

Dieulafoy 病的诊断与治疗(附 9 例病例分析)

①

吴艳环 刘忠臣 蒙国照

【摘要】 目的 探讨 Dieulafoy 病的临床特点诊断及治疗方法。方法 回顾性分析 9 例 Dieulafoy 病的临床表现、诊断、治疗方法。结果 均为上消化道大出血。胃镜确诊 8 例。手术确诊 1 例,胃镜下治愈 7 例。手术治愈 2 例。结论 提高对本病认识,急诊胃镜是首选诊断方法。内镜下止血为首选治疗方法,反复出血应及时转外科手术。

【关键词】 Dieulafoy 病; 诊断; 治疗

Dieulafoy 的病(Dieulafoy disease, DD)是消化道出血的少见病因,多见于上消化道大出血,也可发生于下消化道^[1],如结肠,此病出血急,出血量大,提高对此病的认识及时诊断,正确治疗具有重要的临床意义。复习相关文献,总结我院 1992~2003 年间 9 例,DD 临床资料,进行分析,与同行共同提高对本病的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1992 年~2003 年间 9 例患者,均为男性,年龄分布 33~66 岁(平均 42 岁),7 例出血前无诱因,1 例出血前一次饮白酒 250ml。1 例有慢性胃炎病史。均无长期服用非甾体等用药史。随访期最短 12 个月,全组生存。

1.2 临床表现 本组 9 例患者以突发性呕吐鲜红血液就诊,呕血量约 500ml~2500ml,1 例便血;7 例出现明显休克症状。收缩压低于 90mmHg,心率大于 110 次/分,伴心悸、四肢厥冷等症状。病变部位贲门下 5 例;胃底 1 例,胃体 2 例,空肠 1 例。

1.3 胃镜检查 5 例初次胃镜确诊,2 例 2 次胃镜确诊,1 例 4 次胃镜确诊,1 例经手术确诊。镜下典型表现:孤立性浅溃疡或糜烂面,直径 0.2~0.8cm,上腹血块或见裸露粗大血管,直径 2mm~3mm,表面可见覆盖血栓。2 例见喷射状出血。

1.4 治疗 镜下先局部喷洒去甲肾上腺素,出血减少后局部无水酒精注射、高频电凝及止血夹等方法,8 例镜下止血成功,1 例再次出血,7 例病人经无水酒精注射治愈,2 例转手术治愈。无水酒精注射方法:一般于病灶中央及四周选择 4 点注射,每点约 0.5ml,总量 2ml~3ml。

2 讨论

2.1 发病情况 Dieulafoy 病又名胃粘膜下恒径小静脉破裂出血,1884 年 Gallad 首次报道 2 例,1896 年 Dieulafoy 再次报道此病,并对此病作了系统性描

述,直至 1988 年才被公认为 Dieulafoy 病,认为是上消化道大出血的少见病因,约占 2%^[2],近年研究发现 DD 可发生于消化道的任何部位,包括结肠^[1]。本病发生于任何年龄,男性多于女性,多见于中、老年男性,本组均为男性。50 岁以上 7/9 (77.8%)与文献报道相近^[3]。出血病灶多发生与距贲门 6cm 以内,小弯侧胃壁,本组 77.8%,与陈小伍^[4]等报告相近。临床表现为健康人无诱因突发上消化道大出血,出血量大,很快进入休克状态。本组 7 例出现明显休克症状,因此对此病认识不足,往往会造成病人死亡。

2.2 发病机理 至今仍不完全明确,一般认为是由于胃肠道粘膜下血管先天性或后天性畸形及其走行异常,小动脉分支穿过肌层后不但不变细,反而呈异常扩张,形成粘膜恒径小动脉,在粘膜下呈瘤样扩张,其上面粘膜受压。萎缩发生溃疡,最终使小动脉裸露破裂出血。老年人血管功能差,修复功能差,易导致此病。饮酒、外界应激、服用非甾体抗炎药物、胆汁返流等导致粘膜损伤的因素,可诱发此病。本组 1 例病前曾经多量饮酒。

2.3 DD 诊断 内窥镜检查是最有效的诊断方法,本组病人 7 例在抗休克的同时积极准备后行急诊胃镜检查均成功。因此,对于突生急性动脉性上消化道出血应当高度警惕本病的可能,在休克纠正、病情急定后,即可进行胃镜检查。在胃镜检查时应根据 DD 的特点进行检查:(1)发病部位多位于距贲门 < 6cm,本组 7 例(7/9)发生于此区域,特别是在胃底、贲门下的病灶在胃镜发现更为困难,应该有意意识的查找;(2)病灶较小,表经常被血块覆盖,因此应进行认真冲洗。在止血后尽快行急诊胃镜可有较高诊断率;(3)不要满足常见病疾而忽视了本病的存在造成误诊^[5],一些病人常伴有十二指肠溃疡、胃溃疡、胃炎等,本组一例病人是在外院 5 年前以

十二指肠溃疡伴上消化道出血行胃大部切除术后多次因上消化道出血、休克住院最后经4次胃镜检查确诊DD,局部胃镜下无水酒精注射后治愈;(4)不要满足于一次胃镜检查的阴性结果,文献报告^[3~5]了多次胃镜才确诊的经验,本组有1例2次胃镜,1例4次胃镜确诊的病例,DD目前认为可以发生于消化道的任何区段,Katsinelos P^[1]近期报告了相关资料,目前国内尚未有此类报告,可能与此病在下消化道发生的认识不够而漏诊有关。选择性动脉造影也是诊断DD的主要方法。选择腹腔动脉肠系膜上动脉,可见血管的分迂曲、扩张或走行异常,在急性期可见造影剂溢出现象,在上述检查阴性时可有重点的手术探查,在术中可配合内窥镜检查,本组有2例术中确诊。

2.4 治疗方法 DD首选内镜下治疗。主要方法有:血管硬化剂,高频电凝、微波及止血夹法等^[2~5],本组病人多采用无水酒精局部注射,有时用电凝配合,亦有人习惯用止血夹。局部注射持久

止血多达71%^[5],而暂时止血率高达近100%,因此局部注射不仅是有效的镜下治疗方法,也可为其他止血治疗措施赢得时间。镜下止血治疗失败,或再次出血病人应转手术治疗,行局部消化道壁楔形切除是最理想的术式。

参考文献

- 1 Katsinelos P, Pilpilidis, et al. Dieulafoy-like lesion of the colon presenting with massive lower gastrointestinal bleeding. *Surg endosc*, 2004; 18(2): 346
- 2 杜建时,李长锋,张斌等. Dieulafoy病19例临床诊断分析中国实验诊断学, 2004; 8(2)
- 3 Qrtuna cortes JA, Quintana-tomas L, Garcia-Garcia A. Endoscopic sclerotherapy is useful in Dieulafoy' disease [J]. *Gastroenterol Hepatol*, 1996, 19(2):47~51
- 4 陈小伍,戎祯祥,冯家宁. 上消化道 Dieulafoy病的诊断与治疗, 中国胃肠外科杂志 1999; 2(1)
- 5 尉迟敏,汪小平,刘家辉等. 上消化道 Dieulafoy病诊断治疗13例分析, 中国误诊学杂志, 2002; 2(6)

(收稿: 2004 10 28)

食管鳞癌中基质金属蛋白酶-9的表达及意义

①

赵卫平¹ 许敬尧² 祝佳²

【摘要】目的 研究基质金属蛋白酶-9(MMP-9)在食管鳞癌中的表达情况及其与肿瘤浸润和淋巴结转移的关系。方法 用免疫组织化学法检测75例食管鳞癌组织及其相应正常粘液中MMP-9的表达。结果 食管鳞癌组织MMP-9基因表达高于正常食道组织, MMP-9的表达与食管鳞癌浸润深度和淋巴结转移呈正相关。结论 在食管鳞癌中MMP-9的表达与肿瘤的发展有关,可能成为食管鳞癌恶性生物学行为的指标。

【关键词】 食管肿瘤; 基质金属蛋白酶; 免疫组织化学

原位恶性肿瘤侵袭周围组织并发生远处转移,必须降解基底膜及细胞外基质,获得突破组织屏障的能力。目前研究表明,细胞外基质的降解主要依靠蛋白水解酶,基质金属蛋白酶(matrix metalloproteinase, MMP)是较为重要的一类,它几乎能降解细胞外基质的所有成分,本文应用免疫组织化学检测食管鳞癌原发灶及正常食管粘液中MMP-9的表达情况,探讨MMP-9与食管鳞癌各临床病理参数、淋巴结转移之间的关系,旨在探索MMP-9在食管鳞癌发生发展中的作用。

1 材料与方法

1.1 材料收集 浙江大学附属邵逸夫医院病理科

病理诊断为食管鳞癌的外科手术切除病例共75例,其中男62例,女13例,年龄38~76岁。其中选择45例阴性切缘作为正常食管粘膜组。所有病例均为浸润性癌,按浸润深度:达粘膜下层者10例,肌层者和外膜层者65例。按分化程度:高分化38例,中分化26例,低分化11例。按局部淋巴结转移状况:转移29例,未转移46例。

1.2 方法

1.2.1 免疫组织化学方法 采用En Vision二步法。En Vision试剂盒为美国DAKO公司产品。一抗为即用型鼠抗人MMP-9单克隆抗体(Maxim公司产品)。主要步骤:常规脱蜡切片,过氧化氢甲醛