·病例报道·

胃镜发现空肠起始部间质瘤合并消化道大出血一例

郑迎春　张志成　史方玉　何碧瑜　林崖　何彩虹　覃华

患者女，24 岁，因“呕血、黑便伴头晕、乏力 1 d”入院。患者入院前 1 d 无明显诱因出现呕血 2 次，为鲜红色血液，每次量约 100 mL，黑便 4 次，每次量约 200 mL，伴头晕、乏力。既往无肝炎、结核等病史。入院查体：血压 75/48 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa），面容苍白，心率 125 次/min，余无异常。辅助检查：血红蛋白 55 g/L，红细胞计数 3.1×10^{12}/L，血小板计数 302×10^{9}/L，白细胞计数 12.3×10^{9}/L，红细胞压积 22.4%，凝血功能、肝功能正常，乙肝及丙肝均为阴性，大便潜血（+++），血尿素氮 10.25 mmol/L，肌酐 65 μmol/L。入院诊断：急性上消化道大出血、失血性休克、失血性贫血（重度）。入院后禁食水，予以扩容、止血、抑酸及生长抑素等治疗，输注同型浓缩红细胞悬液 4 u、血浆 400 mL。输血后复查血常规示血红蛋白 52 g/L，12 h 后复查血红蛋白 38 g/L，遂再次紧急输血后于手术室气管插管、静脉麻醉下行急诊胃镜检查。术中食管、胃、十二指肠球部可见咖啡色液体存留，十二指肠降部及水平部见少许新鲜血液存留，继续进镜至空肠上段，距离屈氏韧带约 10 cm 处见一 2.0 cm×2.0 cm 半球形隆起，表面见喷射样性出血，考虑空肠上段间质瘤并出血可能，以钛夹止血治疗后出血停止（图 1）。与家属沟通后行急诊外科手术治疗，术后病理检查结果为（空肠）间质瘤。

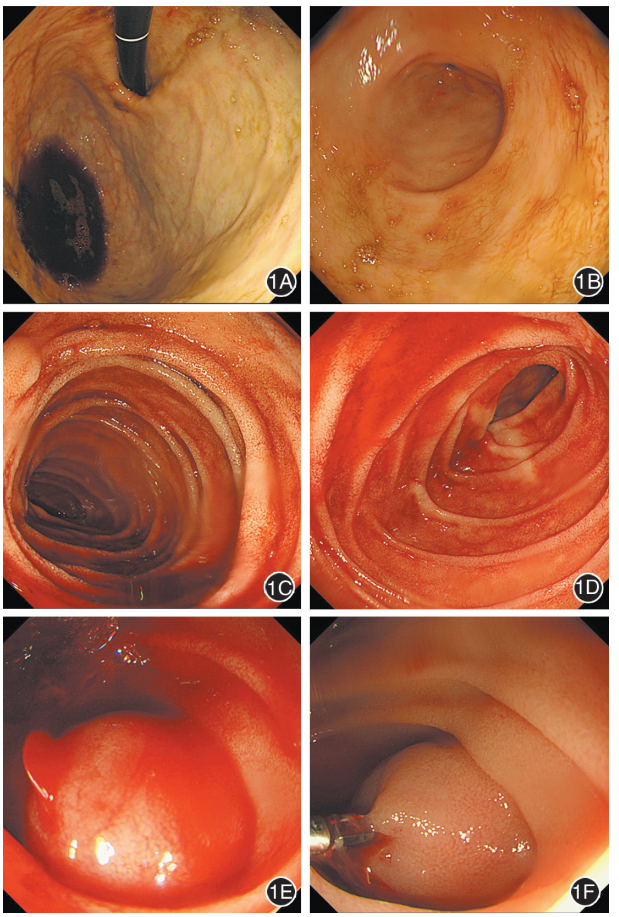


图 1　消化道大出血患者急诊胃镜检查结果　1A：胃底见暗红色液体存留，未见活动性出血灶；1B：胃窦未见活动性出血灶；1C：十二指肠降部见较多鲜红色血液存留；1D：十二指肠水平部见较多鲜红色血液存留；1E：空肠上段距屈氏韧带约 10 cm 处见一 2.0 cm×2.0 cm 半球形隆起，表面见喷射样出血；1F：经胃镜钛夹止血后出血停止

讨论　呕血为上消化道出血的特征性症状，但亦有少数病灶位于空肠上段的中消化道出血患者，尤其是伴有部分肠梗阻的患者，因出血迅猛，大量血液返流至胃部而出现呕血症状。急性上消化道出血首选检查为胃镜，胃镜检查能发现上消化道黏膜的病变，明确诊断，亦可同时进行内镜下止血治疗。欧洲胃肠道内镜协会推荐在患者血流动力学复苏后早期（≤24 h）行上消化道内镜检查，高危患者应更早（<12 h）[1]。研究表明，急性上消化道出血 24 h 内行胃镜检查，确诊率为 97.3%，治疗有效率为 90.75%；24~48 h 检查，确诊率为 88.3%，治疗有效率为 76.6%，所以胃镜检查的最好时机在上消化道出血后 48 h 内[2]。

临床工作中，对有呕血症状但内科保守治疗无效的消化道出血患者，当急诊胃镜检查上消化道未见出血灶时，绝大多数内镜检查医师即终止检查。即使术中发现十二指肠降部及水平部有新鲜血液涌出，因考虑患者为小肠出血而退出胃镜，寻求其他检查（如小肠镜、血管造影、小肠多排 CT 等）进一步明确诊断。但有些医院往往不具备上述检查条件，即便具备上述检查设备，因再次检查需耗费时间，从而导致部分空肠上段出血的危重患者得不到及时诊断与治疗。在遇到上述情形时如果患者病情许可，内镜检查医师可打破常规，在十二指肠降部通过钩拉取直胃镜后继续进镜至空肠上段，往往可以发现屈氏韧带下方约 20 cm 内的出血灶，并可及时进行内镜下止血治疗。即使胃镜下无法止血也可以在胃镜下以钛夹标记

DOI：10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.016

作者单位：571300 海南省文昌市，同济文昌医院普通外科（郑迎春）；华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科（张志成、覃华）；同济文昌医院消化内科（史方玉、何碧瑜、林崖、何彩虹）

通信作者：覃华，Email：qinhua@tjh.tjmu.edu.cn

出血灶,以便外科医师在急诊手术时通过留置的标记尽快找到出血灶,从而大大缩短手术时间、改善患者的预后。

本例患者为青年女性患者,主要症状为呕血、黑便,考虑出血部位为上消化道可能较大,患者同时伴有周围循环衰竭征象,血红蛋白进行性下降,大便潜血强阳性,血尿素氮上升,初步诊断急性上消化道大出血。考虑出血迅猛,可能为动脉出血,遂行急诊胃镜检查以进一步明确诊断及治疗。急诊胃镜检查中上消化道未见活动性出血灶,十二指肠水平部见新鲜血液存留。考虑患者空肠上段出血可能性大,出血部位为屈氏韧带附近,可能同时伴有肠腔部分梗阻,遂继续进镜至空肠上段,距离屈氏韧带约 10 cm 处见一 2.0 cm×2.0 cm半球形隆起,表面见喷射样性出血,以钛夹止血后出血停止。与家属沟通后行急诊外科手术治疗,术后病理检查结果为(空肠)间质瘤。胃肠道间质瘤属于间叶组织肿瘤,来源于胃肠道间质干细胞。胃肠道间质瘤 70%发生在胃,小肠占 20%,结直肠占 5%,其他部位(食管、阑尾、胆囊、肠系膜等)占 5%。一般直径大于 4 cm 的肿瘤常伴随临床症状,以消化道出血及腹部肿块最常见,其中消化道出血 69%~82%为急性出血[3]。

因此,对于临床表现为呕血,初步诊断为上消化道大出血而急诊胃镜常规路径检查为阴性结果的患者,由技术熟练的内镜医师继续进镜至空肠上段检查,发现出血灶的几率将有所上升,对于病灶位于空肠上段的急性大出血患者可得到及时的诊断及治疗,值得在临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 朱新影, 马欢, 刘改芳. 非静脉曲张性上消化道出血的诊断和管理:2015 年欧洲胃肠道内镜协会指南介绍[J].中华消化内镜杂志, 2017, 34(3):210-212. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2017.03.016.

[2] 朱玥姝. 急性非静脉曲张性上消化道出血的最佳胃镜检查时机(附 120 例报告)[J].中国现代普通外科进展, 2017, 20(3):224-226. DOI: 10.3969/j.issn.1009-9905.2017.03.019.

[3] 中国胃肠道间质瘤专家组. 中国胃肠道间质瘤诊断治疗共识(2008 年版)[J].临床肿瘤学杂志, 2009, 14(8):746-754. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0460.2009.08.021.

(收稿日期:2017-12-07)

(本文编辑:朱悦)

双气囊小肠镜治疗回肠巨大柿石一例

席筱厚　卢王　窦唯佳　王旭霞　赵曙光　刘震雄　赵保民　王景杰　秦明

柿石症是指食入的植物纤维(柿、黑枣等)未被消化而长期凝结形成异物团块造成胃肠道炎症、梗阻等胃肠道功能障碍的一系列疾病[1]。柿石多见于胃,但有少数柿石可进入小肠,如无法自行排出,易造成小肠梗阻,内科保守治疗方法效果差,常需外科手术取石[2-3]。我科在双气囊小肠镜下成功取出小肠内嵌顿巨大柿石 1 例,避免了患者手术治疗的痛苦及并发症的发生,现将诊治情况报道如下。

患者女,48 岁,因“间断性腹部疼痛 1 个月余”收入我院,腹痛以下腹部明显,间断发作,可自行缓解,近日伴腹胀、恶心及肛门停止排便排气。发病前曾大量进食柿子。门诊腹部立位平片及腹部 CT 检查提示肠道积液积气,考虑肠梗阻(图 1)。患者入院后行全消化道造影提示小肠低位不完全性肠梗阻、梗阻部位位于第 5 组小肠(图 2)。考虑患者有不完全性小肠梗阻表现,予禁食及口服液体石蜡,深静脉营养支持治疗。1 周后腹痛症状缓解,但仍有腹胀且无大便排出,不能除外柿石嵌顿。为防止患者柿石长期滞留及梗阻加重,于入院第 10 天行经肛双气囊小肠镜检查及碎石治疗,术中见距回盲瓣约 40 cm 处有一黑黄色巨大柿石阻塞管腔,试行送气并用镜身推送柿石无果。调整镜身角度充分暴露操作视野后,尝试用电凝电切圈套器圈套部分柿石后发现石体较松软可破碎,遂用圈套器反复圈套勒割进行碎石,将柿石残渣拖送至结肠肠腔。再次进镜观察,柿石缩小后可见远端有浑浊肠内容物流出,远端回肠黏膜光滑柔软,用镜身头端气囊充气后退镜将残余柿石清除排出至结肠。估算柿石约 4 cm×6 cm 大小。再次进镜观察见病变回肠通畅,退镜结束操作(图 3)。术后患者腹痛及腹胀消失,术后第 2 天复查结肠镜,回肠末端 5 点方向见散在大小约 0.5 cm 的浅溃疡,腔内未见柿石残留(图 4)。治疗后 3 d 分次排出大小不等多枚柿石,患者无明显不适出院。

讨论　柿石属于植物结块,由于进食多量未成熟柿子造成。大块嵌顿在胃内,小块降到小肠,由于长时间与无机盐类接触沉淀,柿石逐渐增大,随肠蠕动推向远端,最终多嵌顿于回肠末端,造成完全性或不完全性肠梗阻[1-3]。柿石嵌顿于小肠后,随着时间延长,除梗阻外,有可能并发小肠溃疡及出血,甚至引起肠道坏死和穿孔,故发现柿石后应积极治疗[4]。目前小肠柿石仍以非手术治疗为主,可通过禁食,胃肠减压,口服石蜡油、促胃肠动力药物及碳酸饮料软化分解柿石,促其排出[5-11]。有报道使用经鼻型肠梗阻导管对小肠

DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.017

基金项目:唐都医院新技术项目资助

作者单位:710038 西安,第四军医大学唐都医院消化内科

通信作者:秦明,Email:qmm427427@fmmu.edu.cn