

定性较差^[8]。这种个性特征使得个体在对事件的评价、反应与对应方式均与正常人有所不同,评价趋于消极、反应更加压抑、常常缺乏积极有效的对应方式^[1, 8]。由此,在通常情况下较常人更易遭受应激。实验心理学研究已经证实,紧张、焦虑、过分压抑等心理应激反应,可通过下丘脑-垂体-肾上腺通路而影响消化系统功能,与消化性溃疡的发生高度相关^[1, 2, 6, 9-10]。

本研究 SCL-90 评定结果显示,研究组在躯体化、焦虑、恐怖三个因子上分值明显高于对照组,差异具有显著性意义($P < 0.05$),且分值的均数均大于 2 分,即达到中等严重程度以上^[3],表明研究组患者存在明显的心理问题。此外,阳性项目数与总均分也明显高于对照组($P < 0.05$),说明研究组患者的心理健康水平低于正常对照组。在对消化性溃疡患者心理状况的研究中,比较一致的观点和研究结果是,消化性溃疡患者存在着较多心理问题^[1-7]。此与本研究结果相同。但在心理问题的种类上则结果不尽相同,有些研究显示患者存在焦虑、抑郁障碍^[2, 4];有些研究则显示患者存在敌对、猜疑、人际关系敏感,甚至强迫症状^[6, 7]。在本研究中,研究组存在有三方面的心理问题,一是躯体化障碍,由于本研究的研究对象为躯体疾病患者,本身即存在着大量的躯体症状,因此,此结果意义不大。另二个症状是焦虑和恐怖,心理学研究证明,焦虑和恐怖情绪有其共同的心理学与病理心理学基础,恐怖可以看做是一种具有特定指向的严重焦虑反应^[1, 8, 11]。因此,本研究结果显示,患者的心理问题突出表现为焦虑障碍。结合 EPQ 结果分析, N 量表分值高者本身即较易体验到焦虑与紧张情绪。那么,在消化性溃疡的患者中,其表现出的心理问题是人格因素所致,还是患者对躯体疾

病的心理反应,抑或是二者相互影响相互作用的结果,尚难以定论。其实,这也正是在消化性溃疡与心理因素之间的关系研究中需要澄清的问题。

总之,仅就本研究结果而言,似乎更倾向于消化性溃疡有其特定不良人格基础,这种人格使患者易遭受应激,产生不良的情绪反应,进而影响消化系统功能,诱发或促进溃疡的发生,患病后又使患者再次经历应激反应,形成恶性循环。此种理论推测是否成立,仍需更多试验、更大样本的前瞻性研究来证实。

4 参考文献

- 1 胡佩诚. 医学心理学. 第 1 版. 北京: 北京医科大学出版社, 2000: 92-94
- 2 肖水源, 杨德森, 凌奇荷. 消化性溃疡的心理因素研究. 中华神经精神科杂志 1991;24:282-284
- 3 张明园. 精神科评定量表手册. 第 1 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993:20-48
- 4 Creed F, Guthrie E. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28:1307-1312
- 5 Talley NJ, Phillips SF, Bruce B, Twomey CK, Zinsmeister AR, Melton LJ. Relation among personality and symptoms in nonulcer dyspepsia and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990;99:327-332
- 6 李鸣, 何慕陶. 心理中介因素在消化性溃疡发病中的作用. 中国心理卫生杂志 1992;6:149-151
- 7 卢宁, 朱昌明. 几种心身疾病患者的心理卫生状况与个性特征. 中国心理卫生杂志 1995;9:60-63
- 8 杨德森. 基础精神医学. 第 1 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994: 501-506
- 9 McRae S, Younger K, Thompson DG, Wingate DL. Sustained mental stress alters human jejunal motor activity. *Gut* 1992; 23:404-409
- 10 Valori RM, Kumar K, Wingate DL. Effect of different types of stress and of pointier drug on the control of the fasting motor complex in humans. *Gastroenterology* 1986;90:1890-1900
- 11 郝伟. 精神病学. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001:15-190

肠套叠的超声诊断 31 例

文晓蓉, 邱 邈, 张 梅

文晓蓉, 邱邈, 张梅, 四川大学华西医院超声科 四川省成都市 610041
项目负责人: 文晓蓉, 610041, 四川省成都市武侯区国学巷 37 号, 四川大学华西医院超声科. wenxr@sina.com
电话: 028-85422304
收稿日期: 2003-04-15 接受日期: 2003-06-02

摘要

目的: 探讨肠套叠的发病原因及声像图特征。

方法: 回顾性分析了 31 例肠套叠的发病原因、类型及声像

图表现。

结果: 31 例肠套叠患者中儿童 24 例, 成人 7 例, 继发性肠套叠 13 例, 儿童占 6 例, 7 例成人肠套叠均为继发性。肠套叠的病理原因是良恶性肿瘤、炎症等。肠套叠的类型以回结型最多。油炸面圈征 或 靶环征 是肠套叠的特征性超声表现。本组 31 例中有 28 例得到确诊。

结论: 肠套叠以儿童多见, 成人肠套叠多有病理因素存在。

超声是诊断肠套叠较好的方法.

文晓蓉, 邱邈, 张梅. 肠套叠的超声诊断 31 例. 世界华人消化杂志 2004;12 (1):227 - 229

http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/227.asp

0 引言

随着超声在临床的广泛应用, 超声在某些胃肠道疾病方面的应用已得到认可, 本文复习了 31 例肠套叠患者的资料, 对其病因及声像图特征进行分析, 提示了超声检查是诊断肠套叠的一种较为可靠的无创方法.

1 材料和方法

1.1 材料 本组 31 例患者均为 1995/2001 我院经超声检查后非手术治疗失败再手术证实的患者, 男 22 例, 女 9 例, 年龄 3 mo-65 岁, 儿童 24 例, 其中小于 2 岁的 20 例, 病程最短的几个小时, 最长的几年. 本组患者中有腹痛或哭闹的占 77%, 血便占 68%, 39% 的患者有呕吐, 55% 的患者腹部可扪及包块, 同时具有腹痛、血便、腹块者占 55%.

1.2 方法 患者取仰卧位, 采用 RTFINO (探头频率 3.5 MHz) 及 DIAOSONICS (探头频率 5-12MHz) 等仪器, 在腹部横向及斜向连续扫查, 了解有无肠梗阻、梗阻的大约位置及肿块的范围等.

2 结果

2.1 本组资料中大部份是儿童(儿童 24 例, 成人仅 7 例) 肠套叠的类型如下: 回盲型 2 例, 回盲结型 4 例, 回结型 18 例, 小肠型 3 例, 回回型 3 例, 结结型 1 例, 从资料显示, 回结型最多, 占 58% 以上, 小肠型及结肠型较为少见. 引起肠套叠的病因、病理及相应的部位见表 1.

表 1 31 例肠套叠的病因、病理及相应部位

病因病理	空肠	回肠 结肠
良性淋巴组织增生		1
阑尾炎术后回盲部粘连		1
肠系膜淋巴节炎		2
乳头状腺瘤性息肉	1	
恶性淋巴瘤		5
多发 P-J 息肉	1	
恶性黑色素瘤	1	
回肠脂肪瘤		1
无明显病因		18

2.2 声像图表现 本组 31 例中, 仅 1 例漏诊, 有 28 例超声明确诊断肠套叠, 2 例由恶性肿瘤引起者超声仅提示肠道肿瘤, 未提示肠套叠. 沿着与肠道纵轴垂直方向扫查, 大多数患者在右下腹或右上腹结肠肝曲区域可见肠套叠所致的“油炸面圈征”或“靶环征”

图像, 见图 1、图 2, 肠套叠鞘部呈一个完整的大圆轮廓, 其内侧是一层较厚的水肿肠管壁的环形低回声, 在该低回声带的中心部, 又包绕一个呈高低相间混合回声或者较高回声的圆形结构. 沿着与肠道纵轴平行的方向扫查, 肠套叠呈“套筒征”(图 3)或“假肾征”(图 4)图像, “靶环”的上段肠管可以有扩张, 积气、积液等, 有少数病例腹腔内有少许渗出液. 由肿瘤引起者, 当肿瘤较大, 累及范围较广, 肠管壁增厚粘连较重, 声像图特征不典型, 仅呈“假肾征”.

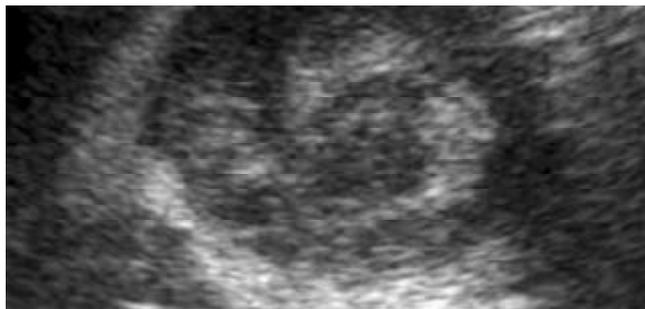


图 1 小儿肠套叠“靶环征”.



图 2 成人肠套叠“靶环征”.



图 3 成人肠套叠“套筒征”.



图 4 小儿肠套叠“假肾征”.

3 讨论

肠套叠为一段肠管套入其远端的肠腔内,使该段肠壁重叠并堵塞于肠腔引起的肠道梗阻,其发生常与肠管壁的解剖学特点(如盲肠的活动度过大)、病理因素(如息肉、肿瘤)以及肠功能失调、蠕动异常有关。

按病因可分为原发性与继发性肠套叠,肠套叠多见于婴幼儿^[1-3]。成人肠套叠较少,且多为继发性。本组31例肠套叠中儿童有24例(77%),其中继发性有6例;成人有7例(23%),全部为继发性肠套叠。引起肠套叠的病理因素是良性肿瘤、恶性肿瘤、炎性损伤等,本组原因见表1。

按发病的部位,肠套叠分为回肠-结肠型、回肠盲肠-结肠型、小肠-小肠型、结肠-结肠型等,其中以回结型最多(本组16例)。

肠套叠在声像图上有较为特征性的声像图表现,尤其是水肿的肠管壁及套入的系膜及肠管的油炸面圈征或靶环征。强弱交错排列的环带图像,而假肾征则不为其专有的声像图表现,肠道肿瘤、肠道明显炎性水肿均可导致肠管壁增厚回声减弱,肠腔内容物为强回声,就形如肾脏的回声。肠套叠的声像图具有特征性,但在其病因的判断方面还较困难,这可能与肠气干扰,使一部份较小的肠道肿瘤漏诊有关;此外超声在判断肠套叠的发生部位方面也有待提高。目前国内普遍采用X线监视下空气或钡剂灌肠诊治肠套叠,但X线对复位时间长的患者有一定的影响,在国外超声这种无创的检查不仅用来诊断肠套叠,还可在超声引导下钡剂或水灌肠治疗肠套叠^[4-15]。总之,超声在肠套叠方面的进一步应用还有待我们去探讨。

4 参考文献

- 1 易习之,谢仕庭,张冬. 婴幼儿肠套叠的平片诊断. 新消化病学杂志 1996;4:316-318
- 2 张冬,易习之,徐晔. 儿童肠套叠空气灌肠整复141例. 新消化病学杂志 1997;5:450-451
- 3 王秀英. 先天性回肠囊肿并肠套叠1例. 新消化病学杂志 1996;4:308
- 4 Shanbhogue RL, Hussain SM, Meradji M, Robben SG, Vernooij JE, Molenanr JC. Ultrasonography is accurate enough for the diagnosis of intussusception. *J Pediatr Surg* 1994;29:324-327
- 5 Crystal P, Hertzanu Y, Farber B, Shabshin N, Barki Y. Sonographically guided hydrostatic reduction of intussusception in children. *J Clin Ultrasound* 2002;30:343-348
- 6 Mirilas P, Koumanidou C, Vakaki M, Skandalakis P, Antrpas S, Kakavakis K. Sonographic features indicative of hydrostatic reducibility of intestinal intussusception in infancy and early childhood. *Eur Radiol* 2001;11:2576-2580
- 7 Sofia S, Casali A, Bolondi L. Sonographic diagnosis of adult intussusception. *Abdom Imaging* 2001;26:483-486
- 8 Gu L, Zhu H, Wang S, Han Y, Wu X, Miao H. Sonographic guidance of air enema for intussusception reduction in children. *Pediatr Radiol* 2000;30:339-342
- 9 Hanquinet S, Anooshiravani M, Vunda A, LeCoultrre C, Bugmann P. Reliability of color Doppler and power Doppler sonography in the evaluation of intussuscepted bowel viability. *Pediatr Surg Int* 1998;13:360-362
- 10 Stanley A, Logan H, Bate TW, Nicholson AJ. Ultrasound in the diagnosis and exclusion of intussusception. *Ir Med J* 1997;90:64-65
- 11 Kong MS, Wong HF, Lin SL, Chung JL, Lin JN. Factors related to detection of blood flow by color Doppler ultrasonography in intussusception. *J Ultrasound Med* 1997;16:141-144
- 12 Chan KL, Saing H, Peh WC, Mya GH, Cheng W, Khong PL, Lam C, Lam WW, Leong LL, Low LC. Childhood intussusception: ultrasound-guided Hartmann's solution hydrostatic reduction or barium enema reduction? *J Pediatr Surg* 1997;32:3-6
- 13 LamPeh WC, Khong PL, Chan KL, Lam C, Cheng W, Lam WW, May GH, Saing H, Leong LL, Low LC. Sonographically guided hydrostatic reduction of childhood intussusception using Hartmann's solution. *Am J Roentgenol* 1996;167:1237-1241
- 14 Wright JE, Slater S. Suspected intussusception: is ultrasound a reliable diagnostic aid? *Aust N Z J Surg* 1996;66:686-687
- 15 Choi SO, Park WH, Woo SK. Ultrasound-guided water enema: an alternative method of nonoperative treatment for childhood intussusception. *J Pediatr Surg* 1994;29:498-500

肝内胆管结石的系统化治疗 110 例

吴一武,周志伟,梁建深,梁辉,殷放

吴一武,殷放,中山大学附属第五医院普外科 广东省珠海市 519000
周志伟,梁建深,梁辉,暨南大学医学院附属第三医院普外科 广东省珠海市 519000
项目负责人:吴一武,519000,广东省珠海市梅华东路52号,中山大学附属第五医院普外科. zdwywyw@vip.sina.com
电话:0756-2528711 传真:0756-2528300
收稿日期:2003-06-05 接受日期:2003-07-24

摘要

目的:探讨和总结肝内胆管结石的系统化治疗的方法和经验。

方法:系统化治疗即外科手术+术中或术后纤维/电子胆道

镜检查取石+术后中药对结石复发的预防/治疗,我们对1993-01/2003-03间应用系统化治疗的110例肝内胆管结石患者进行总结并随访10a。同时用胆道镜对结石局部胆管的胆管炎和对服用中药排石的效果进行观察。

结果:系统化治疗使术后肝内胆管结石的取净率99.09%。残石率降至0.91%。再手术率为3.75%,结石复发率为8.75%,疗效优良率为92.5%。胆道镜观察到有结石发生的胆管壁同时存在胆管炎且会存在一段较长时间,甚至数月。胆道镜观察到服用中药排石汤可使胆管炎减轻,结石松动和小结