床误诊误治, 2009, 2(3): 43-44. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2009.03.026.

[3] 苏延华,李宁,周志韶. 手术治疗直肠子宫内膜异位症 11 例报告[J]. 中华妇产科杂志, 1991, 26(5):305.

[4] Medeiros LR, Rosa MI, Silva BR, et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(3): 611-621. DOI: 10.1007/s00404-014-3470-7.

[5] Dumontier I, Roseau G, Vincent B, et al. Comparison of endoscopic ultrasound and magnetic resonance imaging in severe pelvic endometriosis[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2000, 24(12): 1197-1204.

[6] Busard MP, van der Houwen LE, Bleeker MC, et al. Deep infiltrating endometriosis of the bowel: MR imaging as a method to predict muscular invasion[J]. Abdom Imaging, 2012, 37(4): 549-557. DOI: 10.1007/s00261-011-9790-1.

[7] Doniec JM, Kahlke V, Peetz F, et al. Rectal endometriosis: high sensitivity and specificity of endorectal ultrasound with an impact for the operative management[J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46(12):1667-1673. DOI: 10.1007/bf02660773.

[8] Delpy R, Barthet M, Gasmi M, et al. Value of endorectal ultrasonography for diagnosing rectovaginal septal endometriosis infiltrating the rectum[J]. Endoscopy, 2005, 37(4):357-361. DOI: 10.1055/s-2005-861115.

[9] Bahr A, de Parades V, Gadonneix P, et al. Endorectal ultrasonography in predicting rectal wall infiltration in patients with deep pelvic endometriosis: a modern tool for an ancient disease[J]. Dis Colon Rectum, 2006, 49(6):869-875. DOI: 10.1007/s10350-006-0501-x.

[10] Rossi L, Palazzo L, Yazbeck C, et al. Can rectal endoscopic sonography be used to predict infiltration depth in patients with deep infiltrating endometriosis of the rectum? [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014, 43(3):322-327. DOI: 10.1002/uog.12535.

（收稿日期:2019-11-03）

（本文编辑:钱程）

# 食管憩室出血致上消化道出血二例

帅张丽[1]　勾国友[2]　郭键漪[1]　谢宇欣[1]　石国庆[1]

[1]遵义医科大学附属医院消化内科 563000;[2]贵州省六盘水市水城县野钟乡卫生院 553600

通信作者:石国庆,Email: sgqing973@sina.com

**【摘要】** 分析、总结遵义医科大学附属医院消化内科收治的 2 名食管憩室出血漏诊病例,以期使更多临床消化内镜医生了解、熟知该类疾病,从而减少漏诊及误诊。

**【关键词】** 憩室,食管;　胃肠出血;　误诊

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200125-00284

**例 1**　患者女,69 岁,因“呕血、黑便 1 d”入院,呕吐物为暗红色含血凝块,总量 500~600 mL,伴头昏、乏力。体格检查:生命体征尚平稳,贫血貌,心肺腹查体未见异常体征。血常规:白细胞 $7.16\times10^9$/L,红细胞 $2.04\times10^{12}$/L,血红蛋白 58.0 g/L,血小板 $166\times10^9$/L。肝功能:白蛋白 28.3 g/L;电解质、肾功能、凝血功能等均未见明显异常。约 16 h 后行胃镜检查示:(1)十二指肠蛔虫,并取出蛔虫;(2)慢性非萎缩性胃炎。上消化道无血性液体,未发现出血原因。入院第 3 天、第 4 天各便血 1 次,暗红色,每次量约 200 mL。行肠镜检查未发现异常,再次行胃镜检查于食管距门齿 30 cm 处见一食管憩室(图 1A),直径约 0.6 cm,开口光滑,无出血。胃及十二指肠黏膜光滑,无血性液体,仍未发现出血原因。住院第 9 天,患者突发呕血 1 次,量约 500 mL,暗红色。血压下降至 60/30 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),血红蛋白减少至 46 g/L,血细胞比容为 0.16。因之前 2 次胃镜未发现出血原因,本次在快速输血、补液基础上,由笔者急诊行胃镜检查。进镜至食管距门齿 30 cm 食管憩室处,见憩室内血凝块附着,且有少量新鲜血液溢出(图 1B),进行内镜负压吸引后见出血量明显增多。因此,经 3 次胃镜检查,该患者诊断上消化道出血:食管憩室出血。术中给予去甲肾上腺素冰盐水反复冲洗,并在憩室边缘注射 1∶10 000 肾上腺素高渗盐水后出血停止。经内镜下及药物治疗后随访至今未再发出血。

**例 2**　患者男,47 岁,无明显诱因出现呕血 1 次,呈暗红色,量约 120 mL,含血凝块,同时伴头昏、大汗淋漓,遂就诊于当地医院,行急诊胃镜提示:(1)食管静脉瘤破裂出血可能性大;(2)糜烂性胃炎。予住院治疗,住院期间再发呕血 2 次,为鲜红色伴血凝块,总量约 250 mL,建议转上级医院治疗,遂就诊于我院急诊,急诊以“上消化道出血”收入我科。体格检查:生命体征尚平稳,眼睑无苍白,心肺腹查体未见异常体征。胃镜检查:(1)食管气管瘘?(2)慢性非萎缩性胃炎。上消化道造影检查:慢性胃炎,食管未报告异常。胸部 CT 检查:双肺继发型肺结核(纤维化、增殖灶、钙化灶为主)。血常规:白细胞 $12.14\times10^9$/L,红细胞 $3.55\times10^{12}$/L,血红蛋白 111 g/L,血小板 $228\times10^9$/L。电解质、肝功能、肾功

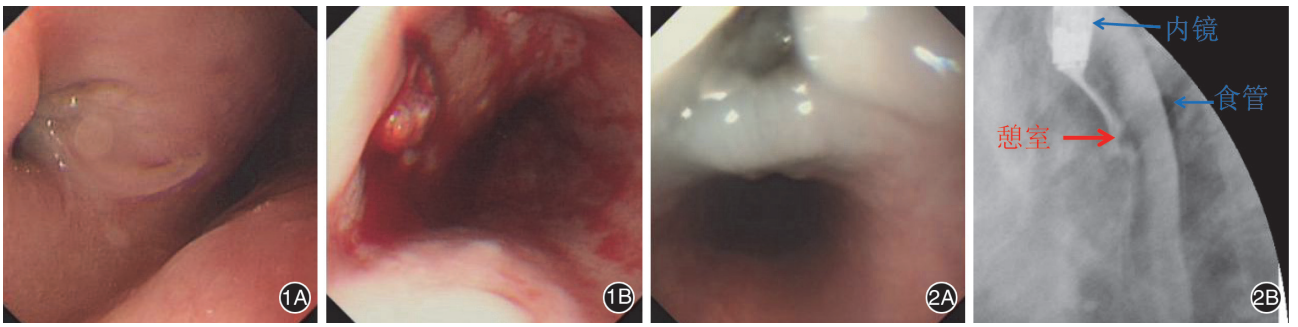



**图 1**　病例 1 行胃镜检查　1A：第 2 次检查于食管距门齿 30 cm 处见一食管憩室；1B：第 3 次检查见食管憩室内出血　**图 2**　病例 2 行胃镜联合 X 线碘油造影检查　2A：胃镜下见食管憩室表面黏膜发蓝、光滑，底部见食物残渣；2B：碘油造影示造影剂向食管腔外囊袋状凸出，黏膜完整且连续

能、凝血功能均未见明显异常。予禁食，氨钾环酸、蛇毒血凝酶止血，泮托拉唑抑酸，补液营养支持等治疗。住院后第 3 天，患者再次出现呕血，呈暗红色含血凝块，量约 100 mL，予加强抑酸、输血等治疗，经科内讨论后由笔者再次行急诊胃镜检查。进镜至食管距门齿 28 cm 处见一憩室样凹陷，直径约 0.6 cm，表面黏膜发蓝、光滑，底部见食物残渣（图 2A），胃镜负压吸引时见新鲜血液从憩室内溢出，但量不大，用去甲肾上腺素盐水反复冲洗后出血停止。在 X 线监视下反复在憩室上方注入碘海醇约 150 mL，食管局部可见向腔外囊袋状凸出，黏膜完整且连续，无造影剂溢入支气管及纵隔（图 2B），注射过程中患者无呛咳。再次观察胃及十二指肠未见异常。因此，该患诊断上消化道出血：食管憩室出血。经内镜下及药物治疗后，随访至今未再发出血。该患食管憩室表面黏膜发蓝，因患者既往有肺结核病史，我们认为其憩室为后天性，憩室形成过程中因局部碳粉沉积而导致黏膜发蓝。

**讨论**　上消化道出血是一种临床常见的医疗急症，严重者可危及患者生命[1]。上消化道出血常见原因包括消化性溃疡、食管胃静脉曲张破裂出血、急性糜烂性胃炎、胃癌、食管贲门黏膜撕裂综合征等[2-3]，而由食管憩室导致出血者罕有报道，极易漏诊。食管憩室是食管管壁全层或部分向腔外呈囊袋样的病理性膨出，可分为先天性和后天性[4]，属临床较少见的食管良性疾病，本中心近十年食管憩室检出率为 0.25%（687/275 641）。有文献报道，后天形成的牵引性憩室常继发于纵隔或肺部病变，如结核等，憩室形成过程中少部分患者会因局部碳粉沉积而导致黏膜发蓝[5-6]。我们报道的病例 2 即属此类情况。大多数食管憩室无临床症状，很少需要临床干预，对较大的咽食管憩室常发生吞咽梗阻。食管憩室并发上消化道出血者罕有报道，本中心检出的食管憩室并发出血的发生率为 0.29%（2/687）。

食管憩室出血多由于憩室内引流不畅而发生憩室炎，局部黏膜水肿、糜烂或溃疡而发生出血，甚至可能发生慢性穿孔，这严重影响患者的生活质量甚至危及患者生命。本文中所述 2 例患者均有呕血，且量较多，但都经历了 3 次胃镜检查才最终确诊为食管憩室出血，说明食管憩室导致的上消化道出血极易漏诊。我们认为导致漏诊的原因主要有以下几个方面：（1）食管憩室是上消化道出血的罕见原因，不易引起医师重视；（2）较小的食管憩室在检查过程中容易遗漏；（3）食管憩室出血有突发突止现象，在出血间隙期行胃镜检查，由于整个食管、胃及十二指肠腔内无血迹，即使检查医生发现食管憩室，也很难断定是憩室出血，给诊断带来一定困难。因此我们认为，对有明确呕血患者，若胃镜检查未发现上消化道出血的常见原因，应仔细观察有无食管憩室，若发现有食管憩室，可通过内镜负压吸引观察憩室内有无血液溢出。对反复呕血而未明确诊断者，宜在呕血时急诊行胃镜检查，从而提高诊断的阳性率。内镜下发现食管憩室活动出血者，对口径较小的憩室（<1.5 cm）可给予喷洒止血及憩室口周黏膜下注射止血；对口径较大的憩室（≥1.5 cm），可给予金属夹钳夹止血[5]。内镜下治疗失败者可考虑血管介入栓塞治疗或外科手术治疗。

**利益冲突**　所有作者声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

[1] Storace M, Martin JG, Shah J, et al. CTA As an Adjuvant Tool for Acute Intra-abdominal or Gastrointestinal Bleeding[J]. Tech Vasc Interv Radiol, 2017, 20(4): 248-257. DOI: 10.1053/j.tvir.2017.10.004.

[2] Laursen SB. Treatment and prognosis in peptic ulcer bleeding [J]. Dan Med J, 2014, 61(1): B4797.

[3] Tse CS, Parikh ND. An uncommon source of upper gastrointestinal bleeding: epiphrenic esophageal diverticulum[J]. Gastroenterol Rep (Oxf), 2017, 5(4): 313-315. DOI: 10.1093/gastro/gov043.

[4] Sonbare DJ. Pulsion Diverticulum of the Oesophagus: More than just an Out Pouch[J]. Indian J Surg, 2015, 77(1): 44-48. DOI: 10.1007/s12262-013-0955-8.

[5] Ballehaninna UK, Shaw JP, Brichkov I. Traction esophageal diverticulum: a rare cause of gastro-intestinal bleeding[J]. Springerplus, 2012, 1(1): 50. DOI: 10.1186/2193-1801-1-50.

[6] Murata T, Imai T, Hoshino K, et al. Esophageal anthracosis: lesion mimicking malignant melanoma[J]. Pathol Int, 2002, 52(7): 488-491. DOI: 10.1046/j.1440-1827.2002.01375.x.

（收稿日期：2020-01-25）
（本文编辑：周昊）