

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2012.11.008

OMOM 胶囊内镜对小肠出血的诊断价值

魏文斌, 曾莉蓉

(恩施州中心医院 消化内科, 湖北 恩施 445000)

摘要:[目的]通过分析不明原因消化道出血(OGIB)疾病患者经 OMOM 胶囊内镜的检查结果,探讨 OMOM 胶囊内镜对 OGIB 的诊断价值。[方法]收集 2009 年 5 月~2011 年 3 月恩施州中心医院 27 例 OGIB 患者经 OMOM 胶囊内镜检查的临床资料,回顾性分析下载到计算机中的图像资料。[结果]未见异常 7 例,血管显露 10 例,小肠间质瘤 5 例,小肠息肉 4 例,小肠憩室 1 例,OGIB 患者的阳性检出率为 74.07%。[结论]OMOM 胶囊内镜对于 OGIB 患者可作为首选的一线检查手段。

关键词:胶囊内镜; 小肠出血; 诊断

中图分类号:R 522.15

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2012)11-0506-02

不明原因消化道出血(OGIB)是指消化内镜[包括电子胃镜和(或)电子结肠镜]检查阴性的不明来源的持续或反复发作的出血^[1]。OGIB 一直以来是消化道疾病的诊断难点。大约 5% OGIB 发生在 Treitz 韧带和回盲瓣之间^[2]。相比于小肠镜、消化道造影等检查手段,胶囊内镜作为目前唯一的无创、可视、舒适程度较高的小肠检查手段,为该疾病的诊断和治疗带来了新契机。我科采用 OMOM 胶囊内镜以来,对 OGIB 病例进行统计分析。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2009 年 5 月~2011 年 3 月恩施州中心医院消化内科 27 例 OGIB 患者进行 OMOM 胶囊内镜检查:①伴有消化道出血临床症状患者,包括长期黑便或便血,或大便性状正常但长期大便潜血阳性,伴有/无检验血细胞分析贫血患者;②经过 ≥ 1 次电子胃镜及电子结肠镜检查未发现明显出血灶,部分病例行消化道钡剂造影及小肠血管造影未发现明显出血灶;③生命体征平稳,排除低血压、糖尿病、精神疾患等基础疾病;④经过相关检查排除肠梗阻或肠腔狭窄疾病、孕妇及安心脏起搏器患者,以及拒绝手术取出胶囊患者。

1.2 检查方法

采用重庆金山公司 OMOM 胶囊内镜系统,由一次性智能胶囊、图像记录仪、分析处理软件三部分构成。智能胶囊标准工作时间为 8 h。受检者于检查前日进食半流质饮食,于检查前 12 h、6 h 分别口服复方聚乙二醇电解质散进行备肠,待备肠完成后,于检查前 15~30 min 口服二甲硅油进行消化道除

泡。检查开始以温水送服智能胶囊,其后定时外接图像记录仪以观察胶囊运行情况,智能胶囊进入空肠后 2 h 可进食少量干食。凡胶囊滞留胃内超过 3 h 视胃排空延迟,以肌注胃复安或以电子胃镜推送胶囊入小肠。

1.3 观察指标

观察患者对胶囊内镜检查的顺应性及不良反应,记录胶囊内镜对小肠出血检查的阳性发现,胶囊内镜检查所获取的视频图像资料分别经 2 位具有 10 年以上消化内镜诊治经验的医师独立进行分析。

1.4 统计学处理方法

胶囊在小肠运行时间和排出体外时间以中位数(最小值,最大值)表示。

2 结果

2.1 胶囊内镜检查完成情况

27 例患者均顺利完成胶囊内镜检查,检查成功率为 100%;胶囊在小肠平均运行时间为 258(72~490 min),胶囊内镜排出体外平均时间为 52(23~93.2)h,无一例胶囊滞留;胶囊平均工作时间 513(424~590)min;吞服胶囊内镜前后患者均无特殊不适。

2.2 胶囊内镜检查发现的病变

27 例胶囊内镜检查患者中,共发现小肠病变 20 例,其中小肠血管显露 10 例,小肠间质瘤 5 例,小肠息肉 4 例,小肠憩室 1 例;未发现异常 7 例,其阳性率达 74.07%。

3 讨论

本组 27 例 OGIB 患者,共发现小肠病变 20 例,阳性率 74.07%,基本与国外报道相符,其中血管显露和小肠间质瘤多见,其次为小肠息肉。据统计 30%~40%的 OGIB 患者发生于小肠血管异常^[3],多

见于老年人^[4]。30~50 岁患者,肿瘤为主要原因,年轻患者主要是与 Meckel 憩室相关的溃疡^[5]。非甾体类抗炎药(NSAID)已证实与直肠的糜烂、溃疡和狭窄有关,可能也是 OGIB 的潜在因素之一^[6-7]。

由于小肠出血部位常随肠道蠕动、收缩而变化不定,确诊有一定难度^[8],通常的检查手段主要有小肠镜或小肠造影等检查,但这些检查对小肠疾病的诊断价值低,近年推出的双气囊小肠镜虽提高了小肠疾病检查的成功率,但其操作耗时长、技术要求高、且存在肠穿孔的风险,临床尚未广泛应用。自胶囊内镜问世以来,其无创伤、操作简便安全及患者耐受性好的检查方式为 OGIB 的诊断带来了突破,使医生的诊断水平有了很大的提高,有报道^[9]指出胶囊内镜对 OGIB 诊断率高于小肠镜检查和小肠钡剂造影检查,同时也指出以上检查可互补以增加确诊率。本研究结果显示,OMOM 胶囊内镜检查对于 OGIB 患者有较高的诊断率,因此,可作为首选的检查手段。胶囊内镜作为一项新型检查手段,具有良好的应用价值,还存在需要不断改进和完善,其不足之处在于无法对病灶进行治疗、活检、不能进行视野方向控制,以致存在盲点,胶囊随胃蠕动而动,缺乏自主动力,使部分患者不能完成小肠检查等一系列问题,有待进一步解决。

参考文献

[1] ANONYMOU S. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation and

management of occult and obscure gastrointestinal bleeding[J]. Gastroenterol ,2000,18:197-201 .

[2] KATZ L B. The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding[J]. Sem Gastrointest Dis,1999,10:78-81.

[3] FOUTCH P G. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract[T]. Am J Gastroenterol ,1993,88:807-818.

[4] LEWIS B S, KORNBLUTH A, WAYE J D. Small bowel tumours: yield of enteroscopy[J]. Gut ,1991, 32:763-765.

[5] ARTRAM C I, AMESS J A . The diagnosis of Meckel's diverticulum by small bowel enema in the investigation of obscure intestinal bleeding[J]. Br J Surg , 1980,67:417-418 .

[6] KWO P Y TREMAINE W J. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced enteropathy: case discussion and review of the literature[J]. Mayo Clin Proc , 1995,70:55-61 .

[7] LANG J, Price A B, Levi A J, et al. Diaphragm disease: pathology of disease of the small intestine induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs[J]. J Clin Path. 1988,41:516-526.

[8] 陆伟. 小肠出血的检查方法评价[J]. 胃肠病学, 2002,7(2):70-72.

[9] SCPAP E, JACOB H, LEWKOWICZ S, et al. Initial experience of wireless-capsule endoscopy for evaluating occult gastrointestinal bleeding and suspected small bowel pathology[J]. Am J Gastroenterol, 2002,97: 2776-2779.

(上接第 505 页)

该证型大肠癌预后较好,生存期相对较长^[10]。1 型和 2 型患者对治疗大都反应良好,症状缓解率和免疫改善方面与治疗前相比差异无统计学意义。3 型患者已属于晚期,经过多次治疗,病情未能控制,往往病位深、病程较长、病情复杂、邪盛而正衰。经治疗虽能够纠正一些虚损,减缓一些症状,免疫功能得到一定改善,但机体症状及免疫恢复速度和程度明显比 1 型、2 型降低。总之,以上 3 种证型是大肠癌发展的不同证候阶段,在大肠癌病情逐渐加重中,免疫功能及其症状的恢复处于递减状态,同时补硒效果和中药作用也都处于递减状态。因此,应该抓紧对早中期患者的综合治疗,发挥中医药的特殊优势,以收到较好治疗效果。

参考文献

[1] 李素媚. 微量元素硒的临床应用新进展[J]. 广东微量元素科学,2009,16(7):8-11.

[2] 杨维泓,周华妙,郭勇. 中医药治疗大肠癌的探讨[J]. 吉林中医药,2011,31(6):511-522.

[3] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊

治规范[M]. 2 版. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1991:11-18.

[4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:61-62.

[5] 赵任,郁宝铭,张国弛,等. 手术前后补硒对大肠癌患者的免疫功能及抗氧化功能的影响[J]. 世界华人消化杂志,2000,8(9):1013-1015.

[6] 卢艳琳. 中医药治疗大肠癌研究进展[J]. 中医学报, 2010,25(1):28-30.

[7] 邱佳信,杨金坤,唐莱娣,等. 健脾补肾中药对肿瘤成因多阶段学说中起始和启动的影响[J]. 中国医药学报, 1993,8(5):16-19.

[8] 张民庆,龚惠明. 抗肿瘤中药的临床应用[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:43-211.

[9] 郭勇. 中医肿瘤的“四阶段”概念探讨[J]. 中华中医药学刊,2009,27(2):247-248.

[10] 周小军,周福生,孔梅,等. 大肠癌虚实证候与蛋白质差异性表达的研究[J]. 中华中医药杂志,2011,26(8): 1810-1810.