DOI:10.16016/j.1000-5404.1996.03.043

的病人无1例发现肝切缘有肿瘤浸润。胡宗泽等[1]对照术中B超、术前B超和CT对门静脉癌栓的诊断率分别为88.88%、22.22%和11.11%。我们体会术中B超对判定肿瘤与血管的关系明显优于术前B超和CT检查。本组1例45岁男患者,右肝癌肿直径达10 cm,术前考虑只能行姑息性治疗。术中B超提示肿瘤包膜完整,肝中静脉受推压移位,无门静脉癌栓和肝内转移灶,在术中B超引导下行肿瘤切除。对复发性肝癌再次手术,由于肝脏增生,移位,失去正常形态和表面标志,判断能否再次手术切除,术中B超更具有显著优势。我们对复发性肝癌再次手术全部使用术中B超检查。但本组术中B超对肝外淋巴结转移发现率不高,可能是因为经验不足,对肝外检查重视不够。

2.4 术中B超指导肝癌术中局部治疗

对无法切除的肝癌或主瘤切除后残存子瘤,在术中B超引导下行局部注射无水乙醇、微波固化、高温、冷冻等治疗,安全、准确、可靠。尤其是局部注射无水乙醇,术中B超可以观察乙醇在肿瘤内的分布和扩散情况,效果满意。本组1例56岁男患者右肝癌切除后,术中B超发现近第二肝门处残留直径2 cm病灶,在术中B超指导下注射无水乙醇和局部微波固化治疗。术后8个月CT复查,肿瘤部位成为囊性病灶,病人生活良好。

关键词 术中B超;肿瘤;肝脏

中图法分类号 R657.3

参考文献

1 胡宗泽,毕玉华,张清泉等.术中B超检查在肝癌手术中的应用.中国超声医学杂志,1992;8(1):4

2 陈孝平,吴在德,裘法祖等.术中B超在肝癌治疗中的应用.实用外科杂志,1991;11(5):249

3 Makunchi M, Hasegawa H, Yamazaki S *et al*. The use of operative ultrasound as an aid to liver resection in patients with hepatocellular carcinoma. World J Surg,1987;11(5):615

4 Lau WY, Leung KL, Lee TW *et al*. Ultrasonography during liver resection for hepatocelluar carcinoma. Br J Sury,1993;80(4):493

(收稿:1995-09-21;修回:1996-04-13)

(编辑 仇玉福)

疑难消化道出血手术中内镜检查的价值

The value of intraoperative endoscopy in obscure gastrointestinal bleedings

蒲永东 马宏敏 郑乃国 卫 国 杨俊慧 王振华* (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,630038

消化道出血是消化内科和普通外科的常见病,诊断不明的疑难消化道出血约占20%~30%。在治疗上内外科医生均甚感棘手。此类患者出血量大,具有反复性,各种现代检查均难以确诊。如果施行剖腹探查,术中出血停止,无法找到出血灶,使手术陷入困境。即使有些被迫行盲目胃次全切除术,术后又再出血,甚至多次手术也未能奏效。我科自1994~1996年初对7例疑难消化道出血行剖腹探查,手术中应用纤维内镜找出血灶,取得良好效果。

1 临床资料与方法

本组7例中,男6例,女1例;年龄2~70岁。其中十二指肠球部应激性溃疡2例,十二指肠球后溃疡、回肠毛细血管瘤、横结肠炎性多发性息肉、回盲部克隆氏病和回肠憩室各1例。除3例溃疡外,其余均经术后病理检查确诊。7例中均有便血症状,其中1例同时有呕血史。术前均有反复出血2次以上,出血量均在1000 ml以上,采用各种保守治疗措施无效。术前行纤维胃镜检查5例均未确诊。术中检查路径:2例切开胃腔插入胃镜,1例切开十二指肠,2例切开小肠,1例切开结肠,1例经腹腔。

2 讨论

随着现代科技进步,各种先进仪器应运而生。但有些疑难消化道出血在术前仍不能确定出血部位,近年多不主张盲目胃次全切除,手术指征更趋严格,使有些消化道出血患者失去手术时机,造成不应有的死亡。对诊断不明的疑难消化道出血,特别是出血急、量大者,及时剖腹探查,术中应用纤维内镜,使外科医生有成竹在胸之感,不再担忧术中陷于入困境。剖腹术中应用内

* 消化内科 重庆,630038

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

镜检查，是内镜技术的一大进展[1]。但这一技术被严重地忽视了。如 Bowden[2]统计术中内镜检查仅占内镜检查的1.4%。

2.1 术中内窥镜检查的适应证

2.1.1 病因不明的急性消化道出血者 本组中1例54岁患者，行胆囊切除术后8 d 出现急性消化道出血，既往无消化道出血史。经保守治疗出血暂停予以出院，出院后又出现大量呕血及便血而急诊入院，胃镜检查到胃十二指肠见大量涌血，无法查找出血灶，急诊剖腹探查，术中见全胃肠道积血。先切开胃腔未找到出血部位，再切开十二指肠第一段，肉眼未找到出血灶，将内镜由此插入，见降段内后壁有一直径0.3 cm 溃疡，其内侧边缘粘膜微突，喷射性出血。予以缝扎止血并行胃大部切除而愈。十二指肠球后溃疡本来诊断上有一定难度，本例为急性出血，溃疡面较小，出血猛，术中无内镜协助很难找到出血灶，因而不可能彻底止血。只是在出血情况下不便取活检。难以确定是急性还是慢性溃疡。

2.1.2 应激性溃疡出血，因各种原因术前不适于内镜检查者 本组2例烧伤患者，1例2岁，Ⅲ度烧伤18%以上，另1例4岁，烧伤面积40%以上，均发生急性消化道出血，呈间歇性。年龄太小无法行胃镜检查，加之烧伤患者搬动困难，其它检查亦难进行。剖腹探查术中出血已停止，胃肠道未触摸到病灶，切开胃壁插入胃镜经反复仔细探查，终于在十二指肠球部发现一针尾大小凹陷，上有血凝块，经用盐水冲洗，出现搏动性喷血，经缝扎后彻底止血。Bowden 等[3]认为术中内镜检查还可发现新病变，纠正术前诊断错误。并提出术中内镜检查的适应证还包括粘膜致肠管变形内镜不能进入胃肠道，为获得切除病变的内镜入口者；或通过既往因多次开腹探查术后的严重粘连，引导手术医师达到可以切除的病变区域。应激性溃疡可发生于消化道任何部位，以胃十二指肠多见。可以为多发性，术前难以确定出血部位，因而常丧失手术时机。术中应用内镜使外科医生走出了困境。

2.1.3 确定手术切除范围的病例 本组1例小肠毛细血管瘤为多发性。术中插入内镜后分段夹闭两端肠腔，充气后肠壁透明下观察病灶，彻底切除所有病变，术后未再出血。1例结肠多发性炎性息肉，虽然术前肠镜及病理检查确诊，但呈多发性，米粒大小，散在于横结肠，肠腔外用手触摸不清。依靠内镜精确地确定了切除范围，彻底切除了所有病灶。以往对此类患者术中只能用手触摸肠腔，如病变范围广，需逐段多处切开肠腔，手术十分不便，不但易造成污染，术后出现并发症，而且易遗漏病灶或切除过多正常肠管。

2.1.4 反复大出血，各种检查未能确诊者 本组1例回肠憩室患者，反复出血10年之久先后多次行胃镜及纤维结肠镜检查、腹腔内血管造影、全消化道钡餐、钡灌肠、CT 等检查难以确诊，每次出血量很大，经保守疗法暂时止血。但因反复出血，我们在纤维内窥镜支持下最终行剖腹探查术，术中未行内镜检查即发现憩室，终于彻底切除病灶。术后病理证实为肠憩室。Wanger 等[4]认为剖腹术中内镜检查适用于各种辅助检查诊断不肯定或未发现病变，而临床上高度怀疑小肠出血者，术中内镜应用可提高诊断率。如果剖腹探查术中未发现病变，不宜盲目切除肠段，术中内镜对消化道出血病灶的检出率可达75%～100%。所以作者主张：对诊断不明的消化道大出血患者，在内镜支持下应持积极态度，尽早手术探查，以免延误病情。否则每次保守治愈，患者不敢远行工作，随时可能出血而危及生命。许多患者最终还需手术，但效果已很难预料。

2.2 检查方法和注意事项

如术前能够大体上确定出血部位在胃肠道上下两端时，可以经口腔或肛门插入内镜，否则，最好是切开胃肠道。切口不宜过大，并靠近病变部位。插入内镜后用大荷包缝扎紧切口，使不漏气。必须有手术组和内镜组两组人员协作完成。内镜要用0.1%新洁尔灭清洗和洗必泰擦洗后，经手术组插入胃肠道，由内镜组观察和查找病变。

我们认为内镜已成为疑难消化道出血剖腹术中的有力工具。对各种诊断不明的消化道出血最终手术探查有极高价值。希望外科医师能珍视和运用这一技术，放宽手术指征，提高疑难消化道出血的救治水平。

关键词 消化道出血；手术；内镜检查

中图法分类号 R573.205

参考文献

1 郑泽霖. 剖腹术中胃肠道内镜检查术. 普外临床，1993；6：346

2 Bowden TA. Intraoperative endoscopy of the gastrointestinal tract. In：Dent TL. Surgical endoscopy. Chicago：Year Book Medical Publishers，1985：167～168

3 Bowden TA，Hooks VH，Mansberger AR. Intraoperative gastrointestinal endoscopy，Ann Surg，1980；191：680

4 Wanger HE，Stain SC，Gilg M *et al*. Systematic assessment of massive bleeding of the lower part of the gastrointestinal tract. Surg Gynecol Obstect，1992；175：445

（收稿：1996-02-06；修回：1996-05-05）

（编辑 沈锡庚、王 红）

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