

消化道以外器官累及^[4]。本例患者为老年男性,无免疫抑制基础状态,以上腹隐痛为主要表现,缺乏低热盗汗、乏力等消耗症状,胃镜下仅表现为痘疮结节样隆起,尚未见相似报道。同时该患者无咳嗽、咳痰临床表现,否认既往结核感染病史,结合痰涂片、胸部 CT 检查肺结核依据不足,查肠镜末端回肠、结肠均正常。在常见发病部位结核感染依据不足,也是本例特点之一。本例患者血 T-SPOT、结核抗体检查均阴性,常规活检病理查见上皮样肉芽肿及特殊染色抗酸杆菌阳性,对疾病诊断起到了关键作用。四联抗结核治疗是消化道结核的主要治疗方案,治疗过程中应密切监测药物副作用,定期随访复查评估治疗效果。有研究认为长期抑酸药应用易导致消化道结核,故该例患者未给予抑酸治疗^[5]。

参考文献

- [1] Arabi NA, Musaad AM, Ahmed EE, et al. Primary gastric tuberculosis presenting as gastric outlet obstruction: a case report and

review of the literature[J]. J Med Case Rep, 2015,9(1):265. DOI: 10.1186/s13256-015-0748-8.

- [2] Merali N, Chandak P, Doddi S, et al. Non-healing gastro-duodenal ulcer: A rare presentation of primary abdominal tuberculosis [J]. Int J Surg Case Rep, 2015, 6: 8-11. DOI: 10.1016/j.ijscr.2014.09.028.
- [3] Eray IC, Rencüzoğ ullar I A, Yalav O, et al. Primary gastric tuberculosis mimicking gastric cancer [J]. Ulus Cerrahi Derg, 2015,31(3):177-179. DOI: 10.5152/UCD.2014.2667.
- [4] Rao YG, Pande GK, Sahni P, et al. Gastroduodenal tuberculosis management guidelines, based on a large experience and a review of the literature[J]. Can J Surg, 2004,47(5):364-368.
- [5] Di PR, Pietroletti R, Leardi S, et al. Primary gastroduodenal tuberculous infection presenting as pyloric outlet obstruction [J]. Am J Gastroenterol, 1996,91(4):807-808.

(收稿日期:2018-01-12)

(本文编辑:顾文景)

内镜黏膜下剥离术治疗静止期胃 Dieulafoy 病一例

兰洋 曹海龙 王斯南 张玉洁 姜葵 王邦茂

患者女,67岁,主因“反酸及上腹不适1年余加重20d”入院。患者于入院前1年余因反酸及上腹不适行胃镜检查,示胃体黏膜下隆起病变(1.0 cm×0.8 cm),未予特殊处理。2个月前行超声内镜示胃体隆起大小无显著变化,其隆起源于黏膜下层低回声区,内部回声不均匀,最大切面0.9 cm×0.5 cm;初步诊断:胃体隆起(间质瘤?图1A、1B)。20d前患者无明显诱因出现症状加重,无恶心呕吐,无呕血黑便,自行服用抗酸药物症状稍缓解,为进一步诊治入院。查体:体温36.5℃,脉搏74次/min,呼吸18次/min,血压120/86 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。营养中等,浅表淋巴结不大;心肺腹部查体未见异常。全腹部CT平扫示胃壁显厚,肝囊肿。完善相关检查排除手术禁忌并签署知情同意后,在气管插管麻醉下行内镜黏膜下剥离术(ESD):于隆起边缘标记后黏膜下注射甘油果糖+亚甲蓝+肾上腺素混合液,三角刀沿隆起边缘黏膜层,沿黏膜下层逐层分离,暴露瘤体,瘤体位于黏膜下层,完整切除,术中无明显出血。电止血钳处理创面,创面无出血、穿孔及残留,钛夹封闭创面(图1C~1E)。ESD术后给予禁食水,胃肠减压,同时予静脉营养、抑酸、保护胃黏膜等治疗,观察无出血腹痛表现后予以出院。

DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.08.018

作者单位:300052 天津,天津医科大学总医院消化内科[兰洋(现在中国医学科学院血液病医院)、曹海龙、王斯南、姜葵、王邦茂],病理科(张玉洁)

通信作者:曹海龙,Email: caohailong@tmu.edu.cn

ESD病理结果回报示(胃体)畸形的大管径动脉,符合胃 Dieulafoy 病(图1F)。随访3个月,患者一般情况良好,未诉呕血黑便,无明显反酸及上腹不适。

讨论 Dieulafoy 病又称黏膜下恒径动脉出血,可发生于消化道的任何部位,由血管畸形所致^[1]。Dieulafoy 病最常见于胃部,特别是胃小弯侧^[2]。胃 Dieulafoy 病的病变血管在黏膜下层发生扭曲,在经过黏膜层后保持管径不变并凸出于胃腔内,易在食物和胃液刺激下破裂出血,死亡率较高。对于正在出血的活动期 Dieulafoy 患者,多采用内镜下微创治疗(包括电凝、硬化剂注射以及止血夹等),止血效果佳^[3]。由于病变范围小、病灶孤立、部位隐匿,Dieulafoy 病实际工作中漏诊和误诊率很高,在出血静止期更易漏诊和误诊。本例患者仅有反酸和上腹不适,无呕血黑便等上消化道出血症状,属于静止期胃 Dieulafoy 病。其扭曲的动脉在穿透黏膜前,可埋藏于黏膜下层,形成隆起,超声内镜表现与胃间质瘤等胃黏膜下肿瘤不易区分。考虑到 Dieulafoy 病有造成致命性消化道出血的潜在危险,消化内镜医师应及时识别并提高警惕,以减少出血的可能。近年来,随着内镜技术的快速发展,ESD 已成为一种被广泛接受的治疗消化道早期肿瘤及黏膜下肿瘤的手段^[4-7]。从本病例可以看出,ESD 对于静止期胃 Dieulafoy 病可能是一种有效、安全的治疗方法,可避免手术治疗且保留胃功能,但其长期疗效还有待进一步大样本多中心试验验证。

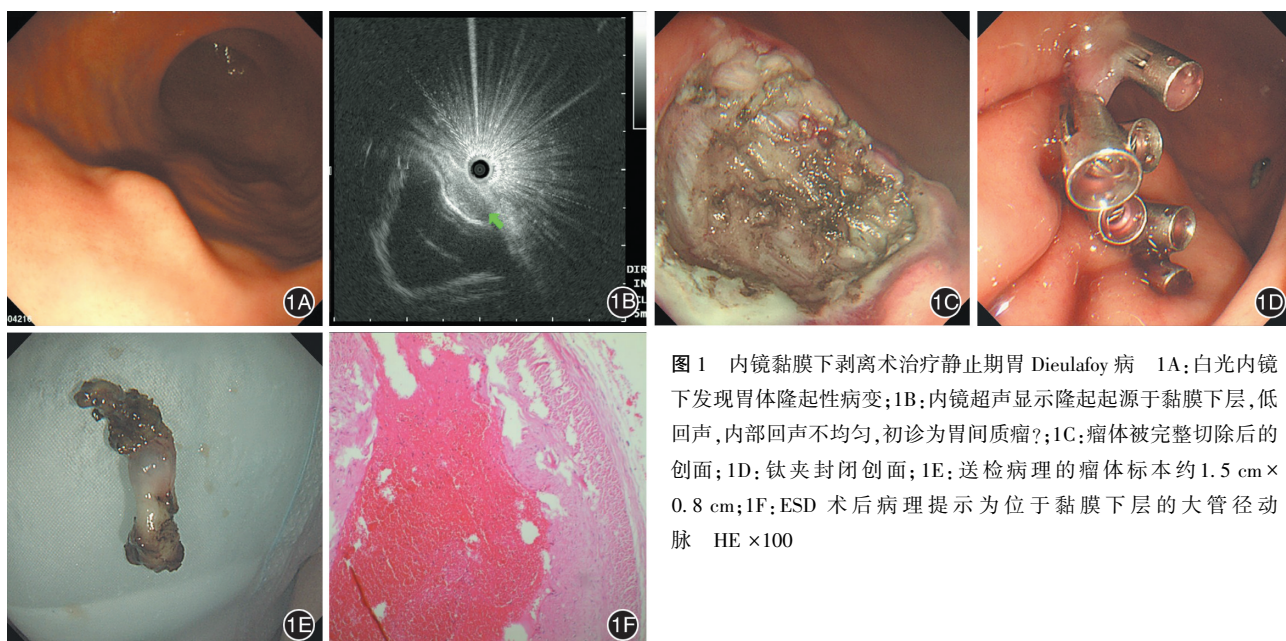


图 1 内镜黏膜下剥离术治疗静止期胃 Dieulafoy 病 1A:白光内镜下发现胃体隆起性病变;1B:内镜超声显示隆起起源于黏膜下层,低回声,内部回声不均匀,初诊为胃间质瘤?;1C:瘤体被完整切除后的创面;1D:钛夹封闭创面;1E:送检病理的瘤体标本约 1.5 cm × 0.8 cm;1F:ESD 术后病理提示为位于黏膜下层的大管径动脉 HE ×100

参考文献

- [1] Kanth R, Mali P, Roy PK. Outcomes in Dieulafoy's lesion: a 10-year clinical review[J]. Dig Dis Sci, 2015, 60(7):2097-2103. DOI: 10.1007/s10620-015-3568-1.
- [2] 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):3436-3441. DOI: 10.1007/s10620-010-1385-0.
- [3] Nguyen DC, Jackson CS. The Dieulafoy's lesion: an update on evaluation, diagnosis, and management[J]. J Clin Gastroenterol, 2015, 49(7):541-549. DOI: 10.1097/MCG.0000000000000321.
- [4] 周平红,蔡明琰,姚礼庆. 消化道黏膜病变内镜黏膜下剥离术的专家共识意见[J]. 诊断学理论与实践, 2012, 11(5):531-535. DOI: 10.3969/j.issn.1671-2870.2012.05.025.
- [5] He Z, Sun C, Zheng Z, et al. Endoscopic submucosal dissection of large gastrointestinal stromal tumors in the esophagus and stomach[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2013, 28(2):262-267. DOI: 10.1111/jgh.12056.
- [6] Chen X, Cao H, Wang S, et al. Endoscopic submucosal dissection for silent gastric Dieulafoy lesions mimicking gastrointestinal stromal tumors: Report of 7 cases—a case report series[J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(36):e4829. DOI: 10.1097/MD.00000000000004829.
- [7] Wang S, Cao H, Zhang Y, et al. Endoscopic submucosal dissection for gastric adenomyoma: A rare entity of 15 cases among 571 patients with gastric submucosal eminence lesions[J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(9):e6233. DOI: 10.1097/MD.00000000000006233.

(收稿日期:2018-01-02)

(本文编辑:周昊)

· 消 息 ·

2018 儿科消化内镜学论坛暨中国儿科整合消化营养肝病过敏性疾病论坛通知

为推动儿科消化内镜临床诊疗技术发展,展示儿科营养、肝病及过敏性疾病等亚学科最新研究成果,推动儿科消化及消化内镜学进步与创新,提高医师整体诊疗水平,为青年医师和内镜护理团队搭建学术交流平台。由中华医学会消化内镜学分会、中华医学会消化内镜学分会儿科协作组主办,西安市儿童医院承办的 2018 儿科消化内镜学论坛暨中国儿科整合消化营养肝病过敏性疾病论坛暨儿童腹泻病规范化诊治适宜技术学习班暨消化内镜护理论坛将于 2018 年 9 月 7 日-9 日,在西安皇城豪门酒店召开。本次大会将邀请国内著名消化及内镜专家对消化内镜、消化系统疾病、肝病、营养及过敏性疾病等领域的热点和最新进展进行解读和分享,内容精彩纷呈。会后,将举办为期 3 天的 2018 儿科消化内镜学规范化学习班,旨在提升儿科消化疾病诊疗技术及研究水平,规范儿童消化内镜诊疗、护理规范。

本次会议及学习班均为国家继续教育项目,注册参会者授予国家级 I 类继续教育学分,诚邀各位同仁莅临参会。秘书处:西安市儿童医院 郭艳妮,电话:029-87692078,邮箱:970910576@qq.com。