

胃 Dieulafoy 病 1 例

黎 健¹, 陈 炜^{1,2}, 张晓红^{1,2}, 冯 莉^{1,2}

[关键词] Dieulafoy 病; 上消化道出血; 内镜

[中图分类号] R 573.2

[文献标志码] B

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.05.041

病人男, 45 岁, 因“呕血 6 h”入院。入院前 6 h 因大量饮酒后出现剧烈恶心、呕吐, 继而出现呕血, 总量约 100 mL, 入院前后有持续性恶心、呕吐及排柏油样便, 从一开始条状到后面糊状, 总量超过 1 000 g, 伴有心悸, 出冷汗。病人既往体健, 无高血压病、糖尿病等慢性病史, 无肝炎、肝硬化等病史, 不抽烟, 嗜酒, 无家族遗传病史。查体: 心率 110 次/分; 血压 80/40 mmHg, 脉搏稍快, 腹软, 无压痛、肌紧张及反跳痛, 肠鸣音亢进。辅助检查, 血常规: 血红蛋白 128 g/L; 大便常规: 血液 4+, 大便隐血试验阳性(4+)。内镜下治疗后复查血常规: 血红蛋白 78 g/L。急诊胃镜示: 贲门区胃黏膜局灶性缺损伴喷射样出血; 胃黏膜浅表性凹陷, 缺损中间有血管行走, 表面有血凝块附着; 可见小血管突出正常黏膜的

表面, 且有搏动性出血。胃镜诊断: 上消化道出血、Dieulafoy 病。由于病人情绪紧张, 影响内镜下治疗顺利进行, 为安全起见, 立即联系外科及麻醉科, 在手术室内, 麻醉下行内镜氩离子束凝固术, 用钛夹缝合出血部位, 冲洗检查见止血确切, 其他部位无异常退镜, 手术顺利。内镜下治疗后送入病房, 禁食, 胃肠减压, 输红细胞悬液纠正贫血, 予质子泵抑制剂抑酸剂预防再出血; 内镜下治疗 3 d 后, 复查胃镜见病变部位部分钛夹脱落, 创面白苔覆盖, 未见出血。病人一般情况好转, 恢复顺利, 各项实验室指标正常, 1 周后出院, 电话随访 3 个月, 未诉不适。病人治疗时因情况紧急, 考虑活检有可能伤及创面及血管, 引发再出血, 未取病理(见图 1~4)。

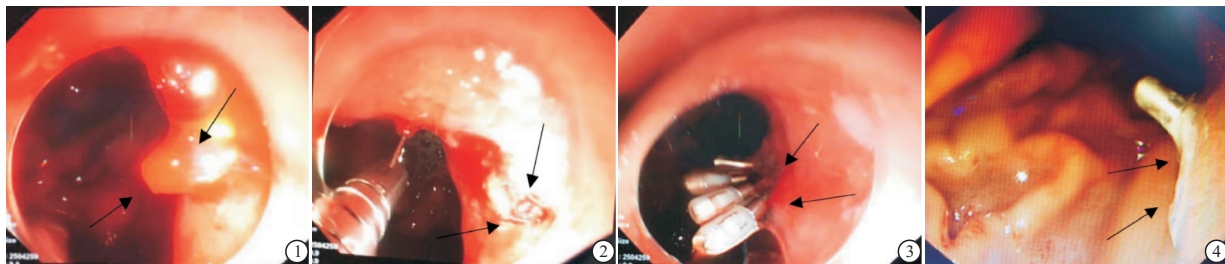


图1 贲门区可见小血管突出正常黏膜的表面, 胃黏膜局灶性缺损伴喷射样出血 图2 热活检钳处理后, 表面血凝块附着, 少许渗血 图3 氩离子束凝固术后, 予钛夹夹闭创面 图4 内镜下治疗3d后复查胃镜, 见部分钛夹脱落, 病变处白苔覆盖

讨论 Dieulafoy 病又称胃黏膜下恒径动脉破裂出血, 临床虽然罕见却是导致上消化道出血重要原因之一, 其所致出血如果干预不及时会发生休克进而危及生命。Dieulafoy 病由 Gallard 于 1884 年首次发现, 在 1898 年, Dieulafoy 对这个病进行了更加详细的描述, 并命名为单纯性溃疡, 描述了好发部位及组织学变化。1989 年, Dieulafoy 病正式列入美国胃肠病学^[1]。Dieulafoy 病所引起的大量出血可能是由

于黏膜和动脉壁的侵蚀造成^[2]。病理表现为小的纤维化病变和黏膜损伤加上缺乏典型的炎症反应, 因此它在组织学划分上又不同于胃溃疡。据报道^[3-7], Dieulafoy 病在上消化道非静脉曲张出血中占 6%, 在所有消化道出血中占 1%~2%, 病死率为 8.6%~80%。尽管 Dieulafoy 病发生率相对较低, 但其死亡率与其他原因所致消化道出血相似^[8]。

内镜早期出血诊断率可达 90% 以上^[6,8], 但该病灶隐匿^[9], 临床上不易识别, 急诊胃镜和手术探查也易出现漏诊而发生再出血甚至死亡^[10]。约 6% 的病人需要超过 3 次内镜检查进行确诊^[8]。Dieulafoy 病内镜诊断的标准为符合以下任一项: (1) 来源于正常黏膜或微小黏膜缺损的动脉喷射性出血; (2) 在正常黏膜或微小黏膜缺损中可见血管

[收稿日期] 2018-01-08 [修回日期] 2018-04-21

[作者单位] 复旦大学附属中山医院闵行分院 1. 内镜中心, 2. 临床研究院, 上海 201100

[作者简介] 黎 健(1992-), 男, 硕士研究生。

[通信作者] 冯 莉, 主任医师. E-mail: fengli_mzxh@163.com

残端,且伴或不伴活动性出血;(3)在正常黏膜或微小黏膜缺损中附着点状的新鲜血凝^[11]。Dieulafoy病内镜下特征:按 Forrest 分级^[12]分为 I a(活动性喷血),I b(活动性渗血),II a(血管显露),II b(附着血凝块),II c(黑色基底),III(基底洁净)。20 世纪 80 年代之前外科手术是治疗本病的唯一方法,因为没有明确出血原因和病灶部位,这种外科手术切除是盲目的,所以极易发生术后再出血^[12]。由于内镜下治疗技术的发展和对本病的认识进一步深入,需要进行手术的病人大大减少并且死亡率从 80% 降至 8.6%^[13]。

内镜治疗已经成为 Dieulafoy 病最重要的治疗方法,它对早期出血的处理安全且高效,内镜下初次止血成功率可达 90%^[3,14-15],临床上使用的内镜下治疗方法有很多,如局部注射硬化剂、高温电凝、金属钛夹、套扎术或者几种方法结合治疗。大部分病人进行内镜下治疗后能获得较好的疗效,一项随访 10 年纳入 109 例病人的研究^[16]显示,只有 10% 的病例发生再出血且多发生在内镜治疗后 30 d 内;病人接受内镜下联合治疗再发出血率(3.6%)低于使用一种疗法的再发出血率(6.4%)。除了内镜下治疗,同时会给病人使用质子泵抑制剂以及支持疗法(需要的情况下)如输血,内镜治疗的出现几乎使病人免于行胃局部切除术并且大大降低了死亡率^[13,17]。王强等^[18]对于 Dieulafoy 病再出血相关危险因素的研究显示,年龄、输血在 Dieulafoy 病出血后再出血与非再出血 2 组间比较差异有统计学意义,而性别、有无非甾体类抗炎药或抗凝剂、伴随疾病、药物治疗方式、吸烟、饮酒、入院血红蛋白水平、入院收缩压、心率、出血次数、有无内镜干预、内镜干预时间、Forrest 分级、出血部位和内镜止血方法在 2 组间比较差异无统计学意义。输血为经治疗后再出血独立的危险因素,考虑输血后再出血可能与病人本身动脉性出血、血管压力大、容量纠正后易再出血有关,而与入院血红蛋白水平、入院收缩压、心率及出血次数无关,考虑可能与病人入院时存在血液浓缩、容量不足有关。

本病特点为老年男性多见,发病前少有前驱症状或溃疡病史;突发性致命性消化道大出血,主要表现为呕血和/或黑便,多数病人在短时间内即出现低血容量性休克;出血呈周期性和难治性;90% 以上的出血可通过内镜检查确诊^[19-20]。

从我们镜下治疗的经验来看,本病例为青年男性,成功实施内镜治疗,使病人免于外科手术,对病

人的生活质量无影响。对反复消化道出血病人,首先应详细询问病史,排除消化性溃疡、肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血、出血性胃炎等常见病外,需警惕 Dieulafoy 病的可能;其次,重视胃镜检查,Dieulafoy 病急诊胃镜检查的关键是做好胃肠道准备,镜下充分充气使胃膨胀,胃黏膜皱襞充分展开,有利于发现病灶并及时处理;多学科的合作在这次抢救中同样重要,对于消化道大出血的病人,插管麻醉下进行内镜处理,有利于内镜医生进行操作,在很大程度上能提高病人的生存率;当内镜下治疗失败时,可及时转由外科处理。

[参 考 文 献]

- [1] SHEARMAN DC. Disease of the gastrointestinal tract and liver [M]. London:Churchill livingstone,1989:281.
- [2] VELDTHUYZEN VAN ZANTEN SJ, BARTELSMAN JF, SCHIPPER ME, et al. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations: a review of 101 cases [J]. Gut, 1986, 27(2): 213.
- [3] STARK ME, GOSTOUT CJ, BALM RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease [J]. Gastrointest Endosc, 1992, 38(5): 545.
- [4] STRONG RW. Dieulafoy's disease: a distinct clinical entity [J]. Aust N Z J Surg, 1984, 54(4): 337.
- [5] CHAER RA, HELTON WS. Dieulafoy's disease [J]. J Am Coll Surg, 2003, 196(2): 290.
- [6] MARANGONI G, CRESSWELL AB, FARAJ W, et al. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions [J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(2): 441.
- [7] LEE YT, WALMSLEY RS, LEONG RW, et al. Dieulafoy's lesion [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58(2): 236.
- [8] LARA LF, SREENARASIMHAIAH J, TANG SJ, et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes [J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(12): 3436.
- [9] 赵英恒, 何兴祥. Dieulafoy 病的新认识 [J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(6): 47.
- [10] 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(29): 4823.
- [11] 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(6): 256.
- [12] FORREST JA, FINLAYSON ND, SHEARMAN DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding [J]. Lancet, 1974, 2(7877): 394.
- [13] BAXTER M, ALY EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2010, 92(7): 548.
- [14] NOJKOV B, CAPPELL MS. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy [J]. World J Gastrointest Endosc, 2015, 7(4): 295.
- [15] 王教学, 杨均, 李丽, 等. 食管 Dieulafoy 病 2 例报道 [J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2015, 24(7): 899.

胫骨近端骨巨细胞瘤病灶清除骨水泥填充术后严重膝内翻 1 例

向成浩¹, 陈文革¹, 夏正东¹, 刘清高¹, 徐俊¹, 蒋从斌²

[关键词] 骨肿瘤; 膝关节肿瘤型假体; 骨巨细胞瘤; 膝关节周围肿瘤

[中图分类号] R 738.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.05.042

病人女, 32 岁, 因“右膝部肿瘤术后 14 年, 现活动受限 1 年余”入院。14 年前因无明显诱因出现右膝疼痛并包块形成就诊本院, 完善术前检查及准备后行“右胫骨近端骨巨细胞瘤病灶清除骨水泥填充术”, 病理检查示“右胫骨近端骨巨细胞瘤”, 术后病情稳定, 膝关节功能恢复情况良好后出院。近 1 年来病人渐感右膝疼痛并内翻畸形, 影响日常生活, 门诊以“右胫骨近端骨巨细胞瘤病灶清除骨水泥填充术后严重膝内翻”收治入院。体格检查: 生命体征平稳, 心、肺、腹部未见明显异常, 右膝关节明显内翻畸形, 局部皮肤张力不高, 肤色正常, 皮温不高, 近端偏内侧由内上至外下一斜行长约 20 cm 手术瘢痕, 局部皮肤无红肿及渗出, 右膝关节屈伸活动度约 0°~90°, 内外侧关节间隙压痛阳性, 浮髌试验、侧向应力试验、抽屉试验阴性, 足趾活动情况良好, 末梢血运及感觉正常。辅助检查: 双下肢全长 X 线摄片示右膝关节间隙明显变窄, 对应关节面骨质增生硬化, 胫骨平台外侧骨赘形成, 胫骨近端见不规则致密影, 髌骨间隙变窄(见图 1); CT 示胫骨近端膨大, 髓腔内见大片高密度骨水泥影, 密度不均, 见散在条状低密度影及点状钙化影, 胫骨平台关节面下见斑片状低密度影, 边缘硬化, 关节间隙变窄, 关节腔可见游离骨样密度影(见图 2); MRI 示右膝关节结构和

骨质异常, 关节间隙变窄, 膝关节前、后交叉韧带纤细, 关节长 T2 信号增多, 右膝半月板形态和结构异常, 内见异常信号, 胫骨近端低信号区约 75 mm × 73 mm × 64 mm, 内见不规则少许长 T2 信号, 胫骨内外侧骨皮质菲薄, 周围软组织未见异常信号(见图 3); 实验室检查血细胞分析、血碱性磷酸酶、肿瘤全套、红细胞沉降率等均未见明显异常。

手术方法采用右胫骨近端瘤段切除 + 定制型旋转铰链膝关节置换术。术后复查右膝关节正侧位 X 线片示右胫骨近端瘤段切除, 人工膝关节假体对应关系及位置良好(见图 4); 病理检查镜下可见分化较成熟的骨组织和软骨组织, 未见明显骨巨细胞瘤成分及其他明显病理性改变(见图 5); 术后 1 年随访, 参照骨肿瘤保肢术后肢体功能评价标准(MSTS93)对生存病人的肿瘤型膝关节假体功能进行评分^[1], 评分为 27 分(见图 6)。

讨论 骨巨细胞瘤是较为常见的一种良性肿瘤^[2], 在我国发病率约占良性骨肿瘤的 20%, 好发于中青年, 多见于女性, 50% 以上的骨巨细胞瘤好发于膝关节周围, 其组织起源目前尚不明确。有研究^[3]指出, 其治疗后复发率高达 25%~50%, 且少数病人出现多次复发及甚至恶变。虽然骨巨细胞瘤的相关治疗方案存在颇多争议, 但有效彻底清除病灶及保留肢体功能乃其主要的治疗原则。股骨远端及胫骨近端是膝关节良恶性肿瘤的好发部位, 由于膝关节结构和功能的复杂性及重要性, 其病变将严重制约着病人的生存质量。随着近年来治疗理念、生物假体材料及手术技术的逐渐成熟, 病理及影像诊断技术水平的提高, 膝关节的“保肢治疗”方案,

[收稿日期] 2016-08-30 [修回日期] 2017-11-27

[作者单位] 1. 湖北民族学院附属民大医院 关节外科, 湖北民族学院骨科研究所, 湖北 恩施 445000; 2. 武警湖北省总队医院 骨外科, 中国武警部队膝关节伤病中心, 湖北 武汉 430060

[作者简介] 向成浩(1985-), 男, 硕士, 主治医师。

[16] KANTH R, MALI P, ROY PK. Outcomes in Dieulafoy's lesion: a 10-year clinical review[J]. Dig Dis Sci, 2015, 60(7): 2097.

[17] GAMBHIRE PA, JAIN SS, RATHI PM, et al. Dieulafoy disease of stomach—an uncommon cause of gastrointestinal system bleeding: case report[J]. J Assoc Physicians India, 2014, 62(1): 526.

[18] 王强, 龙顺华, 胡薇潇, 等. 111 例胃 Dieulafoy 病出血临床特征

及再出血危险因素分析[J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(4): 43.

[19] 卢崇亮. Dieulafoy 病的临床近况[J]. 中国胃肠外科杂志, 2000, 3(4): 251.

[20] 疏东升, 唐美娟. Dieulafoy 病 19 例诊治分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(3): 247.