

• 经验交流 •

小肠出血性疾病手术治疗 43 例分析
Clinical analysis of surgical treatment for small
intestinal bleeding: a report of 43 cases

王延明¹ 岳海岭¹ 茆成祥¹ 刘宙¹ 陈伟丽¹

[关键词] 小肠出血;临床诊断;手术治疗
Key words small intestinal bleeding;clinical analysis;surgical treatment
doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2015.04.019
[中图分类号] R574 [文献标志码] B

小肠出血性疾病临床少见,常以小肠出血为首发症状,占全部消化道出血的 3%~5%^[1]。由于小肠肠管长、系膜短、迂曲重叠以及腹腔内活动度大的解剖特点,现有检查方法均有局限性,明确诊断困难。如何对小肠出血性疾病准确诊断、早期治疗,仍是临床上的棘手问题。本文回顾性总结我院 1988-03-2013-12 经手术治疗小肠出血性疾病 43 例,取得了良好治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

经剖腹手术并病理检查证实的小肠出血性疾病 43 例,其中男 25 例,女 18 例,年龄 13~77 岁,平均 53.16 岁;均以便血就诊,其中黑便 22 例,果酱样便 12 例,血便 9 例;贫血 35 例;合并恶心、呕吐等肠梗阻症状 29 例;呕血 11 例;休克 8 例;腹部包块 5 例。腹部检查:中下腹压痛、轻度肌紧张,肠鸣音活跃等。发病至就诊时间为 1 h~17 年,其中 21 例患者因反复消化道出血经多家医院多次诊治。全部患者术前均选用多种联合检查方法,行纤维胃镜检查 33 例,复查胃镜时发现空肠近端间质瘤和憩室各 1 例;纤维结肠镜检查 29 例,未发现与出血相关性病变;小肠钡剂或气钡双重对比造影检查 34 例,发现小肠肿瘤 11 例,小肠憩室 5 例;腹部超声检查 31 例,8 例发现腹部肿块;腹部 CT 或螺旋 CT 检查 24 例,6 例发现小肠肿瘤;选择性肠系膜动脉血管造影(DSA)检查 7 例,4 例发现出血病灶;核素扫描显像(ECT)3 例,1 例发现出血征象;电子小肠镜检查 1 例(外院检查),胶囊内镜检查 3 例,均发现出血病灶。4 例术中经小肠切开置入纤维内镜检查找到出血部位。

2 结果

全组行剖腹手术,其中 40 例行肠切除、肠吻合,3 例行单纯小肠憩室或局部切除;9 例因出血凶猛或出现腹膜炎体征急剖探查。术后早期出

现肠梗阻 2 例,切口感染 2 例,肺部感染 1 例。经积极治疗均治愈出院。出血原因见表 1。

表 1 43 例小肠出血性疾病的发生原因

出血原因	例数	百分比/%
肿瘤出血	28	65.12
良性肿瘤	3	6.98
腺瘤	2	4.65
平滑肌瘤	1	2.33
恶性肿瘤	25	58.14
腺癌	13	30.23
小肠间质瘤	5	11.63
恶性淋巴瘤	3	6.98
小肠类癌	1	2.33
未分化癌	1	2.33
黏液腺癌	1	2.33
恶性纤维组织细胞瘤	1	2.33
非肿瘤出血	15	33.88
小肠憩室	6	13.95
克罗恩病	4	9.30
小肠血管畸形(含小肠血管瘤 1 例)	3	6.98
出血性肠炎	2	4.65

3 讨论

小肠出血的原因很多,如肿瘤、炎症、血管性疾病等^[2],国外以血管畸形为主,其次为小肠肿瘤^[3],国内以小肠肿瘤性出血为常见。本组资料显示,引起小肠出血的依次为小肠肿瘤、憩室、克罗恩病和血管畸形。在小肠肿瘤中,以小肠恶性肿瘤溃破为主要出血原因,其中腺癌、间质瘤和恶性淋巴瘤最常见,这与文献报道一致^[4-6]。本症发病率不高,起病隐匿,多以消化道出血为主要症状,其临床表现缺少特异性。现有小肠检查手段的敏感性和特异性都不高,对于小肠出血的病因诊断一直未有突破性的进展^[7-8]。不少患者消化道出血症状反复发作,诊治时间较长,有的患者往往满足于出血症状的暂时性消失而忽略进一步检查和根治性治疗。

¹解放军 252 医院普外二科(河北保定,071000)
通信作者:王延明,E-mail:2634522975@qq.com

本组 48.84%(21/43)的患者因反复消化道出血经多家医院多次诊治,其中 1 例患者 17 年间 6 次出血经多家医院诊治间断缓解,因再次出血致失血性休克行急诊剖腹探查,术中发现为空肠近端多发小肠憩室出血。

目前诊断小肠出血的方法很多,但各有优缺点^[9-10]。一般认为,小肠 X 线气钡双重对比造影是诊断小肠疾病应用最普通、最广泛的方法,对于小肠肿瘤和憩室等疾病的检出率较高。本组行小肠 X 线气钡双重对比造影检查的阳性率为 47.06%(16/34),低于文献报道^[11],可能与造影技术、诊断水平有关;腹部 B 超及 CT 检查对肿瘤导致的出血有意义;胃镜+结肠镜联合检查,可以排除胃、十二指肠和结肠可能存在的病灶出血,偶尔还可发现空肠近端和回肠末端的病变出血。本组 2 例再次复查胃镜时分别发现近端空肠间质瘤和憩室出血。

对于正在出血的患者,最好在稳定血循环的同时,利用正在出血的最佳时机,进行选择性的肠系膜动脉上、下动脉造影(DSA)或放射性核素扫描显像(ECT)检查。DSA 对小肠出血具有定位和定性诊断的优势,兼顾有诊断和治疗的双重作用。当出血量>0.5 ml/min 时,可发现对比剂外溢,少量出血时,对比剂外渗减少;出血量<0.5 ml/min,有时难以发现对比剂外溢现象,但仍可以显示动静脉畸形、静脉曲张等^[12]。ECT 检查对活动期出血具有诊断价值,对于非活动期无任何意义,并且对出血病灶的定位判断准确性较低,容易出现假阳性^[13]。本组 DSA 检查的阳性率为 57.14%(4/7);ECT 检查阳性率为 33.33%(1/3),阳性率较低,可能与病例数少有关。近年来,电子小肠镜和胶囊内镜检查的应用逐渐增多,电子小肠镜可直接观察小肠黏膜变化情况,准确度高,但检查时间长,操作复杂,患者痛苦大,并有肠穿孔等风险,其准确性也不令人满意,尚难以普及开展^[8]。胶囊内镜具有安全、无创、无痛等特点,可以提高小肠出血性疾病的诊断率,已成为诊断不明原因消化道出血的首选方法。本组 3 例患者行胶囊内镜检查,均发现出血病灶。但胶囊内镜的缺点是对合并肠梗阻者检查禁忌,而且胶囊内镜在消化道内移动不可控制,图像的清晰度和分辨率较低,无法进行活检^[14-15]。

剖腹探查在小肠出血性疾病中具有诊断和治疗的双重作用,对于经多项联合检查仍不能确诊,有明确手术指征者应果断采取剖腹探查,但需慎重把握手术适应证^[16]。本组 9 例患者急诊手术行肠切除、肠吻合治愈。笔者认为,在以下情况时应考虑急诊剖腹探查:①出血量大、保守治疗不能控制出血,术前又不允许进一步详细检查者;②长期反复出血,且排除上消化道、结直肠出血者;③合并腹

部包块或有急腹症表现者。术中通过详细探查全部小肠,一般可发现病变部位。通过借助手术灯光对于全部小肠肠管和系膜逐段仔细进行“透光”检查,或结合术前 DSA 检查的血管特征和走形对病变定位。寻找出血困难时,术中运用纤维内镜从积血肠管的最近端开始探查,多可找到出血病灶。本组 4 例于积血小肠的近端置入纤维内镜检查很容易找到了出血部位。明确诊断并准确定位后,应根据病变具体情况决定手术方式及小肠切除范围,良性病变一般选择病灶切除或小肠部分切除。对于恶性肿瘤要争取根治性切除,包括病变小肠两端 10 cm 以上的正常肠管及相对应的小肠系膜;对可疑恶性肿瘤出血者术中快速冷冻病理检查,如果仍不能明确诊断,可按恶性肿瘤进行手术;对于根治性切除困难的患者,应行姑息性病灶切除。

参考文献

[1] 王成宏. 血管介入技术在小肠出血中的作用[J]. 中国实用外科杂志,2004,3(1):52-54.

[2] Moawad F J, Veerappan G R, Wong R K. Small is the primary source of obscure gastrointestinal bleeding[J]. Gastroenterology,2008,135:1016.

[3] Jain M K, Jain R. Acute bacterial cholangitis[J]. Curr Treat Options Gastroenterol Clin Biol,2010,34:104-105.

[4] 程明荣,程志剑,刘恩涛,等. 小肠毛细血管扩张症伴出血 12 例外科诊治体会[J]. 中华外科杂志,2010,48(1):74-75.

[5] 刘慧亚,高艳景,隋建超,等. 空回肠出血的病因和临床特征分析[J]. 中华消化杂志,2010,30(9):577-580.

[6] 王廷,王岭,凌瑞,等. 常见小肠出血的原因分析及诊治体会[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(6):502-503.

[7] Dye C E, Gaffney R R, Dykes T M, et al. Endoscopic and radiographic evaluation of the small bowel in 2012[J]. Am J Med,2012,125:1228-1228.

[8] Singh A, Baptista V, Stoicov C, et al. Evaluation of small bowel bleeding[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2013,29:119-124.

[9] Kameda N, Higuchi K, Shiba M, et al. A prospective, single blind trial comparing wireless capsule endoscopy and double balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding [J]. J Gastroenterol, 2008,43:434-440.

[10] Yoon W, Jeong Y Y, Shing S S, et al. Acute massive gastrointestinal bleeding: detection and localization with arterial phase multi-detector row helical CT[J]. Radiology,2006,239:160-167.

[11] 冉志华,沈绩谋,萧树东. 50 例小肠出血病因及诊断分析[J]. 中华消化杂志,1996;16:66-68.

[12] Ghosh S, Watts D, Kinnear M. Management of gastrointestinal hemorrhage [J]. Postgrad Med J, 2002,

78:4—14.

[13] 朱瑞森. 核素出血定位诊断[J]. 胃肠病学, 2002, 7 (2):99—100.

[14] Matsunaga T, Hashimoto S, Okamoto T, et al. Effect of capsule placement with transnasal endoscopy [J]. Dig Endosc, 2013, 25:156—159.

[15] Matsumura T, Arai M, Sato T, et al. Efficacy of com-

puted image modication of capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding [J]. World J Gastrointest Endosc, 2012, 4:421—428.

[16] 王为忠, 李继鹏. 不明原因消化道出血的手术探查 [J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(6):506—506.

(收稿日期: 2014-11-01)

麦螺中毒 138 例的救治体会

Treatment experience of 138 cases of poisoning nassariidae

谢宝辉¹ 王畅¹ 焦维克¹

[关键词] 麦螺中毒; 食物中毒; 机械通气
Key words nassariidae poisoning; food poisoning; mechanical ventilation
doi: 10. 13201/j. issn. 1009-5918. 2015. 04. 020
[中图分类号] R595 [文献标志码] B

麦螺又名织纹螺, 部分人食用后出现不同程度的中毒症状, 福建沿海地区为麦螺中毒的高发地区。2009-01—2014-01 我院急诊科共救治 138 例麦螺中毒患者, 现作总结并回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2009-01—2014-01 我院急诊科收治麦螺中毒患者 138 例, 其中男 85 例, 女 53 例, 年龄 18~83 岁。食用至发病时间为 20 min~8 h, 大多为 30 min~3 h。入选条件: 有明确麦螺食用史, 症状符合麦螺中毒临床表现, 排除食用河豚鱼及其他不洁饮食史, 食用麦螺后无症状者不收录其中。

临床表现: 轻、中度患者主要特征性表现为头晕、口周舌尖及手足麻木感, 伴有走路脚踩棉花感, 部分伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻; 中度患者可出现心率减慢, 四肢肌力轻度下降; 重度中毒患者四肢肌力明显对称性下降、呼吸困难、吞咽困难、意识障碍、血压下降、呼吸心跳停止死亡。笔者认为麦螺中毒临床表现与河豚鱼中毒相似, 其危险程度根据福田氏可分为 I 度: 感觉麻痹(口唇、舌尖、四肢)、恶心呕吐; II 度: 感觉迟钝(皮肤知觉、本体感觉消失)、共济失调及味觉消失, 腱反射尚正常; III 度: 运动障碍(骨骼肌麻痹), 言语障碍(声带麻痹), 吞咽困难, 皮肤青紫, 血压逐渐下降, 意识尚清; IV 度: 出现意识不清, 血压明显下降, 呼吸、心跳骤停而死亡。部分患者初诊时仅表现为头晕, 呈酒醉样, 伴

有舌尖及指尖轻度麻木感。结合麦螺中毒高峰季节, 需警惕该病, 但问诊时需首选询问河豚鱼食用史, 如否认, 即需考虑麦螺中毒的可能。

1.2 实验室检查

辅助检查主要特点为: 血常规白细胞总数及中性粒细胞百分比增高, 尿常规和肝功能一般无明显影响, 心电图可出现窦性心动过缓、房室传导阻滞及 ST 段异常等表现。所收录患者中血常规中白细胞或中性粒细胞不同程度升高 78 例, 粪便常规脓球阳性 15 例, 出现电解质紊乱 35 例, 心电图异常 32 例; 其中窦性心动过缓 27 例, 房室传导阻滞 5 例, 肌钙蛋白轻度升高 9 例, 57 例患者行颅脑 CT, 均未见明显出血、水肿等异常征象。

1.3 方法

治疗关键为维持呼吸稳定, 掌握气管插管时机。患者若出现口咽部麻木感, 呼吸次数减少, 呼吸运动减弱, 需立即床旁备气管插管包及呼吸机, 并随时观察呼吸变化; 如出现意识改变则须立即气管插管; 如就诊时患者已出现意识障碍, 应首先予气管插管, 呼吸机辅助呼吸, 维持有效血氧饱和度, 因呼吸障碍持续时间较短, 部分患者 1~2 d 即可恢复, 不建议积极气管切开。生命征稳定患者不主张积极催吐、导泻、洗胃, 可能加重其消化道症状。食用量大, 短期出现呼吸困难, 生命征不稳定时, 如患者意识清醒, 尚有时机洗胃时, 予以快速洗胃, 以清除食物残渣为主。药物上予以奥拉西坦、小牛血清去蛋白提取物、醒脑静等营养神经细胞, 维生素 B₁、B₁₂ 补充神经营养素, 莨菪类药物可拮抗河豚毒素

¹福建医科大学附属宁德市医院急诊 ICU (福建宁德, 352100)
通信作者: 焦维克, E-mail: jiaowk@sina.com