

# 小肠憩室内出血经胃镜治疗一例

刘 倩 侯立新 洪尚游 许 多 沈晓萍 李 爽

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2021.03.019

## 1 病例资料

患者为 73 岁的老年男性,于 2009 年因胃腺癌行毕Ⅱ式胃大部切除术,多次复查胃镜均提示吻合口炎。因“冠心病”于上海市宝山区中西医结合医院心内科住院治疗,期间出现解成形黑便 1 次,粪便隐血试验呈阳性。胃镜检查示:胃底见散在糜烂灶,覆盖黑色血痂(见图 1),吻合口及所见输入襻、输出襻管腔黏膜未见异常。患者检查后安返病房,但至当夜出现呕血约 100 mL,解大量暗红色血便,予以冰盐水反复冲洗胃腔并注入去甲肾上腺素,胃管引流液仍可见暗红色血性液体约 300 mL。心电监护示:心率 88 次/min,血压 110/75 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),氧饱和度 99%,呼吸 18 次/min。专科查体情况:睑结膜苍白,口唇干燥,腹柔软,肝、脾肋下未触及,中上腹轻压痛,无反跳痛。上腹部影像学检查排除肝硬化可能,血红蛋白 70 g/L,根据患者现病史及既往史,拟诊为:上消化道出血,胃恶性肿瘤毕Ⅱ式切除术后,中度贫血,冠状动脉粥样硬化性心脏病,心功能Ⅱ级,高血压Ⅰ级(极高危组),肾囊肿。

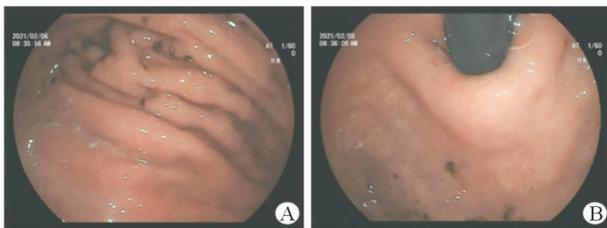


图 1 首次胃镜检查结果 A 胃镜检查示残胃胃体可见黑色血痂附着 B 胃镜检查示胃底可见少量黑色血痂附着

首次胃镜虽观察到胃底糜烂,表面附着黑色血痂,但并未看到明显的活动性出血灶,之后出现呕血等症状,胃管内持续见新鲜血液,明确患者仍存

在活动性出血且内镜所见与病情严重程度不符,考虑首次胃镜检查未能发现病灶。期间患者有头身大量汗出、意识欠清等失血性休克表现,常规输注红细胞悬液及抗休克治疗下,为保证患者安全,将其转运至手术室全麻下气管插管进行第 2 次内镜检查。术中患者平卧位,镜头前装置透明帽,见残胃腔内仍有大量暗红色血性液体及血凝块,反复冲洗吸引后观察黏膜表面无明显缺损、溃疡及出血点;吻合口黏膜充血水肿,鞍部黏膜正常,输入襻管腔通畅且黏膜正常,输出襻管腔内可见大量新鲜血液涌出,反复冲洗吸引,距鞍部约 30 cm 处憩室内有凸起的血管头,并见搏动性出血,钛夹伸入憩室内吸引后夹闭,充气冲洗后观察无活动性出血,在其旁再次夹闭 2 枚钛夹,反复冲洗观察无活动性出血后退镜(见图 2)。患者苏醒后安返病房,未再出现呕血、黑便症状,经制酸护胃、营养支持等对症治疗数日,粪便隐血转阴后出院。1 周后随访,患者诉病情稳定,生活如常,门诊复查粪便隐血试验呈阴性。

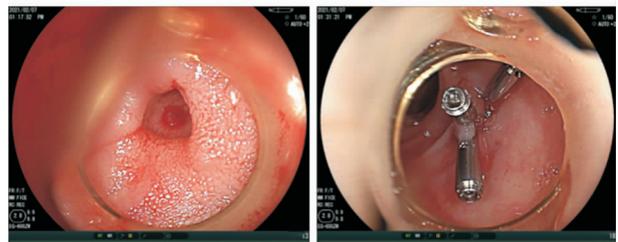


图 2 第 2 次胃镜检查结果 A 胃镜检查示距鞍部 30 cm 处见憩室内血管头暴露伴活动性出血 B 胃镜检查示钛夹伸入憩室配合吸引将出血部位夹闭

## 2 讨论

小肠憩室是由于各种原因导致的肠腔内压力改变,或胚胎时期发育异常导致部分肠壁黏膜通过肠系膜边缘的薄弱部位呈袋状突起,十二指肠、空肠及回肠均可发生<sup>[1]</sup>。本例患者为毕Ⅱ式术后患者,距鞍部 30 cm 处的憩室应为空肠憩室。空肠憩室通常出现在小肠的肠系膜边界肌层薄弱的位置,

对于较小的憩室采用影像学方法观察较为困难和复杂<sup>[2-5]</sup>。空肠憩室的发病率较回肠高,多为先天性发育异常所致,获得性憩室的发病率极低<sup>[2]</sup>。大多数小肠憩室患者无症状<sup>[3,6]</sup>,可在其他疾病的诊治过程中被偶然发现;但有时由于食物、消化液等潴留在憩室中,会反复出现腹部隐痛、饱胀、恶心等慢性症状,因症状无特异性而往往被忽视,造成临床漏诊及病情延误。当发生急性并发症时,病情往往较重,常见的急性并发症包括憩室炎、消化道出血、肠梗阻、肠扭转等<sup>[7-8]</sup>。临床医师在面对这些并发症时,往往不易联想到是由于小肠憩室引起的,容易延误诊治时间。

在未明确是小肠憩室并发出血之前,临床医师通常按照消化道出血的推荐流程进行诊治。在掌握详细病史的前提下,有所侧重地完善胃镜及结肠镜检查,若首次检查为阴性者仍可重复检查以降低漏诊率。小肠内镜检查对于小肠憩室继发出血的诊断率较高,主要包括胶囊内镜检查和双气囊小肠镜检查<sup>[6]</sup>。目前胶囊内镜已被广泛应用于诊断小肠疾病,其为非侵入性检查,患者接受度较高,对于小肠出血的诊断率可高达 83%<sup>[9]</sup>,但对于出血量大或有血凝块附着肠壁时,胶囊内镜的视野模糊,漏诊可能性较高。有研究表明,在可疑漏诊的患者中有 64% 的患者经双气囊小肠镜检出了病灶<sup>[10]</sup>。另有研究指出,双气囊小肠镜与胶囊内镜对小肠疾病的诊断率相似<sup>[11]</sup>。与胶囊内镜相比较,双气囊小肠镜具有可进行镜下活组织检查或止血等操作的优势,但其为侵入性检查,且对医师技术要求较高。计算机断层扫描血管造影(CTA)对于急性小肠出血的诊断价值较高,适用于活动性出血(出血速率 $\geq 0.3$  mL/min)患者<sup>[12]</sup>。对于血流动力学稳定的急性小肠大出血患者,可先行 CTA 检查,如有阳性发现可再行血管造影下栓塞治疗;而对于出血速率更大甚至血流动力学不稳定的大出血患者,首选血管造影。血管造影虽为侵入性检查,但一旦发现罪犯病灶,即可进行血管栓塞治疗<sup>[12-13]</sup>。在各种止血手段效果欠佳的情况下,手术仍然是最终的治疗方法。目前对于小肠憩室并发出血建议进行手术切除<sup>[14]</sup>。

本例患者有非甾体类抗炎药服用史,且存在胃肿瘤术后的解剖学改变,在首次发现黑便后,应引起足够的重视。患者腹部影像学检查未见肿瘤等相关提示,而首次胃镜检查仅胃底见散在糜烂出血

灶。回顾病情进展,提示首次胃镜对患者的后续诊治及抢救时间窗均有至关重要的影响。一般胃黏膜糜烂出血多为急性起病,患者有相应的用药史,诱发该病的可能性较大,但急性糜烂出血性胃炎胃镜下表现为多发性的糜烂及浅溃疡,典型的溃疡呈壕沟状。该患者的首次胃镜仅胃底见散在糜烂灶,上覆黑色血痂,故在出现上消化道大出血症状、体征甚至胃肠减压引流出暗红色血液时,应提高警惕并对胃镜结果存疑,在血流动力学尚且稳定的情况下,及时进行第 2 次胃镜复查。本例患者在第 2 次胃镜后已出现失血性休克表现,故在紧急输血及抗休克治疗后才争取到时间行进一步检查。由于在第 2 次胃镜中经反复冲洗观察后,再次确定了出血灶并不在残胃腔及常见的出血部位吻合口,且间断观察到有鲜血从输出襻涌入残胃腔,故判断出血部位可能仍在胃镜所能及的空肠上段。考虑到胃镜可能会深入小肠腔,患者已不能耐受常规胃镜检查,故于手术室进行气管插管全麻下胃镜检查,一方面减轻了患者的痛苦并提高了安全性,另一方面有利于医师顺利进行内镜操作。此外,考虑到小肠的蠕动节律较快,操作医师在镜头前装置透明帽,较好地暴露了视野,通过吸引及肠镜操作技巧使得小肠管短缩,幸运地在距鞍部 30 cm 处发现了憩室出血灶。由于憩室内暴露的血管头位置较深,操作医师仍通过吸引将憩室拉近肠腔,最终止血夹顺利夹闭。

综上所述,虽然本例患者由于胃切除术后后的特殊性而在胃镜下完成了小肠憩室的止血术,但仍对操作技术具有较高的要求。本例患者的诊治经过提示,对于反复的消化道出血,在胃镜及结肠镜检查呈阴性结果的情况下,应考虑小肠出血的可能,及时采取相应的诊治手段明确诊断并止血。

## 参 考 文 献

- 1 Kassir R, Boueil-Bourlier A, Baccot S, et al. Jejuno-ileal diverticulitis: Etiopathogenicity, diagnosis and management[J]. Int J Surg Case Rep, 2015, 10: 151-153.
- 2 Alves Martins BA, Rodrigues Galletti R, Marinho Dos Santos Neto J, et al. A case of perforated jejunal diverticulum: an unexpected cause of pneumoperitoneum in a patient presenting with an acute abdomen[J]. Am J Case Rep, 2018, 19: 549-552.
- 3 Makris K, Tsiotos GG, Stafyla V, et al. Small intestinal nonmeckelian diverticulosis[J]. J Clin Gastroenterol, 2009, 43 (3): 201-207.
- 4 Lebert P, Ernst O, Zins M. Acquired diverticular disease of the

- jejunum and ileum; imaging features and pitfalls[J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2019, 44(5): 1734-1743.
- 5 Longo LD. Classic pages in obstetrics and gynecology. Case of a successful extirpation of a fibrous tumor of the peritoneal surface of the uterus by the large peritoneal section. Washington Lemuel Atlee[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1976, 126(5): 597.
- 6 Yen HH, Chen YY, Yang CW, et al. Diagnosis and management of jejunoileal diverticular hemorrhage; a decade of experience[J]. *J Dig Dis*, 2012, 13(6): 316-320.
- 7 Lacz NL, Zurlo JV. Small bowel diverticulitis; an often overlooked cause of acute abdomen[J]. *Emerg Radiol*, 2010, 17(6): 497-501.
- 8 Kouraklis G, Glinavou A, Mantas D, et al. Clinical implications of small bowel diverticula[J]. *Isr Med Assoc J*, 2002, 4(6): 431-433.
- 9 Rondonotti E, Villa F, Mulder CJ, et al. Small bowel capsule endoscopy in 2007: indications, risks and limitations[J]. *World J Gastroenterol*, 2007, 13(46): 6140-6149.
- 10 Marmo R, Rotondano G, Casetti T, et al. Degree of concordance between double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding; a multicenter study[J]. *Endoscopy*, 2009, 41(7): 587-592.
- 11 Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008, 6(6): 671-676.
- 12 Wu LM, Xu JR, Yin Y, et al. Usefulness of CT angiography in diagnosing acute gastrointestinal bleeding; a meta-analysis[J]. *World J Gastroenterol*, 2010, 16(31): 3957-3963.
- 13 Yoon HM, Suh CH, Kim JR, et al. Diagnostic performance of magnetic resonance enterography for detection of active inflammation in children and adolescents with inflammatory bowel disease: a systematic review and diagnostic meta-analysis [J]. *JAMA Pediatr*, 2017, 171(12): 1208-1216.
- 14 Möscher O, May A, Müller MK, et al. Complications in and performance of double-balloon enteroscopy (DBE): results from a large prospective DBE database in Germany[J]. *Endoscopy*, 2011, 43(6): 484-489.

(收稿日期:2021-03-19)

(本文编辑:周骏)

(上接第 186 页)

- 2 张莉, 朱宏. 食管胃底静脉曲张破裂出血患者短期预后的危险与保护因素分析[J]. *西部医学*, 2015, 27(7): 996-998.
- 3 陆嘉骏, 马可, 肖庆桓. 跨膜蛋白 16A 分子结构及调控机制研究现状[J]. *中国临床药理学杂志*, 2019, 35(5): 478-481.
- 4 Ma MM, Gao M, Guo KM, et al. TMEM16A contributes to endothelial dysfunction by facilitating Nox2 NADPH oxidase-derived reactive oxygen species generation in hypertension[J]. *Hypertension*, 2017, 69(5): 892-901.
- 5 Zeng X, Huang P, Chen M, et al. TMEM16A regulates portal vein smooth muscle cell proliferation in portal hypertension[J]. *Exp Ther Med*, 2018, 15(1): 1062-1068.
- 6 赵俊伟, 时光, 平杰丹, 等. 支气管哮喘患者外周血单个核细胞 TIPE2 表达对组织因子的负调控作用[J]. *中华医学杂志*, 2018, 98(36): 2889-2893.
- 7 Ye G, Qin Y, Wang S, et al. Lamc1 promotes the Warburg effect in hepatocellular carcinoma cells by regulating PKM2 expression through AKT pathway[J]. *Cancer Biol Ther*, 2019, 20(5): 711-719.
- 8 Pimenta JR, Ferreira AR, Fagundes ED, et al. Factors associated with bleeding secondary to rupture of esophageal varices in children and adolescents with cirrhosis[J]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017, 64(2): e44-e48.
- 9 Cárdenas A, Baiges A, Hernandez-Gea V, et al. Endoscopic hemostasis in acute esophageal variceal bleeding [J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2014, 43(4): 795-806.
- 10 Qin JP, Jiang MD, Tang W, et al. Clinical effects and complications of TIPS for portal hypertension due to cirrhosis: a single center [J]. *World J Gastroenterol*, 2013, 19(44): 8085-8092.
- 11 张斌, 吴志勇. 门体分流术在治疗肝硬化食管胃底静脉曲张出血中的地位[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2019, 31(8): 456-458.
- 12 Kalacheva TP, Chernyavskaya GM, Beloborodova EI, et al. Disorders of vasoregulative endothelial function, echocardiographic assessment of myocardial dysfunction and hemodynamics of pulmonary circulation in cirrhosis of the liver [J]. *Kardiologia*, 2016, 56(1): 41-47.
- 13 孔繁慧, 宋好, 卢畅, 等. ANO1 抑制剂对自发性高血压大鼠食管平滑肌细胞增殖的影响[J]. *青岛大学学报(医学版)*, 2018, 54(3): 317-320.
- 14 谭俊, 周密, 邓勤智, 等. 经颈静脉肝内门体分流术治疗肝硬化门静脉高压症并发食管胃底静脉曲张破裂出血 2 年生存分析[J]. *浙江医学*, 2019, 41(11): 1138-1142.
- 15 米日古丽·吾甫尔, 张志强, 姚萍, 等. 肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血患者预后因素分析[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(1): 73-77.

(收稿日期:2020-05-11)

(本文编辑:周骏)