

视,密切观察新生儿变化,及时发现问题,尽早处置.将出生体重分三组统计其发病率,结果出生体重 $\leq 2500$ g或 $\geq 4000$ g的新生儿发病率比2500-4000g之间者高.这是因为低于2500g或高于4000g的新生儿为高危儿,他们存在着严重潜在的或尚未被发现的威胁生命的高危因素与病理和生理基础<sup>[2]</sup>,所以更易发病.也提醒我们对这些高危新生儿更应提高警惕,密切观察.

母婴同室新生儿消化系统疾病发病率较高,主要临床表现为:呕吐、纳差、腹胀、腹泻、便血等.呕吐者应注意与颅内出血等疾病相鉴别,腹胀、腹泻应注意排除感染因素,便血者不要忽略有新生儿自然出血症的可能.本组消化系统疾病发生率构成为: 吞咽综合征43.9%;胃食管反流31.7%;消化道畸形18.3%;消化道感染6.1%. 吞咽综合征是新生儿生后最常见的一种综合征,以呕吐、吐咖啡样物为主,有的存在陈旧性血便.一般在生后数小时出现,约2-3d恢复正常.胃食管反流也是消化道疾病中发生率较高的一种,他可刺激喉部化学感受器引起呼吸暂停和心动过缓,并易诱发喉痉挛形成上气道阻塞加重缺氧,可以致死<sup>[3]</sup>.我们曾在母婴同室巡视中发现2例因胃食管反流造成窒息者,均经过气管插管、抱球呼吸抢救成功. Polberger认为早期新生儿死亡(ENSD)的诊断标准是: 出生时健康的足月儿在生后4d内出现威胁生命状态,即患儿酷似睡眠,濒死状态,出现呼吸停止、苍白、发绀、肌肉松弛或僵直,均需进行心肺复苏等急救.死亡则列入ENSD,复苏成功者称为活型ENSD,ENSD发病率为0.12%<sup>[2]</sup>.我们抢救的2例胃食管反流窒息患者可列入ENSD和存活

型ENSD.为早期发现胃食管反流患儿,应进行24h食管pH监测及分析<sup>[4-5]</sup>,防止黏膜损伤及窒息发生<sup>[6]</sup>,降低死亡率.

新生儿猝死的原因以感染居首位.尤其是G<sup>-</sup>菌感染,极易引起休克<sup>[3]</sup>,使血压迅速下降<sup>[7]</sup>,心肌抑制<sup>[8-9]</sup>,死亡率高.尤其是凌晨发生率较高<sup>[10]</sup>.本组82例消化道疾病中,有5例感染,其中2例为急性出血性坏死性小肠炎,均因休克而死亡.从而提示我们对母婴同室环境及器械应严格消毒,医护人员应经常洗手,防止感染的发生.

#### 4 参考文献

- 1 张家骥,魏克伦,薛辛东. 新生儿急救学[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2000:111-117
- 2 赤松洋. 新生儿突然死の予防. 周产期医学 1992;22:371-374
- 3 金汉珍,黄德珉,官希吉. 实用新生儿学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1997:409-410
- 4 周雪莲,江米足,欧弼悠,陈肖肖,吴秀英,陈洁. 小儿胃食管反流病24h食管pH监测1160例体会. 中华儿科杂志 2001;39:111-112
- 5 林金坤,胡品津,李初俊,曾志荣,张晓光. 原发性胆汁反流性胃炎诊断的探讨. 中华内科杂志 2003;42:81-83
- 6 Nakamura M, Haruma K, Kamada T, Mihara M, Yoshihara M, Imagawa M, Kajiyama G. Duodenogastric reflux is associated with antral metaplastic gastritis. *Gastrointest Endosc* 2001;53:53-59
- 7 Wang Y, Steinsland OS, Nelson SH. A role for nitric oxide in endotoxin-induced depletion of the peripheral catecholamine stores. *Shock* 2000;13:145-151
- 8 Sharma VK, Dellinger RP. Recent developments in the treatment of sepsis. *Expert Opin Investig Drugs* 2003;12:139-152
- 9 Court O, Kumar A, Parrillo JE, Kumar A. Clinical review: Myocardial depression in sepsis and septic shock. *Crit Care* 2002;6:500-508
- 10 Burchfield DJ, Rawlings DJ. Sudden deaths and apparent life-threatening events in hospitalized neonates presumed to be healthy. *Am J Dis Child* 1991;145:1319-1320

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 胰管出血 11 例

杨艳敏,王孟春,王宝胜,潘作东,孙 琰

杨艳敏,潘作东,孙琰,中国医科大学附属二院内科 辽宁省沈阳市 110004  
王孟春,中国医科大学附属二院内镜中心 辽宁省沈阳市 110004  
王宝胜,中国医科大学附属二院普外科 辽宁省沈阳市 110004  
项目负责人: 杨艳敏, 110004, 辽宁省沈阳市和平区三好街36号, 中国医科大学附属二院内科. yym1234@haoyisheng.com.cn  
电话: 024-83956368  
收稿日期: 2004-02-03 接受日期: 2004-02-18

### 摘要

目的: 对经手术证实的胰管出血(HPD)患者11例进行分析,探讨胰管出血的病因及诊断.

方法: 对HPD患者11例分别进行B超,逆行性胰胆管造影

(ERCP)、腹腔动脉造影等检查,最终均以手术及病理证实.

结果: 胰腺假性囊肿5例(占45.5%),胰腺疾病侵蚀动脉形成假动脉瘤3例(占27.3%)、慢性胰腺炎2例(占18.2%)、出血坏死性胰腺炎1例(占9%). 腹腔动脉造影诊断阳性率为88.9%,阳性符合率为100%;ERCP诊断阳性率为77.8%,阳性符合率为85.7%;B超诊断阳性率为90.9%,阳性符合率为70%.

结论: HPD的主要原因为胰腺假性囊肿及假动脉瘤, B超

能提示本病, ERCP能确诊HPD的部位, 腹腔动脉造影可确诊HPD, 恰当的手术治疗可挽救患者生命。

杨艳敏, 王孟春, 王宝胜, 潘作东, 孙琰. 胰管出血 11 例. 世界华人消化杂志 2004;12(6):1507-1509

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1507.asp>

## 0 引言

上消化道出血是临床常见的危重症之一, 若不及时处理常可危及生命, 而迅速明确出血原因是治疗成败及降低死亡率的关键。胰管出血(HPD)是罕见的上消化道出血原因之一, 其误诊率较高。本文对我院1983/2002经手术证实的HPD患者11例的病因、诊断及治疗分析如下:

## 1 材料和方法

1.1 材料 HPD患者11例, 男10例, 女1例, 年龄21-75岁(平均46.2岁), 病程6 mo-3 a不等, 主要表现为反复间断性大量的胃肠道出血, 且多继发于左上腹绞痛, 甚至出现失血性休克, 其中10例有腹部绞痛, 4例有失血性休克, 1例为单纯性反复黑便。主要体征为腹部压痛。

1.2 方法 所有患者均进行多次胃镜、结肠镜检查, 未见上消化道出血及结、直肠病变。所有患者均进行腹部B超检查, 9例患者行ERCP检查, 9例患者行腹腔动脉造影, 所有患者均进行手术治疗。手术方法包括: 远端胰切除, 脾切除, 假性囊肿引流术, 动脉栓塞术等。在紧急或没有手术条件的情况下, 动脉栓塞(如脾动脉栓塞)也有确切的止血疗效。

## 2 结果

行腹部B超检查11例, 提示胰腺假性囊肿或假动脉瘤10例, 其中3例手术证实为胰腺炎。行ERCP检查9例, 提示胰管显影不良或不规则7例, 其中1例诊断为胰腺肿瘤, 手术证实为胰假动脉瘤, 发现5例胰腺假性囊肿均与主胰管相通且有囊肿内出血。行腹腔动脉造影检查9例, 提示胰管出血8例, 胰腺假性囊肿5例, 假动脉瘤3例。本组患者中, 胰腺假性囊肿5例, 占45.5%, 假动脉瘤3例, 占27.3%, 少见的病因为慢性胰腺炎及出血坏死性胰腺炎(见表1)。

表1 各项检查阳性人数及阳性率

	B超	ERCP	腹腔动脉造影
受检人数	11	9	9
阳性人数	10	7	8
阳性率%	90.9%	77.8%	88.9%
阳性符合率%	70%	85.7%	100%

## 3 讨论

HPD是罕见的上消化道出血原因之一, 也被称为Wir-

sungorrhagies, 其误诊率较高, 曾报道过许多例HPD在确诊之前都曾做过不成功的手术。上消化道出血无论什么年龄男性均明显多于女性, 这可能与男性的许多不良嗜好如吸烟、饮酒、不良饮食习惯等有关<sup>[1]</sup>, HPD也多见于男性, 本文提示男性占90.9%。

HPD的病因可分为胰腺疾病和血管病变。胰腺是体内仅次于肝的第二大消化腺及重要的内分泌腺<sup>[2-3]</sup>, 胰管到达胰头右缘时通常与胆总管汇合于壶腹部而开口于十二指肠大乳头<sup>[4]</sup>。近10 a, 我国慢性胰腺炎的发病率有上升趋势, 其假性囊肿等并发症也随之增加, 由此导致HPD的潜在危险性也有所增长<sup>[5-6]</sup>。本文结果提示, HPD最常见的病因为胰腺假性囊肿, 其次为胰腺疾病侵蚀动脉形成的假动脉瘤, 再次为慢性胰腺炎, 最少见的为出血坏死性胰腺炎, 该结果与其他文献<sup>[7]</sup>报道相似。

HPD的发生机制为胰腺的炎症或假性囊肿内胰液所含的激活的分解酶, 腐蚀周围动脉形成假动脉瘤, 以脾动脉最常受累, 82%的脾动脉瘤被腐蚀破裂可致出血, 血液可进入胃肠道、腹腔及胰管, 从而引起HPD<sup>[8-9]</sup>。

HPD的临床特点为多继发于左上腹绞痛后的反复间断性大量胃肠道出血, 重者可出现失血性休克, 一些患者查体时可闻及腹部血管杂音。出血反复间断发作的机制可解释如下, 当血液进入胰管则产生胰管内高压, 导致疼痛和血液堵塞, 因胰管阻塞, 继疼痛之后胰管内将有凝血块形成, 当血液或凝块排出或溶解时, 阻塞消失则重新出现呕血或黑便。

HPD的确诊较为困难<sup>[10]</sup>, 主要原因在于常规的胃镜很难发现HPD的病因, 临床医生诊断思维偏差, 常首先想到引起消化道出血的常见病而忽略了HPD。近16 a的研究表明, 不明原因的上消化道出血已多达6.3%<sup>[11]</sup>, 为此对HPD应高度重视。本文结果提示: 胃镜、结肠镜常不能确诊HPD, B超可发现胰腺中的低回声灶及搏动性包块, ERCP能确认胰腺状态及HPD病变部位, 腹腔动脉造影是活动性消化道出血的理想诊断手段, 可确诊HPD。本组患者行小肠气钡造影、胰腺CT检查例数过少, 故未予分析, 实验室检查意义较小。

对确诊的HPD患者行恰当的手术治疗可明显降低HPD的死亡率<sup>[12-14]</sup>。本组患者大多数术后随访2 a, 无黑便。

总之, 我们认为, HPD极易误诊, 对有间歇性发作左上腹绞痛, 伴痛后间断性反复呕血或黑便的病例, 应考虑到HPD。B超能提示本病, 腹腔动脉造影可确诊HPD, 采取适当的手术治疗可挽救患者生命, 由此可见腹腔动脉造影是诊治HPD成败的关键。

## 4 参考文献

- 黎忠信, 钟华志, 邹雪花, 赵德娥. 1869例上消化道出血病因及相关因素分析. 中华消化内镜杂志 2001;18:19-21
- Pan QS, Fang ZP, Huang FJ. Identification, localization and morphology of APUO cells in gastroenteropancreatic system of stomach-Containing teleosts. *World J Gastroenterol* 2000;6: 842-847

- 3 石爱荣, 梁文妹, 黄岩. 胃肠胰胰岛淀粉样多肽的定位和表达. 世界华人消化杂志 2000;8:211-213
- 4 胡建昆, 周总光, 杨开清. 胰腺的应用解剖. 世界华人消化杂志 2001;9:826-829
- 5 王兴鹏. 中国胰腺疾病研究的现状与展望. 世界华人消化杂志 2000;8:843-846
- 6 田素礼, 王震, 谷金宇. 慢性胰腺炎的外科治疗. 世界华人消化杂志 2001;9:1282-1284
- 7 Dinu F, Deviere J, Van Gossum A, Goltzarian J, Dussaussois L, Delhaye M, Cremer M. The wirsungorrhagies: causes and management in 14 patients. *Endoscopy* 1998;30:595-600
- 8 徐克成. 胰腺疾病所致的上消化道出血. 中国实用内科杂志 1998;18:12-13
- 9 许红兵, 董荫祺, 李为民, 李虎城, 杜国盛. 胰腺囊肿手术治疗 10 例. 新消化病杂志 1996;4:655-656
- 10 Chung HJ, Yu MC, Lien JM, Jeng LB, Su MY. Hemosuccus pancreaticus from a traumatic gastroduodenal pseudoaneurysms: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *Chang Gung Med J* 2001;24:741-745
- 11 王社论, 岳茂兴. 上消化道出血 827 例结局分析. 世界华人消化杂志 1999;7:928-931
- 12 朱伟. 胰源性门脉高压并发胰管上消化道出血(附二例报告). 腹部外科 2002;15:335
- 13 王震宇, 勾承同, 张晓东. 慢性胰腺炎多重并发症 10 例. 世界华人消化杂志 1999;7:86-87
- 14 Heider R, Behrns KE. Pancreatic pseudocysts complicated by splenic parenchymal involvement: results of operative and percutaneous management. *Pancreas* 2001;23:20-25

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 脾结核的二维及彩色多普勒超声诊断价值

邱 邈, 文晓蓉, 林 玲

邱邈, 文晓蓉, 林玲, 四川大学华西医院超声科 四川省成都市 610041  
项目负责人: 邱邈, 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. wsqjuli@sina.com  
电话: 028-85423053  
收稿日期: 2004-04-06 接受日期: 2004-04-27

### 摘要

目的: 探讨脾结核的二维及彩色多普勒超声诊断价值.

方法: 对经病理和临床证实的 20 例脾结核的声像图、病理及临床资料进行回顾性对比分析.

结果: 根据声像图表现可分为四型: 弥漫型(9 例), 实性团块型(6 例), 脓肿型(4 例), 钙化型(1 例).

结论: 弥漫型为粟粒性脾结核, 实性团块型为结核性肉芽肿伴干酪样坏死, 脓肿型为干酪样坏死伴中心液化, 钙化型为干酪样坏死物干燥浓缩并伴钙盐沉着. 超声检查结合临床资料对脾结核的定性诊断具有一定价值.

邱邈, 文晓蓉, 林玲. 脾结核的二维及彩色多普勒超声诊断价值. 世界华人消化杂志 2004;12(6):1509-1511

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1509.asp>

### 0 引言

脾结核是一种临床较少见的肺外结核, 由于发病率低, 没有引起医生的足够重视, 所以临床与影像学上都常常误诊, 对于脾结核的超声病例报道也较少. 近年来由于免疫抑制剂的广泛应用及 AIDS 的出现, 腹腔内结核的发病率有上升的趋势, 引起了人们的关注. 脾结核作为腹腔内结核的一种, 同样引起了人们对脾结核诊

断的关注<sup>[1-2]</sup>. 1990/2003 年我院收治脾结核 20 例, 均作超声检查, 并经手术病理和临床证实, 通过对超声声像图、病理和临床表现回顾性对比分析, 探讨二维超声及彩色多普勒超声在脾结核诊断中的价值.

### 1 材料和方法

1.1 材料 脾结核患者 20 例, 男 13 例, 女 7 例, 年龄 15-68(平均 35.9 岁). 临床发热 16 例, 伴盗汗 6 例, 脾肿大 9 例, 左上腹胀痛 3 例, OT 或 PPD 试验阳性 14 例, 体重减轻 8 例. 曾有或并发脾外结核的 15 例, 其中多器官结核(大于等于 3 个器官)8 例, 脾外结核分布肝脏 5 例, 肺 5 例, 腹膜及腹膜后淋巴结 4 例, 胸膜 3 例, 骨髓 2 例, 颈部淋巴结 1 例, 腹股沟淋巴结 1 例, 肠道 1 例, 腰椎 1 例. 手术病理证实 8 例, 脾脏穿活检证实 3 例, 临床抗结核治疗后病情好转而证实 9 例.

1.2 方法 患者取仰卧位, 使用 GE LOGIQ 500, HP-4500, ATL-3500, ATL-5000 型超声诊断仪, 探头频率 2-5 MHz, 其中 12 例行二维超声检查, 常规观察肝、胆、胰、脾、肾、腹膜后淋巴结, 重点观察脾脏的大小, 实质回声, 有无肿块及其大小、数目、边缘、内部回声、有无液化及钙化等情况, 8 例行二维及彩色多普勒检查, 重点观察脾脏肿块的血流情况.

### 2 结果

根据脾结核不同的超声表现, 借鉴肝结核的分型, 我们把他分为 4 型<sup>[3]</sup>.

2.1 弥漫型 9 例, 其中 8 例为二维超声检查, 1 例为