

与病毒的毒力和机体免疫状态有关。本组病例临床症状轻,突出的神经症状是精神萎靡、头痛、呕吐,部分病例有颈项强直表现。各年龄组均有发病,但以学龄期及学龄前期为主,男多于女,农村多于城市。治疗经过平稳,病程短,预后好,无后遗症。

本组病例确诊主要依靠症状、体征和脑脊液检查。由于临床表现轻,若警惕性不高或没有及时进行脑脊液检查,可能会有一部分病例被误诊为上呼吸道感染。由于抗生素的广泛使用,不典型化脓性脑膜炎增多,为鉴别诊断,我们开展了脑脊液 C-反应蛋白检查,全部病例检查结果均阴性,可排除化脓性脑膜炎。68.9%患儿脑电图异常,说明脑电图对诊断有帮助,但脑电图检查正常不能排除脑炎。

134例患儿均行降颅压、降温及支持治疗,另予利巴韦林抗病毒治疗。疗程短,均痊愈,无后遗症。

说明对轻症病毒性脑膜脑炎的治疗应以对症、支持治疗为主,不必要过度治疗,以免增加患者额外经济负担。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳主编.诸福棠实用儿科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1996:756.
- [2] 吴保敏,王 华,叶露梅,等.小儿病毒性脑炎的诊断与治疗[J].中国实用儿科杂志,2004,19(7):385-402.
- [3] 姜秀刚,于晓东,柳长锁,等.乳山市小儿柯萨奇 B病毒性脑膜炎流行病学调查及治疗探讨[J].中国实用儿科杂志,2001,16(1):20-22.
- [4] 李 瑞,邓星强,梁丽君,等.柯萨奇病毒 B组脑膜脑炎 1 262 例临床分析[J].实用儿科临床杂志,2003,18(5):374-376.
- [5] 耿贯一主编.流行病学(第2卷)[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996:87.
- [6] 单玉君,王 军.1991年上海暴发流行病毒性脑炎的病毒学研究[J].上海医学,1994,17(1):4-6.

[文章编号] 1000-2200(2007)01-0080-02

。 临 床 医 学 。

胃 Dieulafoy 病 3 例

梁 明,王晓晖,刘国松

[关键词] 胃疾病; Dieulafoy 病; 呕血

[中国图书资料分类法分类号] R 573 [文献标识码] B

胃 Dieulafoy 病又称黏膜下胃恒径动脉畸形、Dieulafoy 溃疡,临床较少见。破裂可导致上消化道大出血。现就我院 2003~2004 年诊治的 3 例作一报道。

1 临床资料

例 1,男,52 岁。突发性呕血约 200 ml 伴头晕、心悸,夜间急诊入院予潘托拉唑 40 mg 每日 2 次静脉滴注(静滴)、输血、补液等治疗。胃镜下见胃内有较多的咖啡样液体,胃角部、窦部、球部未见异常,抽吸积液后见胃底后壁距贲门约 6 cm 处见 5 mm×5 mm 糜烂灶,中央有一红色隆起血管征,未见活动性出血,诊断为胃 Dieulafoy 病,建议外科手术治疗,因经济困难,内科保守治疗,5 天后出院。该患者于 2004 年 8 月再次突发呕血约 1 000 ml 伴有失血性休克入院,予潘托拉唑 40 mg 每天 2 次静滴,奥曲肽 0.1 mg 静脉推注,250 μg/h 静滴,输液,输血后转入我科,拒绝手术治疗,出血暂止后出院。

例 2,男,57 岁。突发性呕血 150 ml 急诊胃镜检查,胃角部、胃窦部、球部未见溃疡及出血灶,见胃底小弯侧距贲门 2.5 cm 处有活动性呈喷射状出血灶,考虑 Dieulafoy 病转入我科,手术中见出血灶为直径 2 mm 动脉出血,局部予以缝扎止血,并行胃左动脉结扎,术后未再出血。

例 3,男,60 岁。黑便 2 天伴头晕。胃镜检查,在胃底后壁处近小弯侧距贲门 6 cm 处有 5 mm×4 mm 糜烂灶,略隆

起,表面有渗血,予去甲肾上腺素生理盐水冲洗,并在病灶周围分 3 点黏膜下注射 1:10 000 去甲肾上腺素后,观察黏膜局部发白,无渗血,诊断为 Dieulafoy 病收入我科,术中见出血灶局部糜烂,质软,用盐水纱布轻擦糜烂灶即有活动性渗血,行胃底楔形切除术,治愈。术后切除标本送病理检查发现恒径小动脉。

2 讨论

2.1 病理特点 肉眼所见:病灶位于胃底后壁距贲门 3~6 cm 处,呈结节状隆起、糜烂,表面附着血凝块,黏膜下有直径 0.3~0.4 cm 的裸露血管,呈喷射出血。显微镜下:黏膜下层动脉管径正常,而黏膜肌层动脉管径较正常明显增粗,并扭曲呈锐角,有直径相似的静脉伴行。扩张动脉主要位于黏膜肌层,与黏膜下层相比管径无明显改变,但与正常黏膜肌层动脉管径相比增粗 10 倍,且有 Wanklen 纤维固定于黏膜。

2.2 发病机制 一般认为,胃 Dieulafoy 病主要是胃壁血管畸形,胃体血动脉进入胃黏膜下后,不是逐渐变细形成毛细血管,而是一直保持管径不变,凸出于胃腔,加之恒径动脉缺少细小的血管分支及毛细血管供应该处黏膜血液,致使该处黏膜缺血、坏死、脱落,恒径动脉裸露,在食物和胃液的作用下破裂出血。

2.3 临床诊断 Dieulafoy 病临床上较少见,自 1884 年由 Gallard 首次报道以来,近年来国内文献已有报道^[1],临床上由于对此病认识不足,往往忽略此病的存在。1898 年法国 Dieulafoy 报道 3 例扩张的胃黏膜下动脉破裂出血,称谓“黏膜下恒径动脉畸形”(submucosal caliber persistent artery

[收稿日期] 2005-12-31

[作者单位] 安徽省芜湖市中医院 外科, 241000

[作者简介] 梁 明 (1959-), 男, 副主任医师。

abnormal), “Dieulafoy血管病”(Dieulafoy's vascular disease)等,具有此种特征性损害且能体现此病的解剖及病理特点,因而被冠以Dieulafoy病。75%~95% Dieulafoy病起源于胃食管连接处5~6 cm内,特别是沿胃的小弯侧,小部分也可以在结肠、直肠、食管、十二指肠、空肠上段及回肠。胃Dieulafoy病占上消化道出血2%左右,40~60岁男性多见,其致上消化道出血特点呈现为突发的无痛性、间歇性出血,且出血量大,常导致失血性休克^[2]。本病与饮酒、非甾体类抗炎药物及消化性溃疡并无必然的联系。内镜下特点是在小到针尖样的胃黏膜缺损或糜烂改变,或呈孤立圆锥状息肉样隆起处,发现喷血或渗血,也可以并无出血,仅有血凝块,缺损中央可见直径1~3 mm搏动性动脉突出于黏膜外,周围并不伴有相应的溃疡。急诊胃镜是确诊本病的首选方法,本组3例均是行急诊胃镜得以诊断。但应注意几点对提高阳性率有重要的价值:(1)出血时即行急诊内镜检查;(2)检查前应先抽吸胃内积液,必要时予以冰盐水冲洗,保证视野清晰;(3)检查时将胃镜U形反转,以察看胃底;(4)要将胃充分膨胀,以便发现隐藏的病灶,特别是对贲门下胃底前后壁好发部位应仔细检查;(5)注意变换体位,特别要注意食管、十二指肠及胃其它少见部位;(6)必要时再复查,同时对发现病灶忌取活体组织检查,以免引起难以控制的大出血。

2.4 治疗 血管栓塞及手术治疗是目前主要的治疗方法。但内镜治疗为首选,有镜下喷洒止血药、肾上腺素及硬化剂局部注射、弹力带套扎(EBL)及钳夹止血等。急诊内镜治疗Dieulafoy病虽为首选的应急止血方法,但绝非确切、根治性的措施,即便结扎恒径动脉,也不能改善恒径动脉周围组织缺少毛细血管血供的恶劣环境,黏膜组织缺血、炎症、坏死依

然存在,裸露的血管在机械性损伤和酸性腐蚀下可再次大量出血。因而只有彻底切除变异血管,才能从根本上解决问题,防止再出血。外科手术是治疗该病的根本方法^[3]。本组2例行手术治疗后未再出血,另1例未手术而反复出血,亦证明了这一点。手术止血有病灶处胃楔形切除和缝扎止血两种方法。条件允许,应行胃楔形切除术。

治疗Dieulafoy病潜在的危险是对此病认识不足,因此诊断十分重要。笔者体会:(1)对于突然反复发作的急性上消化道大出血伴有休克,近日内未用过损伤胃黏膜的药物,经输液输血后仍不能维持血压,应想到本病的可能。(2)对于消化道出血的患者,术前应首选纤维内镜检查,明确病因及出血的部位。(3)术中应全面、有序地进行探查,对于存在消化道溃疡或其他出血性疾病者,也不能满足于此诊断,而应全面检查,明确是否同时合并Dieulafoy病。(4)探查胃出血病灶时,应切开胃前壁,将胃黏膜展平、拭净,对于怀疑Dieulafoy病的患者,应重点检查贲门区6 cm以内的胃黏膜,尤应注意凝血块附着处。(5)胃切除术后排除应激性溃疡和吻合口出血等因素,出现大量呕血、便血、休克者应考虑Dieulafoy病。

[参 考 文 献]

- [1] Baeting B, Haeckl W, Lamm F, et al. Dieulafoy's disease: Endoscopic treatment and follow up [J]. Gut 1993, 34(10): 1418-1421
- [2] 李 炜, 刘 茁. Dieulafoy病致消化道大出血一例 [J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(5): 301.
- [3] 曲 欣, 刘 旭, 李 娜. Dieulafoy病合并上消化道大出血4例报告 [J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(3): 189-190

[文章编号] 1000-2200(2007)01-0081-02

。临床医学。

肝移植 2例术后并发症的诊治体会

陈志刚, 胡宗宇, 张书民

[关键词] 肝移植; 肝硬化; 外科手术; 胆瘘; 并发症

[中国图书资料分类法分类号] R 657.3 [文献标识码] B

2002年4月~2005年4月,我院肝胆外科成功施行8例肝移植,取得了肝移植患者围手术期管理及术后并发症治疗的初步经验,现就2例肝移植患者术后并发症处理体会作一报道。

1 临床资料

例1,男,57岁。2002年5月18日入住我院传染病科,乙肝病史30年,2年前,因上消化道大出血发现肝硬化,行脾切除、门奇静脉断流术。术后长期低热,转氨酶持续升高,轻度黄疸,顽固性腹腔积液。内科治疗效果较差。体检:神清、消瘦、面灰,皮肤巩膜轻度黄染,肝掌(+),蜘蛛痣(+),心肺(-),腹部可见一手术瘢痕,稍膨隆,肝肋下未及,肝区叩

痛(-),移动性浊音(+),下肢不肿。血常规:RBC $2.44 \times 10^{12}/L$, WBC $5.6 \times 10^9/L$, Hb $9.2 g/L$, BPC $88 \times 10^9/L$, 肝功能 $A/G=0.92$ ($A 35.0 g/L$, $G 38.0 g/L$), 总胆红素(TB) $65.9 \mu mol/L$, 直接胆红素(DB) $26.5 \mu mol/L$, 碱性磷酸酶(AKP) $134 u/L$, 丙氨酸氨基转移酶(ALT) $90 u/L$, HbsAg(+), 抗-HBs(+), 抗-HBe(+), PT 18 s (正常值 <12 s), 凝血活酶时间(APTT) 46.8 s (正常值 <31 s)。B超示:肝硬化,腹腔积液。诊断为乙肝后肝硬化失代偿。内科治疗16个月无好转,渐加重。于2003年9月25日行改良背驮式肝移植术,术中发现:腹水500 ml,肝脏萎缩变小,仅为正常肝脏1/2,质地硬,表面布满大小不等结节,脾脏缺如,手术时间8 h,出血5 000 ml。术后1个月出现胆管吻合口瘘,胆汁性腹膜炎。通过内镜胰胆管造影(ERCP)置鼻胆管引流控制;急诊行剖腹探查、腹腔引流术,术中见胃、结肠、肝脏与原手术

[收稿日期] 2005-09-19

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 肝胆外科, 235000

[作者简介] 陈志刚(1967-),男,主治医师。