐血试验阳性,不易引起临床医师的重视;④小肠出血病人有时可合并消化性溃疡或结肠息肉。本组合并十二指肠息肉、结肠息肉各1例。从而易混淆了对小肠出血原因的判断,增加诊断的难度。

有关小肠出血的病因,国外报道以血管畸形最多见(70%~80%),小肠肿瘤仅占(5%~10%)。国内报道则以肿瘤为多(22.2%~60%),其中良性肿瘤占27.3%,以腺瘤性息肉,平滑肌瘤为主;恶性肿瘤23.3%,以平滑肌肉瘤,腺癌,淋巴瘤为主。血管畸形仅占2%~10%。本组小肠出血病因中,肿瘤占85.7%(12/14),较国内报道为高,其中良性肿瘤7例,主要为平

作者简介:徐海燕(1967—),女,重庆市人,主治医师,主要从事消化系疾病的临床研究。电话:(023)68754000-73055

收稿日期:2002-01-30;修回日期:2002-07-04

(下转978页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

### 1.5 统计学方法

为计数资料，采用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

横断面 CT、CTA 和病理对血管的评分结果见表 1、2。以病理评分为标准，横断面 CT 和 CTA 判断血管与肿瘤关系的正确率分别为 79.14%和 88.77%。后者明显高于前者（$\chi^2=9.63$ $P<0.01$）。

表 1 横断面 CT 和病理对血管的评分结果（$n$）

Tab 1 Grading of central pulmonary vessels with axial CT and pathology（$n$）

| Grading | Axial CT | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 0 | 50 | 2 | | | | 52 |
| 1 | | 29 | 8 | | | 37 |
| 2 | | 7 | 45 | 8 | | 60 |
| 3 | | | 9 | 19 | 2 | 30 |
| 4 | | | | 3 | 5 | 8 |
| Total | 50 | 38 | 62 | 30 | 7 | 187 |

表 2 CTA 和病理对血管的评分结果（$n$）

Tab 2 Grading of central pulmonary vessels with CTA and pathology（$n$）

| Grading | CTA (n) | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 0 | 51 | 1 | | | | 52 |
| 1 | | 33 | 4 | | | 37 |
| 2 | | 3 | 52 | 5 | | 60 |
| 3 | | | 5 | 24 | 1 | 30 |
| 4 | | | | 2 | 6 | 8 |
| Total | 51 | 37 | 61 | 31 | 7 | 187 |

## 3 讨论

CTA 在临床上主要用于诊断血管性病变和判断血管与周围结构的关系。而通过 CTA 判断肿瘤与血管关系来对肿瘤进行定性诊断，国外已有一些研究报道[2~4]。本研究采用 CTA 的 CPR 法和 MPR 法，术前对肺癌的肿瘤侧中央肺动静脉进行了图像重建。结果表明，CPR 能解决在横断面图像上对弯曲走行的血管不能连续观察的难题，可在一个平面上对其与肿瘤的关系进行分析。MPR 法则可从任意角度对血管进行纵切和横切，便于详细分析血管与肿瘤的关系。

为进一步研究肺癌侵犯中央肺动静脉的特点，为 CT 征象和术中所见提供理论依据，最终实现术前 CT 图像对肺癌切除术的指导，本研究对 29 例行全肺切除术标本的中央肺血管进行了病理观察。本研究中所采用的五分制对肿瘤与血管关系进行评分，横断面 CT 和 CTA 的评分都表现出了与病理评分较高的符合率。事实上，癌肿以一定方式侵犯肺血管时总是表现为某种特定的 CT 影像。但 CTA 的正确率明显高于单一的横断面 CT。这主要是因为单一的横断面 CT 视角受到局限，尤其是对斜行和弯曲走行的血管，无法准确分析它们与肿瘤的关系；而 CTA 可多角度、多层面的观察，因而判断准确[2~7]。根据本实验和作者以往的研究结果，肺癌侵犯中央肺血管的 CTA 表现与手术和病理发现有很好的相关性，比传统的单一横断面 CT 有明显的优势。中央肺动静脉受癌肿侵犯的程度会影响肺癌的可切除性，作者认为可利用 CTA 术前预测中央肺血管能否处理以及肺切除的术式和难易程度。

## 参考文献：


[1] Raptopoulos V V, Steer M, Sheiman R G, *et al*. The use of helical CT and CT angiography to predict vascular involvement from pancreatic cancer: correlation with findings at surgery[J]. Am J Roentg, 1997, 168(4): 971—977.

[2] 谭群友，王芳泽. 螺旋 CT 血管造影在肿瘤诊断中的价值[J]. 国外医学. 肿瘤学分册，1999，26(2)：80—83.

[3] Makita O, Yamashita Y, Arakawa A, *et al*. Diffuse perfusion abnormality of the liver parenchyma on angiography-assisted helical CT in relation to cirrhosis and previous treatments: a potential diagnostic pitfall for detecting hepatocellular carcinoma[J]. Clin Imaging, 2000, 24(5): 292—297.

[4] Yamasaki T, Kurokawa F, Shirahashi H, *et al*. Percutaneous radiofrequency ablation therapy with combined angiography and computed tomography assistance for patients with hepatocellular carcinoma[J]. Cancer, 2001, 91(7): 1 342—1 348.

[5] Ofer A, Nitecki S S, Braun J, *et al*. CT angiography of the carotid arteries in trauma to the neck[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2001, 21(5): 401—407.

[6] Tins B, Oxtoby J, Patel S. Comparison of CT angiography with conventional arterial angiography in aortoiliac occlusive disease[J]. Br J Radiol, 2001, 74(879): 219—225.

[7] 谭群友，王芳泽，赵绍宏，等. 肺癌侵犯中央肺血管及其可切除性的研究[J]. 中华胸心血管外科杂志，2000，16(4)：205—207.


（编辑 薛国文）

（上接 976 页）

滑肌瘤。恶性肿瘤 5 例，以小肠类癌较多见。恶性肿瘤多发生于 40 岁以上，有时可伴有肠梗阻或腹膜炎，如为女性常可合并妇科肿瘤[1,2]。本组 1 例，女性，为平滑肌肉瘤合并子宫浆膜下平滑肌瘤及左侧卵巢巧克力囊肿。因而对年龄较大的小肠出血病人，应警惕恶性肿瘤的可能性。对女性病人还应想到合并妇科肿瘤的可能。

目前内镜和影像诊断水平虽有很大提高，但小肠出血的诊断仍是临床的一个难题，误漏诊率高，其原因在于：①胃十二指肠镜及结肠镜虽可对十二指肠降段及回肠末端的病变做出明确诊断，但对于空肠及大部分的回肠病变则无济于事。②小肠镜检操作难度大，应用受限，且开展亦不普遍。③核素显像可提示出血的区域或大致部位，但不能确切定位。④血管造影系创伤性检查，常受出血速率、血管造影技术及时机选择等因素的影响。⑤小肠钡灌对血管性病变诊断帮助不大。上述诊断方法虽各有其不足，但从本组诊断阳性率看，血管造影及小肠钡灌仍不失为有效的诊断手段可供临床选择。当各种检查均不能做出明确诊断时，剖腹探查或术中配合内镜检查是其诊断最有效的方法。

关键词：小肠出血；诊断

中图法分类号：R573.204 文献标识码：B

## 参考文献：


[1] 王崇文. 小肠出血[J]. 中华消化杂志，1997，11(2)：63—64.

[2] 陆 玮. 小肠出血诊断的进展[J]. 中华消化杂志，1995，15(2)：66—67.


（编辑 冷怀明）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net