

Dieulafoy 病的临床特征与内镜下治疗的临床疗效分析

陈楚流 程卫杰 林荣凯 袁楚明 梁英杰

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2016.06.017

Dieulafoy 病属于消化道动脉型血管异常,主要集中在黏膜下终末动脉异常扩张,黏膜基层水平动脉直径为 1~3 mm,高于这一水平的动脉易引起致命性大出血。这一异常扩张的动脉受到多因素的影响,使内压不断升高^[1]。过去认为 Dieulafoy 病的发病率较低,但随着内镜技术的不断提高,该病的诊断率也不断上升。其可发生在消化道各个部位,多数以胃内贲门下 6 cm 范围之内为主,以突发、反复发作、大量呕血为特征,可迅速导致休克。目前治疗 Dieulafoy 病的主要手段为内镜下治疗和外科手术治疗^[2]。手术治疗虽然疗效确切,但是风险较大,随着内镜技术的不断发展,内镜下治疗已经成为本病的首选治疗方法。目前内镜下治疗方法很多,包括注射疗法、机械疗法、热能疗法等。其中注射疗法指通过局部注射肾上腺素、硬化剂等药物,提高病变周围组织压力,从而压迫诱导凝血,引起血管栓塞,达到早期止血的效果,其操作简单,但存在着药物所致医源性溃疡及消化道穿孔的危险^[3]。目前对于 Dieulafoy 病的治疗尚未达成一致意见。本文对揭阳市人民医院近年来收治的 40 例 Dieulafoy 病患者的临床特征及内镜下止血疗效进行回顾性分析,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集揭阳市人民医院 2010 年 1 月至 2016 年 1 月收治的 40 例 Dieulafoy 病合并出血患者,纳入研究的患者在入院 24 h 内进行了急诊胃镜,并被确诊为 Dieulafoy 病。

1.2 诊断标准

Dieulafoy 病胃镜诊断标准符合以下任一项即可诊断:(1)在微小黏膜缺损处可见凸起的血管,伴或不伴有活动性出血;(2)在微小黏膜缺损处或者正常黏膜处出现喷射性出血;(3)在微小黏膜缺损处可见新鲜的点状出血或者出血凝块。

1.3 排除标准

排除肿瘤、消化性溃疡、门脉高压性出血、贲门黏膜撕裂出血。

1.4 内镜出血分类及判断标准

采用 Forrest 分类法对内镜出血分类:I a 动脉性喷血;I b 渗血;II a 没有出血的血管显露,II b 无活动性出血但可见红色血凝块;III 出血停止且无出血情况。

1.5 内镜下治疗

1.5.1 术前准备 术前签署手术同意书,诊断前常规止血和配血,对于急性休克患者给予补液,稳定生命体征,并给予监测心电、吸氧、血压、心率及血氧饱和度,内镜检查前给予口腔黏膜麻醉药物。

1.5.2 内镜下治疗 内镜下治疗使用 MNK-1 型内镜注射针[日本 Olympus 医疗株式会社,国食药监械(进)字 2011 第 3150291 号],在出血灶周围注射 1% 乙氧硬化醇或 5% 鱼肝油酸钠 0.5~1 mL,有活动性出血者加大注射量,硬化剂注射不超过 5 mL。

1.5.3 术后治疗 术后给予禁食 1 d 后,采取流质饮食 2~3 d,常规给予抑酸护胃药物(埃索美拉唑镁肠溶片,英国阿斯利康制药有限公司,国药准字 H20046379)治疗,疗程 4 周,术后第 3、7、30 天给予内镜复查,了解黏膜恢复情况,出院后给予电话及门诊随访,对再次出血的患者行内镜诊断确诊出血原因,并再次治疗,若经内镜治疗无效者则立即转外科手术。

1.5.4 疗效判断 初期止血率:经内镜治疗后 24 h 内无活动性出血;远期止血率:在内镜治疗 1 个月内无活动性出血;再出血:在内镜治疗后,再次出现血流动力学改变,出现黑便、呕血等情况,血红蛋白 24 h 内降低 2 g/dL,提示再次出血可能性;转科手术率:内镜治疗后出血仍难以控制,或者经过 2 次内镜治疗后再次出血需转外科治疗;并发症:内镜治疗后需要处理、补充治疗或者延长住院时间的病情变化。

2 结果

2.1 临床特征

本研究中男性患者28例,女性患者12例,年龄为23~77岁,平均年龄为55.6岁,合并高血压的患者有14例(其中高血压合并糖尿病2例,高血压合并肾功能不全1例,高血压合并冠心病2例,高血压合并血管病2例),肝硬化1例,单纯糖尿病2例,慢性胰腺炎患者1例;长期饮酒患者有3例,长期服用非甾体类抗炎药1例。主要表现为突发性、间歇性的黑便及呕血。单纯呕血患者有4例,呕血伴黑便患者32例,单纯黑便患者有4例,伴有失血性休克的患者有10例。

2.2 内镜特征

本研究中上消化道 Dieulafoy 病为单发,病灶位于胃部的有32例,位于胃空肠吻合口的有4例,位于十二指肠球部的有4例,其中位于贲门以下6 cm 的有30例,位于胃大切术后胃空肠吻合口的有2例,病变范围2~3 mm,周围黏膜未见炎性改变,边界清晰。病灶呈现孤立类圆形及小圆形,可见突出的小动脉,或者小动脉搏动性出血,缺损表面或存在血痂覆盖。喷射出血患者有2例,呈现圆锥息肉改变患者有2例,呈现正常黏膜且有点状出血覆盖的有2例。在40例患者中有1例患者病灶位于胃体上部小弯,直径约为3 mm,表面颜色与周围接近,未见明显搏动,给诊断带来了困难,在行硬化剂注射的同时,采取了诊断性穿刺,退针时出现了渗血现象,因此得以确诊,随后立即进行止血处理,在随访期未见再次出血。

2.3 内镜下治疗结果

通过硬化剂注射止血的初期止血率为82.5%,远期止血率为87.5%,再次出血率为25.0%,并发症发生率为5.0%,转外科手术率为7.5%。

2.4 治疗后局部黏膜变化

术后21例患者在术后第3、7、30天时接受了胃镜复查,术后第3天均可见注射部位有溃疡形成,周围黏膜充血水肿,血管残端消失;术后第7天溃疡扩大加深;术后第30天发现溃疡均得到了良好的愈合。

2.5 并发症与预后

本研究中仅有3例患者在术后24 h内出现了上腹部疼痛、恶心,并发症的发生率为7.5%,经过临床生物化学指标及辅助检查之后,排除了所致腹部疼痛的可能,给予山莨菪碱注射后,上腹疼痛得到缓解,在术后第1天有2例患者出现上腹疼痛,其

中有1例还伴发低热,未经特殊处理,在术后第2天症状得到了有效缓解,随访过程中未见患者出现死亡现象。

3 讨论

Dieulafoy 病主要表现为上消化道的出血,随着检查手段的不断完善,尤其是消化内镜的发展,对该病的认识不断加深,诊断率也得到了提高。该病属于动脉型血管异常,主要为胃左动脉分支的扩张,浸入胃黏膜肌层之后缺乏变细的过程,而保持了恒定的直径,是正常黏膜肌层动脉的10倍,因此形成了黏膜折返,在黏膜下形成了高压角形状的血管凸起,当压力升高时,将导致急性压迫形成溃疡^[4-5];同时折返的血管继续扩张,还会造成压迫破裂出血,出血之后由于血管嵌入黏膜,导致胃镜检查较难发现病灶,给诊断带来了困难。高血压及长期饮酒、服用非甾体类抗炎药患者与本病具有密切的相关性,可能原因是由于高压状态之后,扭曲的恒动脉发生了硬化,随着年龄增加,机体自我修复能力降低,因此更容易造成血管的破裂出血^[6-8]。Dieulafoy 病可能会由于出血后产生的血凝块而使出血停止,但是一旦脱落,有可能引发再次大出血,因此该病临床表现为反复性、间歇性发作。

本研究诊断资料显示,Dieulafoy 病可发生在消化道的任何部位,但是病变部位主要位于胃部^[9]。本研究中位于胃空肠吻合口的有4例,位于十二指肠球部的有4例;内镜特征多呈现孤立类圆形及小圆形黏膜缺损,边缘光滑,黏膜周围无明显炎性改变。具有典型内镜表现的病例易于诊断,但是由于胃黏膜修复能力较强,若在短时间内修复,则病变会失去原有的特性,因此在发病之后需及时诊断,以减少误诊及漏诊的情况。对于可疑 Dieulafoy 病,不应当盲目行活组织检查,以免造成致命性出血^[10]。对于不典型病例,在行硬化注射治疗准备的同时,还应当注意退针时的出血情况,使局部未见明显搏动的病例得到良好的鉴别诊断。

Dieulafoy 病的治疗手段目前主要为手术治疗及内镜下治疗,过去认为该病只能采取手术治疗,虽然疗效确切,但并发症较多、风险较大、病死率较高^[11]。随着内镜技术的不断提高,内镜下治疗已成为本病诊断治疗的首选方法,其具有创伤小、操作简单、并发症少、可重复性强等特点。各种内镜下治疗各有其优缺点,其中注射治疗通过局部注射硬化剂、肾上腺素、高渗葡萄糖等,使局部的黏膜周围压力升高,达到止血的目的^[12]。同时需要注意的是,

当凝固物脱落时,血管残端可能再次暴露出血,需要高度重视,必要时可采用钛夹或者皮圈进行结扎止血。在采取内镜下注射治疗时,除了需要掌握药物的剂量、进针深度外,术后的抑酸护胃治疗对预防消化道并发症的发生尤为关键,可降低再次出血的发生率^[13]。

综上所述,由于 Dieulafoy 病的病灶较小,发病隐匿,出血量较大,因此及时诊断及治疗对于提高临床治愈率具有重要的帮助,内镜下硬化剂注射治疗的操作简单、止血率较高,可大大降低再次出血的发生率及并发症的发生率,具有良好的临床应用价值。

参 考 文 献

- Ciobanu L, Pascu O, Diaconu B, et al. Bleeding Dieulafoy's-like lesions of the gut identified by capsule endoscopy[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19: 4823-4826.
- 赵德娥,张辉,苗涛,等. Dieulafoy 病 34 例临床及内镜下诊治分析[J]. 临床急诊杂志, 2013, 14: 256-258.
- Naqano Y, Matsui H, Tamura M, et al. NSAIDs and acidic environment induce gastric mucosal cellular mitochondrial dysfunction[J]. Digestion, 2012, 85: 131-135.
- 贾爱国. 胃镜下金属钛夹治疗 Dieulafoy 病变出血的临床研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12: 1034-1035.
- Seo PJ, Kim N, Kim JH, et al. Comparison of indomethacin, diclofenac and aspirin-induced gastric damage according to age in rats[J]. Gut Liver, 2012, 6: 210-217.
- Seo GJ, Sohn DK, Han KS, et al. Recurrence after endoscopic piecemeal mucosal resection for large sessile colorectal polyps [J]. World J Gastroenterol, 2010, 16: 2806-2811.
- Takeuchi K, Ohishi M, Ota S, et al. Metabolic profiling to identify potential serum biomarkers for gastric ulceration induced by nonsteroid anti-inflammatory drugs [J]. J Proteome Res, 2013, 12: 1399-1407.
- 吴冬寒. 上消化道 Dieulafoy 病的诊断与治疗[J]. 成都医学院学报, 2013, 8: 98-99.
- Gomerčić Palčić M, Ljubičić N. Mini-loop ligation of a bleeding duodenal Dieulafoy's lesion[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19: 3505-3507.
- 易静,孙辉,刘琴,等. 内镜下金属钛夹治疗上消化道 Dieulafoy 病的临床分析[J]. 中外医疗, 2013, 32: 62-63.
- Saito Y, Fukuzawa M, Matsuda T, et al. Clinical outcome of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection of large colorectal tumors as determined by curative resection[J]. Surg Endosc, 2010, 24: 343-352.
- 张广坛,张学东. 胃 Dieulafoy 病诊断与治疗[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 25: 197-198.
- 王忱,王娟,侯学忠,等. 胃黏膜下恒径小动脉破裂大出血的诊断治疗分析[J]. 临床军医杂志, 2013, 41: 613-617.

(收稿日期:2016-04-30)

(本文编辑:周骏)

《国际消化病杂志》(双月刊)征订启事

《国际消化病杂志》是由上海市卫生和计划生育委员会主管,上海市医学科学技术情报研究所主办的国家级学术期刊。自 1963 年创刊以来,相继入选中国学术期刊统计源期刊、中国期刊全文数据库收录期刊、美国化学文摘(CA)、波兰哥白尼索引(IC)、中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)等国内外知名数据库。本刊为消化系疾病专业性刊物,学术内容涵盖消化系疾病各领域,且栏目丰富,包括论著、综述、述评、临床研究、病例报告、文摘等。

本刊单价为 12 元,全年定价¥72 元(邮发代号:4-299)。热忱欢迎本学科及相关学科的临床、教学及科研工作者投稿和订阅本刊。

本刊联系地址:200031 上海市建国西路 602 号 《国际消化病杂志》编辑部

Email:xiaohuafence@sina.com Tel:021-33262058

网址:http://gjxhb.paperopen.com