DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.03.016

肠动静脉畸形引起下消化道出血

（2例报告）

文国义 朱梅刚

（第二附属医院）

下消化道出血原因很多，现将2例少见原因的下消化道出血报告如下：

病例1，男性，93岁，因咳嗽2月，进行性意识障碍一周入院。病起为干咳，无畏寒、发热、胸痛、血痰等，体温37.8℃，血压150/80，无神经定位体征，右下胸有积液体征，胸水常规检查为渗出液。胸片为双下肺炎症，右胸腔少量积液，经抗感染治疗体温降为正常，但出现暗红色血便，日2～7次，每次约10～15ml，血与大便相混。经输血、止血药物等治疗，大便转黄，但潜血试验持续阳性。后因合并口腔霉菌感染体温复升，解柏油样粪，每次100～150ml，并咯黄色粘痰，呼吸急促，终因医治无效死亡。尸检：消化道未见肿瘤及溃疡，十二指肠、小肠、主要在盲肠和升结肠可见粘膜面有多处散在暗红色区，最大2.5×1cm，镜检为粘膜下及固有层密集成团的毛细血管与小静脉扩张。有的可见出血（图1）。病理诊断：(1)、肠道血管扩张症并出血；(2)、急性肺炎并肺水肿，胸腔积液；(3)、全身性动脉高度粥样硬化，死于出血、呼吸循环衰竭。

病例2，女，48岁，反复黑粪或暗红色血便17年，多次胃肠钡餐检查疑为十二指肠球部及胃窦部溃疡，但胃次全切除未发现病变，以后又因大出血昏倒，经输血2000ml出血停止。82年2月再度发生大出血血压一度降为80/40，Hb6.6g%、RBC228万、外周血晚幼红细胞1%，经保守治疗无效。急诊内窥镜及乙状结肠镜检查，均未见活动性出血灶。急诊剖腹探查，发现回肠距回盲部约60cm处可见一直径0.4cm的结节，呈乳头状突向肠腔约0.5cm，色鲜红，表面糜烂，顶端隐约可见搏动，周围粘膜正常，盲肠及各段结肠均正常。行局部切除，病理检查见肠粘膜表面有暗红色米粒大小突起，切面呈灰白间暗红点状区，镜检回肠壁组织粘膜上皮完整，粘膜下及肌层可见大量大小不一致的扩张血管腔，壁薄、内衬单层扁平上皮，周围纤维组织增生（图2）。诊断为肠粘膜下及肌层血管瘤。术后痊愈出院。

讨 论

下消化道出血的原因，国内报道[1]恶性肿瘤占53.44%，息肉21.76%，肠道炎症疾患14.20%，余为肠套叠和血管疾患等。国外资料[2]最常见的原因则随各年龄组的不同而异。婴儿及儿童Meckel's憩室居首位，60岁以上的老年人，20年代认为新生物是最常见而重要的原因，憩室病少见，40～50年代归因于憩室炎的报道比较多，60年代主张憩室病的原因占优势。近几年来由于选择性血管造影新技术的开展，提出对老年人下消化道出血血管扩张或血管发育异常与憩室病同等重要或更重要。属老年退行性变，其特点：(1)年龄均在60岁以上；(2)不伴有皮肤或其他内脏血管瘤性病变；(3)常发生在盲肠或升结

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

肠的近端；(4)多发较单个常见，病灶小，直径一般不超过1 cm；(5)除约15%的病人可发生急性大出血外，最常见为反复小量的出血及慢性失血性贫血；(6)临床依据血管造影确诊，正确率可达75～90%[3]，而一般检查方法如钡餐和钡盐灌肠检查难以发现；(7)切除病变结肠可获良好效果。本文例1与上述特点相符合。

本病自1960年Margulis首次在术中经血管造影证实以来，国外报导日渐增多[2][3][4][5]，国内近几年来亦有报道[6][7]，且逐步被人们所认识。但由于本病病灶小且局限于粘膜下，仅15%患者有粘膜糜烂或溃疡，故常规X线钡剂对比检查不能显示病变，内窥镜检查有时亦不能发现病变，甚至剖腹探查手术中也极少能识别。因此临床容易漏诊或误诊造成患者多次手术的痛苦。Moore等报道约25%原因不明的下消化道反复出血的病人，最后经血管造影检查证实为本病。血管造影检查据报道对鉴定大量下消化道出血的来源约3/4的病人可以获得成功。主要表现为(1)90%以上血管扩张病人最早最常见的征象是肠壁内有密度增高、排空延迟的扩张扭曲的静脉，提示粘膜下静脉扩张性改变；(2)约70～80%的病人呈现一簇血管丛，表现为烛台样或卵圆形的血管簇集，提示病变范围扩展且累及粘膜下小静脉；(3)过早的静脉充盈，提示有动静脉交通的存在，属晚期征象，发生于60～70%的病人。故提高对本病的认识积极开展血管造影检查以协助诊断很有必要。

本病病因和发病机制尚未完全阐明，命名及分类也比较混乱，动静脉畸形这一名称，用于描述肠道不同血管病变包括毛细血管扩张、动静脉瘤样扩张、血管发育不良和错构瘤等。Moore等按照血管造影的特点、病变部位、病人的年龄、家族史等，临床分为3型：Ⅰ型为孤立性病变，好发于右侧结肠，年龄在55岁以上手术不能发现病变，病变为粘膜下衬内皮细胞的扩张薄壁血管组成，为后天获得性。Ⅱ型病变较大，好发于小肠，年龄小于50岁手术偶可发现，可能是先天性病变。Ⅲ型为斑状血管瘤，临床发现其他部位有遗传出血性毛细血管扩张。此型少见，有遗传基础。按上述分类标准本文报道2例，第1例属Ⅰ型，第2例属Ⅱ型。Ⅰ型病变又称结肠血管扩张症，属老年退行性变，直接原因是粘膜下静脉反复的部分轻度阻塞，加上结肠肌肉收缩与扩张，使肠壁张力增强，导致粘膜下静脉的扩张弯曲，以致影响动脉—微血管—小静脉系统，最后隐窝周围毛细血管环亦扩张，前微血管扩约肌功能丧失，产生一个小的动静脉交通。结肠血管扩张也可存在于很多无症状的老年人，本例病前即已存在，此次出血可能由于肺部炎症、毒素的作用，加上高度动脉硬化血管内皮细胞缺氧、缺血性坏死所致。

病例2系回肠粘膜及肌层血管瘤，属先天性血管畸形，呈肿瘤性小肠血管病变，虽小肠任何肿瘤都可以发生出血，但最常见的是血管瘤[5]。本例经第三次剖腹探查始确诊，可见诊断之困难。个人体会凡消化道出血难以用上胃肠道或结肠病变解释时，应高度怀疑小肠病变可能，可进一步作小肠注钡双重对比造影，或选择性腹腔动脉造影以协助诊断。

参考文献

1. 潘其英等：关于下消化道出血的诊断和治疗问题。中华内科杂志 1981；20（2）：114
2. Boley SJ, et al: Severe lower intestinal bleeding: diagnosis and treatment. Clin Gastroenterol 1981; 10（1）:65
3. Lewi MB, et al: Arteriovenous malformation of the intestine. SGO 1979; 149:712

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

4. Moore JD, et al: Arteriovenous malformations of the Gastrointestinal tract. Arch Surg 1976; 111:381
5. Herbsman H: Tomors of the small intestine. Curr Probl Surg 1980; 17 (3):127
6. 林超鸿等：肠动静脉畸形5例报告。中华消化杂志 1983; 3 (2):130
7. 肖树东等：结肠血管扩张症。上海医学 1980; 3:236

国际烧伤会议筹备工作积极进行

经国家科委和总后批准，由重庆市科协和我校共同筹办的中美首届烧伤会议决定于今年十月二十七日至三十一日在重庆人民宾馆举行，会议规模250人左右，其中包括外宾100人左右，将来自于美国、加拿大、日本、英国、捷克、西德、法国、香港等国家和地区，现已收到论文356篇，经过专家审定将有213篇论文在会议上交流，这是一次烧伤学界的名符其实的规模较大的学术会议。为了做好筹备工作，经校首长批准，我校国际烧伤会议筹备办公室由六名同志正式组成，全面工作由黎鳌教授和程风翔同志负责，从训练部和一院各抽调了一名同志脱产承办具体事宜，目前各项筹备工作正在顺利进行。

（本刊通讯员）

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

肠动静脉畸形引起下消化道出血（2例报告）

（正文见第285页）

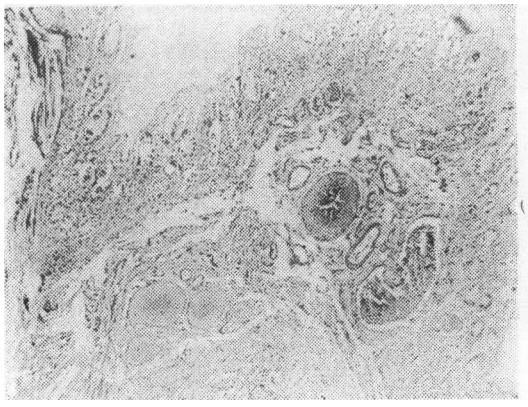


图1、结肠粘膜固有层及粘膜下可见密集而扩张的毛细血管与小静脉。HE×45

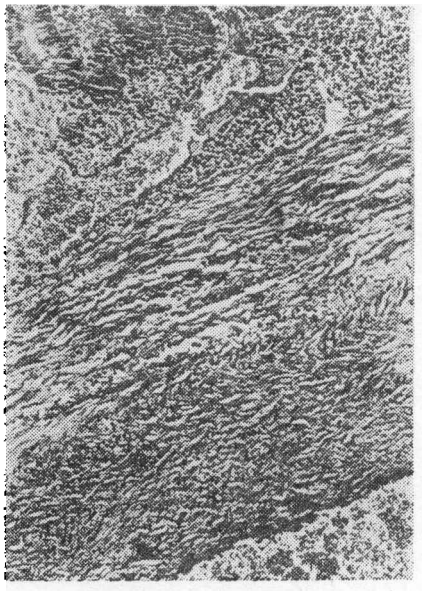


图2、小肠粘膜下与肌层均有扩张的血管。HE ×45

输尿管完全性梗阻三月余手术后肾功能恢复一例报告

（正文见第306页）

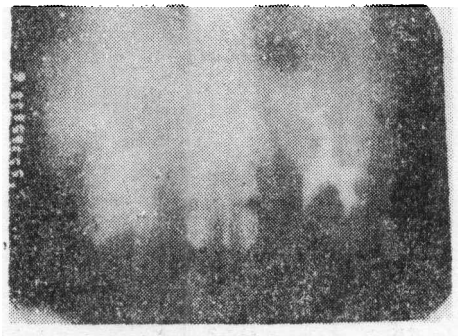


图1、术前大剂量静脉尿路造影，右肾不显影，左肾显影正常。

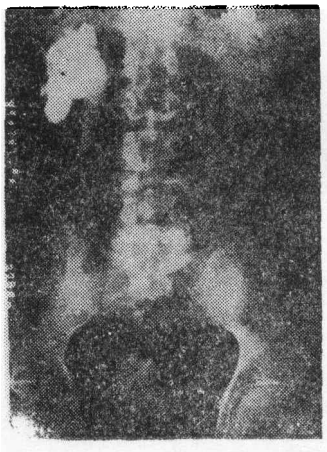


图2、术后18天经肾盂造瘘管注入12.5%碘化钠40ml，通过电视银屏观察输尿管蠕动良好，但造影剂通过吻合处较慢。

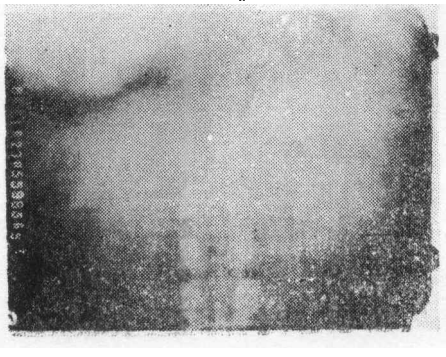


图3、术后半年静脉尿路造影，两肾显影良好，唯右肾轻度积液。

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