

文章编号:1005-6947(2005)03-0206-03

· 临床研究 ·

Dieulafoy 病 19 例临床分析

李长锋, 张斌, 郑泽霖, 杨蕾, 李丹丹

(吉林大学中日联谊医院 镜检科, 吉林 长春 130033)

摘要: **目的** 探讨 Dieulafoy 病发病情况、诊断及治疗方法。**方法** 回顾性分析 19 例 Dieulafoy 病的临床表现、诊断、治疗方法及疗效。**结果** 全部病例均表现突发上消化道大出血。初次胃镜检查确诊 12 例(63.2%),第 2 次检查确诊 4 例(21.1%),术中探查确诊 3 例(15.8%);14 例经一次内镜下止血成功,1 例经二次内镜下止血成功,4 例行外科手术止血(包括 1 例内镜下止血后 72h 再出血者)。**结论** 急诊胃镜是诊断 Dieulafoy 病首选方法;治疗首选内镜下止血,内镜下止血不成功者,应立刻手术治疗。

关键词: Dieulafoy 病/诊断; Dieulafoy 病/外科学

中图分类号: R722.152 **文献标识码:** A

Clinical analysis of 19 cases of Dieulafoy's disease

LI Chang-feng, ZHANG Bin, ZHENG Ze-lin, YANG Lei, LI Dan-dan

(Department of Endoscopy, The China and Japan United Hospital, Jilin University, Changchun 130033, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical features, diagnosis and treatment of Dieulafoy's disease. **Methods**

The clinical characteristics, diagnosis, methods of treatment and efficacy of treatment of 19 cases of Dieulafoy's disease were analyzed retrospectively. **Results** All cases presented as abrupt upper gastrointestinal bleeding. 12 cases (63.2%) were diagnosed at the first, and 4 cases (21.1%) at the second endoscopic examination, and 3 cases (15.8%) were diagnosed at exploratory operation. Hemorrhage stopped successfully after one endoscopic treatment in 14 cases and after 2 endoscopic treatments in 1 case. 4 cases were cured by operation (including 1 case with re-bleeding 72 hours after endoscopic treatment). **Conclusions** Emergency endoscopic examination is the best way to diagnose Dieulafoy's disease and endoscopic treatment is the method of choice to treat it. If hemorrhage fails to stop after endoscopic treatments, surgical operation should be performed immediately.

Key words: DIEULAFOY DISEASE/diag; DIEULAFOY DISEASE/surg

CLC number: R722.152 **Document code:** A

Dieulafoy 病(Dieulafoy disease, DD)又称胃黏膜下恒径小动脉破裂出血,是一种少见上消化道出血性疾病,临床上常以无先兆突发致命性大呕血为特征,病死率高,正确认识 and 诊治此病,是抢救患者关键。我院 1988~2003 年间诊治 19 例 DD,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 16 例,女 3 例;年龄分布 28~77(平均 56.2)岁,19 例均以突发性呕吐鲜红色血液而就诊,出血量 1 000~1 500 mL 者 10 例,1 500 mL 以上 7 例,2 000 mL 以上 2 例。19 例均有血压下降,收缩压 < 90 mmHg 8 例;伴有头昏,心悸,气短、四肢厥冷 17 例(89.47%)。出血前均无明显诱因。有高血压病史 7 例,吸烟史 11 例,饮酒史 8 例,长期服用非甾体抗炎药 2 例。病变部位:胃体部 15 例,

收稿日期:2004-03-06; 修订日期:2005-01-31。

作者简介:李长锋(1975-),男,吉林长春人,吉林大学中日联谊医院医师,硕士,主要从事胃肠道疾病诊断及内镜下介入治疗方面的研究。

通讯作者:李长锋 电话:0431-4646484-5534(O); E-mail:changfengli@mail.china.com。

胃角2例,胃窦1例,十二指肠球部1例。

1.2 胃镜检查

初次胃镜检查确诊DD者12例,第2次胃镜检查确诊4例。镜下典型表现:可见孤立性糜烂面,中央见一裸露粗大破裂血管呈搏动性或喷射性出血;出血停止时,可见裸露血管,表面覆血栓、凝血块。10例患者镜检时可见活动出血。胃镜检查漏诊3例,后在术中确诊。

2 治疗与随访

2.1 治疗方法

2.1.1 内镜治疗 10例患者内镜下使用止血夹治疗,共放置止血夹26枚,平均2.6枚,均即刻止血,仅1例治疗后36h再出血,于病变周围注射无水乙醇,出血停止;6例内镜下注射无水乙醇,于病灶中心及周围选择3~4点,每点注射0.3~0.6mL,5例出血停止,1例治疗后72h再出血行外科手术;1例内镜下局部注射1:10 000肾上腺素盐水2mL,出血停止。所有患者在内镜检查前后均予以补液、制酸、止血治疗,经内镜止血成功后继续给予制酸剂、胃黏膜保护剂3~4周。

2.1.2 手术治疗 4例行外科手术(包括内镜检查漏诊3例及内镜治疗后再出血1例),术中將胃内血液吸净后,可见一孤立性病灶呈搏动性出血或持续渗血,行胃黏膜局部楔形切除术,术后出血停止,恢复良好。

2.2 随访

本组患者均随访6~15个月,平均12.3个月,均未发生再出血。有2例治疗后6,11个月死于脑血管疾病,1例治疗后14个月死于意外。

3 讨论

1896年Dieulafoy报道7例健康人突发致命上消化道大呕血,尸检时发现胃体上部黏膜下异常口径的动脉破裂,血液通过黏膜破损处进入胃腔所致上消化道大出血,从此相继有病例报道,直到1988年才被公认为Dieulafoy病,DD属胃左动脉畸形,是少见上消化道出血病变,发病率约占上消化道出血病因0.15%~5.80%^[1~3],平均2%。DD可发生于任何年龄,男性多于女性,50岁以上男性多见,

Ortuno-cortes^[3]等报道男女比例6:1,平均年龄67.5岁;本组病例男女之比5.33:1,男性多见;50岁以上男性14例(73.68%)。本组19例DD,与国内外文献报道相符。临床多表现为健康人无诱因突发上消化道大出血,出血量大,以呕血为首发症状,很快出现休克,因此,遇到这种情况临床上应高度怀疑本病的可能。

DD发病机理至今仍不明,曾有血管畸形,微小动脉瘤,动脉硬化等学说,Juler^[4]指出DD与先天或后天血管畸形和走行异常有关,畸形和走行异常小动脉在黏膜下呈瘤样扩张,其上面黏膜受压萎缩变薄,造成压迫性溃疡,黏膜脱落使血管裸露,失去外周支持,易造成破裂出血。而且在高压循环状态下,易造成恒径小动脉硬化,随着年龄增加,机体自我修复能力下降,血管顺应性降低,更易造成血管破裂出血,这些或许可以解释老年人多发的原因。已有临床资料表明饮酒、吸烟、服用非甾体抗炎药、胆汁返流等可致胃黏膜损伤、糜烂,强烈收缩或蠕动可致血管机械性损伤而破裂出血。由此可见,能引起黏膜损伤和血压升高因素都会增加血管破裂出血机会。

DD以往诊断比较困难,但近10年急诊胃镜检查广泛开展已成为诊断DD主要手段,笔者认为上消化道出血只要休克纠正,病情稳定后,即可进行胃镜检查。胃镜下的主要特征:可见一孤立糜烂病灶,直径约3~5mm基底可见粗大破裂血管,呈搏动性或喷射性出血,这是诊断DD直接证据;发病部位多位于食管-胃连接处6cm以内小弯侧,本组有15例(78.95%)位于此区域;胃液过多或积血过多时,病变不易发现,此时应变换体位,移动黏液湖或循血液颜色查找出血灶;病变微小、位置特殊是DD内镜下两大特点。Grisendi等^[2]报道第1次胃镜检查诊断率50%~60%,本组报道初次胃镜检查确诊12例(63.16%),第2次胃镜检查确诊4例,因此应强调重复急诊胃镜检查必要性。选择性腹腔动脉造影亦是诊断DD主要方法,适用于胃内有活动性出血而胃镜检查未能发现者或因各种原因不能接受胃镜检查而又需确诊者。DD病变可见造影剂从胃左动脉分支外溢,动脉呈瘤样迂曲,扩张或走行异常。在上述结果阴性时,术中探查为确诊

DD 主要手段,术中应重点探查贲门区 6cm 胃黏膜,必要时行术中胃镜检查。本组有 3 例通过术中探查确诊。

DD 内科药物保守治疗往往无效;过去多数学者认为外科手术是根治措施,手术方法有血管结扎术、局部楔形切除术、胃大部切除术。近年来由于急诊内镜开展及内镜下介入治疗技术改进,内镜下止血已成为 DD 的主要治疗手段。方法有局部注射硬化剂(如无水乙醇、乙氧硬化醇等),高频电凝、微波、激光止血、橡皮圈套扎术、止血夹止血。Ortuno-cortes 等^[3]报道内镜下治疗 DD 11 例,局部注射乙氧硬化醇 6 例,局部注射 1:10 000 肾上腺素盐水 5 例,术后随访 2~63 个月,未见再出血;Mumtaz 等^[5]报道内镜下使用橡皮圈治疗 DD 14 例,全部止血;吴明波等^[6]报道内镜下治疗 DD 18 例,4 例经止血夹止血成功,8 例予血管旁注射 5% 鱼肝油酸钠 1 次止血成功,2 例经 2 次注射硬化剂后止血,1 例经电凝止血效果不佳后注射硬化剂 1 次止血,有 3 例内镜止血不成功后行外科手术;毓珊等^[7]报道内镜下注射无水乙醇治疗 Dieulafoy 病 17 例,止血率 100%。笔者认为无水乙醇价廉易获取,它有强力脱水固定作用,引起组织收缩与坏死,加上促进血栓形成而有效止血,效果可靠,本组有 5 例 DD 通过局部注射无水乙醇止血成功;但是内镜下注射无水乙醇易产生注射后溃疡,当溃疡侵蚀动脉时会再次出血,本组有 1 例治疗后再出血,考虑此原因所致;治疗时注射深度过深或剂量过大时,会导致胃穿孔^[7]。本组有 10 例 DD 均通过内镜下放置止血夹而成功止血,金属止血夹可以准确的机械性钳夹出血灶,达到即刻止血目的;局部经炎症过程形成肉芽组织,1~2 周后自行脱落并经消化道排出,不影响病灶修复和愈合。与其它疗法

相比,内镜下使用止血夹治疗 DD 止血确切、迅速、更加安全,无穿孔等并发症。因此笔者认为:DD 治疗首选内镜下使用金属夹止血;止血夹无效时,可在病变基底及周围注射硬化剂或使用其它内镜下治疗方法;在各种内镜介入性治疗无效时,应立刻手术。

综上所述,要提高对 DD 警惕性,原因不明上消化道大出血应及早行急诊胃镜检查,一旦确诊 DD,立即使用止血夹或局部注射无水乙醇止血,大多数患者能通过此方法治愈;如果内镜治疗失败,应积极考虑外科手术治疗。

参考文献:

- [1] Baetting B, Haecki W, Lammer F, *et al.* Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up [J]. *Gut*, 1993, 34 (3): 1418 - 1421.
- [2] Grisendi A, Lonardo A, Gasa GO, *et al.* Combined endoscopic and surgical management of Dieulafoy vascular malformation [J]. *J Am Coll Surg*, 1994, 179 (5): 182 - 186.
- [3] Ortuno-cortes JA, Quintana-tomas L, Garcia-Garcia A. Endoscopic sclerotherapy is useful in Dieulafoy's disease [J]. *Gastroenterol Hepatol*, 1996, 19 (2): 47 - 51.
- [4] Juler GL, Labitzke HG, Lamb R, *et al.* Pathogenesis of the dieulafoy's gastric erosion [J]. *Am J Gastroenterology*, 1984, 79 (2): 195 - 197.
- [5] Mumtaz R, Shaukat M, RAMirez FC. Outcomes of endoscopic treatment of gastroduodenal Dieulafoy's lesion with rubber band ligation and thermal/injection therapy [J]. *J Clin Gastroenterol* 2003, 36 (4): 310 - 314.
- [6] 吴明波,徐美东,姚礼庆. Dieulafoy 病的诊断与治疗(附 18 例报告) [J]. *中国内镜杂志*, 2003, 9 (3): 37 - 38.
- [7] 毓珊,郭清,王美玲. 内镜下无水酒精注射治疗 Dieulafoy 病 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2002, 19 (4): 246.