DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.04.026

十二指肠球部巨大溃疡四例报告

王振华 徐采扑 高晋华 （第一附属医院 消化科）

十二指肠球部巨大溃疡（直径大于2cm）并非罕见，其诊断对临床治疗有一定的指导意义。我科自86年1月至7月作上消化道内镜检查937例，诊断为十二指肠球部溃疡133例，占14.2%。其中溃疡直径大于2cm者有4例（3%），1至2cm者有13例（9.8%），小于1cm者有111例（83.5%），另5例由于溃疡面有血痂覆盖或视野不全等原因，难以确切估计溃疡大小。现将4例巨大溃疡报告如下：

例1，男性，36岁，胃镜号8748。周期性发作上腹隐痛已5年。近2年疼痛加重不易缓解，呈规律性饥饿痛及夜间痛，痛剧时向两腰部放射。伴嗳气、反酸、纳少，每餐进食半至1两。半年来体重下降18斤。频繁出现黑便或大便潜血试验阳性。五肽胃泌素法胃液分析，BAO 13.6mEq/h，MAO 59.2mEq/h。抗酸剂治疗无效，后服甲氰咪胍每日1g共一年余，服药后1至3h疼痛稍有减轻。内镜检查球部前壁有2.5×1.5cm椭圆形溃疡，底覆白苔，周围粘膜明显充血、肿胀、糜烂及出血。由于痛剧难以忍受，长期治疗无效，于8月7日手术治疗。术中见球部与周围组织明显粘连，炎性团块达5×5cm，探查球内溃疡直径约2cm。

例2，男性，27岁，胃镜号8427。上腹隐痛3年，近7月疼痛加重，呈规律性饥饿痛，向两腰放射，伴嗳气反酸。胃液分析BAO4.02mEq/h，MAO 22.18mEq/h。内镜检查见球部大弯侧有2.5×1.0cm纵行溃疡，较深，覆以白苔，周围粘膜充血、肿胀及糜烂出血。服抗酸剂疼痛暂时缓解，改服甲氰咪胍每日1g，病情无明显好转，至20余天时发生上消化道出血，而手术治疗。术中见球部与周围组织明显粘连呈团块状。

例3，男性，53岁，胃镜号8440。上腹痛10年，加重6年。周期性发作，规律性饥饿痛及夜间痛，向背部放射。近年来周期性发作现象消失，痛重而顽固，纳少，时有呕吐，半年体重下降10余斤。抗酸剂治疗无效，甲氰咪胍仅能暂时缓解疼痛。内镜检查进入幽门后，前方视野均为一巨大溃疡所占，覆白苔，直径大于2cm，仅见幽门侧溃疡边缘粘膜明显充血，肿胀及糜烂。由于疼痛难忍，合并有不完全性幽门梗阻及长期治疗无效，于86年7月2日手术治疗。术中见十二指肠球部与周围组织明显粘连成大团块组织，作胃大部切除及溃疡旷置术。

例4，男性，25岁，胃镜号8676。上腹痛7年，加重2年，呈规律性夜间痛，周期性发作，无放射性痛，伴反酸，纳少，半年体重下降10余斤。内镜检查见球部前壁及小弯侧有一巨大不规则溃疡，覆以白苔，直径大于2cm，周围粘膜充血、肿胀及糜烂。抗酸剂效差，甲氰咪胍每日1g，疗效显著，疼痛消失。8周后复查内镜见溃疡明显缩小，在球部前壁的大、小弯侧各存留一个直径0.3cm的圆形浅溃疡，覆有少许白苔，周边粘膜轻度充血。

讨 论

根据本组资料，十二指肠巨大溃疡有以下特点：1、上腹痛重而顽固，周期性发作现象消失，痛常放射至两腰背。2、食量锐减，体重下降。3、抗酸剂往往无效，甲氰咪胍多数效差，常需手术治疗。4、溃疡多在球部前壁且较深，术中见溃疡周围组织粘连成大炎性团块。

文献中关于十二指肠巨大溃疡的报导，多数认为该病易有穿孔及大出血等严重并发症，内科治疗死亡率高，一旦确诊，均应立即手术治疗[1][2]。近来由于诊断技术及治疗措施的改进，十二指肠巨大溃疡的临床表现较前缓和。本组例4甲氰咪胍治疗后，症状消失，溃疡明显缩小，说明甲氰咪胍对部分巨大溃疡患者有效。因此我们认为对巨大溃

（下转第438页）

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

血压、意识不清等。这些异常还可能与垂体前叶功能急性衰竭引起的肾上腺危象征候群有关[1,3]。本例所作内分泌学检查结果示血皮质醇降低，节律失常，尿17-OH，17-KS减低，ACTH试验呈低弱延迟反应；血T_3、T_4偏低；LH、FSH均低于绝经妇女水平；以及病后对降糖药物敏感均提示有垂体前叶受损所致的靶腺功能不足。本例突发意识障碍、持续中枢性高热、血压较病前明显下降、具有实验检查所示内分泌功能紊乱；两次CT均示鞍内高密度影象，而治疗恢复后CT异常完全消失，符合糖尿病并垂体出血的诊断。临床可排除诱发糖尿病昏迷的常见病因如酮症酸中毒、高渗性昏迷、乳酸中毒、脑卒中、感染性休克、低血糖等。前后三次CT均无垂体腺瘤的依据，故亦可摒除腺瘤出血[4]。

本例发病可能为糖尿病性微血管病变和高血压动脉硬化所促成的垂体血管病变而导致的垂体出血。

本例提示糖尿病控制不良者突发头痛、意识障碍、高热等。若不能以常见的合并症来解释时，有必要考虑垂体出血。及时CT和后续的内分泌检查有助于明确诊断。处理上积极谨慎地控制糖尿病、酌情给予激素替代治疗，可以防止病人死于垂体危象或伴发Houssay氏综合征。

参 考 文 献

1. Cardos ER, et al. Pituitary apoplexy. Neurosurgery 1984; 14(3):363
2. Bilous RW, et al. Severe diabetic microangiopathy with normal glucose tolerance and piuitary infarction. Br Med J 1983; 287(6400):1168
3. 何戒华，等。垂体血管异外。中华内科杂志 1983；22(4):428
4. 曹丹庆，等编。实用CT诊断学。第1版，北京：计量出版社 1985；93～96
5. 薛志新，等。糖尿病并发垂体前叶功能减退症。中华内科杂志 1960；8(6):517

（上接第428页）

疡患者，应在密切随访的前提下，试用H_2受体拮抗剂如甲氰咪胍或呋喃硝胺治疗。如疗效不佳，应建议手术治疗。这与Taszewski等[3]的意见一致。

参 考 文 献

1. Mistilis SP, et al. Ann Intern Med 1963: 59:155
2. Segal I, et al. S Afr Med J 1977:52:724
3. Taszewski R, et al. Gastrointestinal Endoscopy 1982:28:134

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