

8 例, 1000 ~ 2000 ml 6 例, 均出现失血性休克。其余 10 例为长期反复下消化道出血, 持续时间最长为 14 个月。24 例中伴有心肺功能不全者 6 例。

1.2 术前检查

本组在术前行胃镜检查, 十二指肠降部以上未见出血灶及血迹。结肠镜检查: 14 例下消化道大出血患者全结肠内有大量新鲜血迹, 未见活动性出血灶, 10 例回肠末端及结肠未发现异常。8 例行全消化道造影无异常发现。7 例行急诊腹腔镜动脉造影检查, 2 例疑似小肠出血。5 例行红细胞标记核素扫描全消化道未见异常。全部患者术前均行腹部 B 超, 部分患者行 CT 或 MRI 检查, 均无阳性发现。

1.3 腹腔镜检查及手术方法

气管插管全麻后建立 CO₂ 气腹。脐下缘置入 10 mm Trocar, 然后插入 10 mm 腹腔镜。依次探查肝、胆、胰、脾、胃及盆腔, 均未见异常。直视下于左中下腹、右下腹各穿刺置 5 mm Trocar 套管, 置入无损伤操作钳, 自回盲部逐步向屈氏韧带作小肠段逆行探查。(1) 小肠单发病灶的处理: 拔除 Trocar、解除气腹, 沿脐下 Trocar 穿刺孔向左或向右延长 10 mm, 将病变肠管提出腹腔外处理。(2) 小肠多发病灶的处理: 小肠血管畸形者行病变肠管切除。广泛的肠管毛细血管扩张、毛细血管末端增粗者, 由于累及肠管的范围从屈氏韧带下 120 ~ 280 cm 至回肠末端, 故不宜行肠切除术。而采用提起肠管、充分显露高度可疑的病变肠管系膜, 腹腔镜下紧贴肠管系膜缘行间断血管缝扎术, 针距 2 ~ 3 cm。1 例脾恶性淋巴瘤近端空肠浸润, 行腹腔镜下脾切除 + 肠切除吻合术。病变肠段行病理检查。

2 结果

本组 24 例中, 美克尔氏憩室 5 例、小肠间质瘤 6 例、小肠血管畸形 5 例(其中 1 例为 Dieulafoy 病)、小肠克罗恩病 4 例、小肠平滑肌瘤 3 例、脾恶性淋巴瘤近端空肠浸润致下消化道出血 1 例, 病变部位均位于小肠。除 2 例小肠血管畸形术后再次出血行剖腹探查外, 其余 22 例手术均获成功。手术时间 45 ~ 150 min, 术中出血 30 ~ 120 ml。术后第 1 天患者下床活动, 1 ~ 2 d 排便, 2 ~ 4 d 大便颜色正常。单纯腹腔镜治疗术后平均住院 3 ~ 6 d, 切口均甲级愈合, 无腹腔、肺部感

染等并发症。

3 讨论

不明原因的下消化道出血是初始内镜检查(包括胃镜和纤维结肠镜的常规检查)阴性且不能明确出血原因与部位的消化道出血。病变部位常位于小肠。大部分小肠出血是在术中才被发现。血管造影对不明原因下消化道出血的定位诊断有一定价值。本组 7 例行急诊腹腔镜动脉造影, 其中 2 例发现可疑出血灶, 经腹腔镜检查后证实术前诊断。但血管造影的阳性率与患者的出血量(≥ 0.5 ml/min)、造影时机、造影前是否使用内脏血管收缩素等因素有关。故对不明原因的下消化道出血患者不应强求这一标准, 以避免造成不必要的拖延^[1]。对在术前使用各种检查手段仍不能明确诊断的下消化道出血患者, Kendrick 等^[2]主张剖腹探查行肠管切开, 置入肠镜检查可完全直视肠黏膜病灶。术中内镜是安全有效的手段, 但该术式创伤大。腹腔镜手术创伤小, 恢复快。我们在行小肠探查时, 常规从回盲部开始, 用两把无损伤抓钳夹持肠管, 明确该段肠管无病变后, 先松开远侧抓钳, 然后两钳交替夹持肠管依次逐段检查。发现病变肠管后, 用缝线做标记, 以免遗漏。应仔细全面探查直至屈氏韧带。行确定性手术前, 拔除腹腔器械, 解除 CO₂ 气腹, 取脐下缘 Trocar 穿刺孔向左、右各延长 10 mm 的横切口将病变肠管提出。切除病灶后将肠管回纳腹腔, 切口行皮内缝合。小肠出血行腹腔镜探查与其他方法比较尽管有优势, 但有一定的局限性, 如位于黏膜层和黏膜下层的微小病灶在术中难以发现, 应作为其他方法的补充和完善。

参考文献

- [1] 冯琦, 王鸿志, 冯凯祥, 等. 选择性动脉造影在不明原因的下消化道出血诊断中的价值探讨. 四川医学, 2001, 22(8): 735 - 736.
- [2] Kendrick ML, Buttar NS, Anderson MA, et al. Contribution of intraoperative enteroscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding. J Gastrointest Surg, 2001, 5(2): 162 - 167.

(收稿日期: 2007-06-27)

(本文编辑: 张玉琳)

肠系膜上静脉血栓形成 11 例的诊治

陈大伟 崔龙 全志伟 沈定丰 陈磊 董谦

肠系膜上静脉内出现血栓称为肠系膜上静脉血栓形成(superior mesenteric venous thrombosis, SMVT)。其病情重, 病死率高。回顾性分析我科 1997 年 3 月至 2007 年 10 月收治的 11 例 SMVT 患者资料, 报道如下。

作者单位: 200092 上海交通大学医学院附属新华医院外科

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 11 例, 男 7 例, 女 4 例; 中位年龄 66 岁(22 ~ 84 岁)。均有腹部疼痛, 部分伴有恶心和呕吐。起初, 腹部有轻度到中度的深压痛, 无肌紧张。压痛的部位与腹痛的部位相一致。发病 1 ~ 2 d 后, 部分患者疼痛自行缓解或经治疗后缓解。

数日后再次出现,并持续性加重。腹部穿刺可抽出血性液体。2 例就诊时,有果酱样大便。2 例入院时有低血压性休克表现。本组患者从腹痛到住院的平均时间约 4 d(1 ~ 9 d);从入院到明确诊断约 2 d。

1.2 诊断

11 例均行腹部 X 线片、B 超、生化和血常规检查。4 例行 CT 检查,其中 2 例发现肠系膜静脉内有血栓,增强扫描显示肠系膜静脉充盈缺损。其余 9 例入院诊断为:急性胰腺炎 3 例,十二指肠球部溃疡 1 例,消化道出血 2 例,急性腹膜炎 1 例,肠粘连性肠梗阻 2 例。

1.3 治疗

入院时诊断为 SMVT 的 2 例,无腹膜炎体征,给予低分子肝素抗凝和尿激酶溶栓治疗。2 d 后停用尿激酶,分别在第 6、7 天停用肝素,改口服华法林。治疗期间,PT 值为正常值的 1.5 ~ 2.5 倍。

以其他诊断入院的 9 例,1 例在入院后 3 h 内死亡,尸检报告为 SMVT;8 例因出现急性弥漫性腹膜炎,行急诊剖腹探查术。术中见腹腔内有大量的血性腹水,约 500 ~ 1200 ml。肠管颜色为暗红色、紫黑色。切除失去生机的小肠约 120 ~ 300 cm。剩余肠管行端端吻合。

术后立即给予低分子肝素抗凝治疗,并辅助低分子右旋糖酐等药物。待患者恢复口服饮食后,停用低分子肝素,改口服华法林。在抗凝治疗期间,密切监测 PT,使其维持在正常值的 1.5 ~ 2.5 倍。

2 结果

入院诊断 SMVT 的 2 例,经抗凝和溶栓治疗后,腹痛缓解,8 d 后出院。出院时,多普勒彩色超声显示肠系膜静脉通畅。口服华法林 6 个月后,再次行 CT 检查未发现血栓,停用华法林。随访 2 年,没有发现复发迹象。

8 例因肠坏死行肠切除、肠吻合患者,2 例分别在术后第 3、5 天血栓复发,导致肠坏死、吻合口瘘,故再次行部分小肠切除术。死亡 2 例,1 例为再手术患者,在第 2 次手术后,发展成为短肠综合征,2 个月后死亡;另 1 例为 76 岁的患者,20 年前因门静脉高压症行断流手术,本次手术后因 MODS 死

亡。其余 6 例,2 例失去随访;另 4 例口服华法林 3 ~ 6 个月没有复发迹象。

3 讨论

SMVT 常见的病因有:门静脉高压症、脾切除、胃癌等^[1-3]。还有一些先天性因素,如蛋白质 C 和蛋白质 S 缺失,基因突变等^[3-4]。本组明确诱因的有 3 例,分别为深静脉血栓 1 例,门静脉高压症 2 例。

11 例中,9 例在入院时未作出正确诊断。1 例为尸检证实,8 例是因为急性弥漫性腹膜炎行急诊手术,通过病理检查明确诊断。CT 检查是诊断的最好方法,可显示肠系膜上静脉内的血栓,同时可发现肠管和肠系膜是否水肿。其他检查有 B 超、肠系膜上动脉造影等。其中,肠系膜上动脉造影是创伤性检查,其优点是一旦发现 SMVT,可利用肠系膜动脉造影管注入溶栓药物进行治疗^[5]。

由于 SMVT 是全身性疾病,为凝血异常所致,小肠淤血、坏死只是局部表现。2 例没有肠坏死的患者,经抗凝、溶栓治疗后,腹痛迅速缓解,血管恢复通畅。手术只是切除失去生机的小肠以及所属的系膜。故在手术治疗时,一定要配合全身抗凝治疗,预防复发。

参考文献

- [1] Stamou KM, Toutouzas KG, Kekis PB, et al. Prospective study of the incidence and risk factors of postsplenectomy thrombosis of the portal, mesenteric, and splenic veins. Arch Surg, 2006, 141(7): 663 - 669.
- [2] 杨用武. 肠系膜静脉血栓形成致肠坏死的临床分析. 腹部外科, 2006, 19(5): 287 - 288.
- [3] Shibahara K, Tatsuta K, Orita H, et al. Superior mesenteric and portal vein thrombosis caused by congenital antithrombin III deficiency: report of a case. Surg Today, 2007, 37(4): 308 - 310.
- [4] Karagulle E, Turk E, Gokturk HS, et al. Prothrombin 20210 G/A defect as a cause of mesenteric venous infarction: report of a case. Surg Today, 2007, 37(3): 251 - 253.
- [5] 宋鹏, 王茂强, 段峰, 等. 急性和亚急性肠系膜上静脉-门静脉血栓的介入治疗. 中华消化外科杂志, 2007, 6(5): 340 - 343.

(收稿日期: 2007-12-13)

(本文编辑: 张玉琳)

放射性粒子植入治疗肝癌 12 例

公维宏 王娟 刘新平 赵文清 徐建彬 赵娜 隋爱霞 阎晓路

放射性粒子植入治疗肝癌在国内外已有尝试且初显成效^[1-3]。我科 2003 - 2007 年行放射性粒子植入治疗原发性和转移性肝癌 12 例,报道如下。

作者单位: 050051 石家庄,河北省人民医院肿瘤科(公维宏、王娟、徐建彬、隋爱霞、阎晓路),设备处(刘新平),神经外科(赵文清);河北医科大学第一医院(赵娜)

通讯作者: 王娟, E-mail: 168hongtu@163.com

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组 12 例,男 7 例,女 5 例;中位年龄 57 岁(46 ~ 67 岁)。原发性肝癌 7 例,转移性肝癌 5 例(来源于结肠 3 例,胰腺 1 例,肺 1 例)。临床 TNM 分期为 III ~ IV 期。术前肝功能 Child A 级 2 例, B 级 7 例, C 级 3 例。所有患者均经病理检查证实,且符合以下筛选标准:(1)卡氏评分 > 60 分;(2)心、