DOI:10.16016/j.1000-5404.201510022

内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病 16 例疗效分析

聂绪彪,樊超强,于 劲,杨 歆,彭 学,谢 霞,柏健鹰,杨仕明 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[摘要] **目的** 探讨内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病的临床疗效。**方法** 选取 2010-2014 年我院消化内镜中心经胃镜确诊的上消化道 Dieulafoy 病并出血的 16 例患者,均采用金属钛夹联合尼龙绳的方式进行治疗。**结果** 所有患者早期止血成功率为 100%,随访 6 个月,无 1 例患者发生再出血。**结论** 内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病手术时间短,疗效显著,无再出血的发生,是一种安全有效的治疗方法。

[关键词] Dieulafoy 病;上胃肠道;出血;金属钛夹;尼龙绳;胃肠内窥镜
[中图法分类号] R573.2; R574.1 [文献标志码] A

Efficacy of titanium clip forceps combined with nylon loop in 16 cases of Dieulafoy's lesion

Nie Xubiao, Fan Chaoqiang, Yu Jing, Yang Xin, Peng Xue, Xie Xia, Bai Jianying, Yang Shiming (Department of Gastroenterology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400037, China)

[**Abstract**] Objective To evaluate the treatment effect of titanium clip forceps combined with nylon loop for Dieulafoy's lesion hemorrhage. Methods Sixteen patients with Dieulafoy's lesion hemorrhage were selected in our endoscopy center from 2010 to 2014. All patients underwent endoscopic treatment of titanium clip forceps combined with nylon loop. Result The success rate of initial hemostasis was 100%. After follow-up for 6 months, no one bled again. Conclusion The endoscopic treatment of titanium clip forceps combined with nylon loop has short operation time, good treatment effect and no bleeding recurrence, and is an effective and safe method for Dieulafoy's lesion hemorrhage.

[**Key words**] Dieulafoy's lesion; upper gastrointestinal tract; hemorrhage; titanium clip forcep; nylon loop; gastrointestinal endoscope

Corresponding author: Bai Jianying, E-mail: baijianying@sohu.com

Dieulafoy 病是引起消化道尤其是上消化道大出血的原因之一,过去由于对它认识不足或出血量巨大常常采用外科手术治疗。近年来,由于内镜技术的不断进步,内镜下的治疗已成为一种主要的治疗方式[1]。目前主要包括:内镜下钛夹止血、内镜下黏膜内注射联合钛夹止血治疗、经内镜皮圈套扎治疗等[2-5]。我们主要采用内镜下钛夹联合尼龙绳止血这种治疗方式,并评估它的疗效。结果表明:内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病疗效显著,它是一种安全有效的治疗手段。

[通信作者] 柏健鹰,E-mail: baijianying@sohu.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20151207.1704.028.html(2015-12-07)

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2010-2014 年新桥医院消化内镜中心经胃镜确诊住院的上消化道 Dieulafoy 病并出血的患者,纳入标准:溃疡为直径小于 0.5 cm 浅表溃疡,溃疡底部有裸露的血管残端,伴或不伴活动性出血;正常或浅表损害的黏膜中央见裸露的血管残端,伴或不伴活动性出血;排除标准:溃疡直径大于 0.5 cm,深陷,有胃镜检查的绝对禁忌证以及合并严重心、肺疾病,无法耐受内镜下手术者。最终纳入研究病例 16 例,其中男性 15 例,女性 1 例,年龄(52.60±17.25)岁,均采用金属钛夹联合尼龙绳治疗(表 1)。病例术前均经过积极的

扩容、止血、抗休克等处理,在术前签署内镜下止血及相关知情同意书。

1.2 器械

Olympus GIF-Q260J 型电子胃镜,Olympus 金属止血夹、HX-5LR-1 持放器,尼龙绳。

1.3 方法

常规进境,反复冲洗后暴露病变部位,将推送器送至相应部位后伸出钛夹,调整钛夹方向尽量使其和病变裸露血管垂直,助手释放钛夹使钛夹夹闭血管残端及部分周围黏膜组织,然后根据病变大小、位置在该钛夹两侧再放置多枚钛夹,使其尽量多夹闭血管旁的黏膜组织,最后用尼龙绳在钛夹根部把所有钛夹收紧成团状(图 1)。术后予以禁食、补液、止血等治疗。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 统计软件。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用例(%)表示,并对资料进行描述性统计分析。

2 结果

12 例患者病变部位发生于胃小弯近贲门 6 cm 以内,2 例胃窦,1 例胃体下部,1 例十二指肠降段。手术时间为 8 ~ 21(11.50 ± 3.27)min,早期止血成功率为 100%。随访 6 个月,无 1 例患者发生再出血,无穿孔及其他相关并发症发生。

3 讨论

Dieulafoy 病由 Paul Georges Dieulafoy (1839 – 1911 年)命名,在 1898 年由 1 名法国医师第一次系统描述[5]。它好发于中老年男性,可以发生在消化道的任何部位,包括食道、胃、小肠以及结肠等,但其主要还是发生在胃体小弯近贲门 6 cm 以内的区域[3-9],与我们的结果相似[75%(12/16)]。

Dieulafoy 病的内镜下特征为:正常黏膜或局灶性浅表黏膜缺损中央可见突出的小动脉,伴或不伴有活动性出血,活动性出血时出血量常常较大,可见喷射性出血,近期有过出血的可见病灶基底血块附着或血痂形成或裸露的血管残端[10-13]。

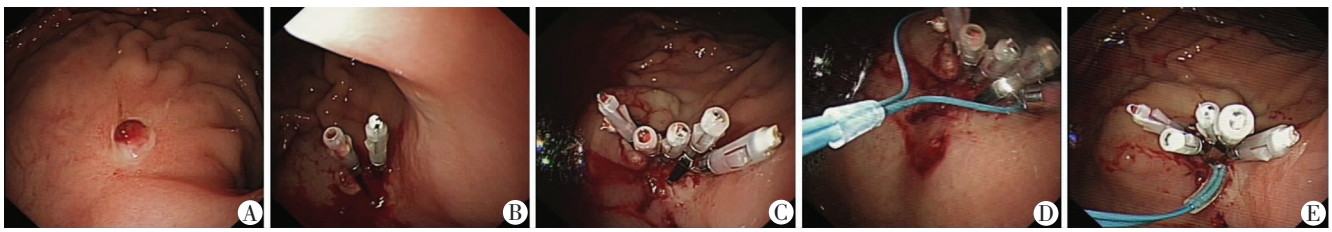
目前内镜检查是诊断 Dieulafoy 病的主要手段,内镜下治疗已成为 Dieulafoy 病的首选方法。内镜下钛夹止血、内镜下黏膜内注射治疗、经内镜皮圈套扎治疗、热凝固治疗等已广泛应用于 Dieulafoy 病的治疗,并取得了较好的疗效[2-5,14]。但内镜下机械止血仍被作为 Dieulafoy 病出血的首选治疗,包括内镜下钛夹止血、经内镜皮圈套扎治疗等[4,15]。据报道,内镜下钛夹止血的效果明显优于内镜下黏膜内注射治疗和热凝固止血治疗[4,16-17]。

内镜下钛夹止血的早期成功率为 75% ~ 100%[5,7,11],但是内镜下钛夹止血的再出血率为 4% ~ 14.7%[3-4,10,18-19]。本研究中,我们采取金属钛夹联合尼龙绳的方式进行治疗,联合治疗的早期止血成功率为 100%(16/16),再出血率为 0,无穿孔及其他相关并发症的发生,效果显著。病例的手术时间为 8 ~ 21(11.50 ± 3.27)min,表明该方法并不会因为手术时间太长而影响治疗效果。

表 1 16 例消化道 Dieulafoy 病并出血患者基线资料(n = 16)

项目	性别[例(%)]		年龄(岁)	症状[例(%)]			休克[例(%)]		HB(g/L)	PLT	手术时间
	男性	女性		呕血	黑便	呕血 + 黑便	有	无		(10^9/L)	(min)
数据	15(93.7)	1(6.25)	52.38 ± 16.69	2(12.50)	5(31.25)	9(56.25)	3 (23.08)	13(76.92)	75.13 ± 24.27	180.40 ± 90.04	11.5 ± 3.27

项目	出血征象[例(%)]		ROCKALL 评分	并存病[例(%)]		INR 部位[例(%)]			
	喷血/渗血	血管残端		有	无	胃小弯近贲门 6 cm 以内	胃体下部	胃窦	十二指肠降段
数据	7(43.75)	9(56.25)	4.50 ± 1.15	1 (6.25)	15(93.75)	12(75.00)	1(6.25)	2(12.50)	1(6.25)



A:胃体上部局灶浅表黏膜缺损中央可见突出的小动脉;B:用金属钛夹垂直夹闭血管及部分周围组织;C:放置多枚钛夹;D:释放尼龙绳;E:用尼龙皮圈在钛夹根部把所有钛夹收紧成团状

图 1 内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病操作过程

内镜下金属钛夹联合尼龙绳治疗 Dieulafoy 病成功的关键在于:①严格把握手术适应证,术前准备充分;②尽可能冲洗胃腔并暴露病变;③钛夹尽量垂直夹闭血管及部分周围组织;④用尼龙绳尽量在钛夹根部把所有钛夹收紧。一般情况下,钛夹及尼龙绳在术后 1~3 周会自行脱落,没有相关并发症发生。本研究为单中心研究,样本量较小,还需进一步进行多中心、大样本的研究以验证。

参考文献:

[1] Savides T J, Jensen D M. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2000, 29(2):465-487, vii.

[2] Ding Y J, Zhao L, Liu J, *et al*. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(5): 631-635.

[3] Jamanca-Poma Y, Velasco-Guardado A, Pinero-Perez C, *et al*. Prognostic factors for recurrence of gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion[J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(40): 5734-5738. DOI: 10.3748/wjg.v18.i40.5734

[4] Ahn D W, Lee S H, Park Y S, *et al*. Hemostatic efficacy and clinical outcome of endoscopic treatment of Dieulafoy's lesions: comparison of endoscopic hemoclip placement and endoscopic band ligation[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 75(1):32-38. DOI: 10.1016/j.gie.2011.08.038

[5] Cui J, Huang L Y, Liu Y X, *et al*. Efficacy of endoscopic therapy for gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(10): 1368-1372. DOI: 10.3748/wjg.v17.i10.1368

[6] Shin H J, Ju J S, Kim K D, *et al*. Risk Factors for Dieulafoy Lesions in the Upper Gastrointestinal Tract[J]. Clin Endosc, 2015, 48(3):228-233. DOI: 10.5946/ce.2015.48.3.228

[7] Jeon H K, Kim J H. Endoscopic Management of Dieulafoy's Lesion[J]. Clin Endosc, 2015, 48(2):112-120. DOI: 10.5946/ce.2015.48.2.112

[8] Baxter M, Aly E H. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2010, 92(7):548-554. DOI: 10.1308/003588410X12699663905311

[9] Lee Y K, Bair M J, Chen H L, *et al*. A case of massive lower gastrointestinal bleeding from a rectal Dieulafoy lesion[J]. Advances in Digestive Medicine, 2015, 2(3):108-110. DOI:10.1016/j.aidm.2014.06.004

[10] 张晓天, 郝玉川, 孙思予, 等. 内镜下止血夹治疗上消化道 Dieulafoy 病的近期和远期疗效观察[J]. 内蒙古医学杂志, 2005, 37(10):886-888. DOI: 10.16096/j.cnki.nmgyxzz.2005.10.004

[11] Park S H, Lee D H, Park C H, *et al*. Predictors of Rebleeding in Upper Gastrointestinal Dieulafoy Lesions[J]. Clin Endosc, 2015, 48(5):385-391. DOI: 10.5946/ce.2015.48.5.385

[12] Marangoni G, Cresswell A B, Faraj W, *et al*. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(2): 441-443. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2008.09.033

[13] Patel P, Tobi M, Dieulafoy-like lesion bleeding: in the loop[J]. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2011, 7(4):271-274.

[14] Sone Y, Kumada T, Toyoda H, *et al*. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract[J]. Endoscopy, 2005, 37(5):449-453.

[15] Valera J M, Pino R Q, Poniachik J, *et al*. Endoscopic band ligation of bleeding dieulafoy lesions: the best therapeutic strategy[J]. Endoscopy, 2006, 38(2):193-194.

[16] Katsinelos P, Paroutoglou G, Mimidis K, *et al*. Endoscopic treatment and follow-up of gastrointestinal Dieulafoy's lesions[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(38):6022-6026.

[17] Alis H, Oner O Z, Kalayci M U, *et al*. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion?[J]. Surg Endosc, 2009, 23(7): 1465-1469. DOI: 10.1007/s00464-008-0255-8

[18] 易静, 孙辉, 刘琴, 等. 内镜下金属钛夹治疗上消化道 Dieulafoy 病的临床分析[J]. 中外医疗, 2013, 32(2): 62-63. DOI:10.3969/j.issn.1674-0742.2013.02.039

[19] 吴寒, 吴毓麟, 邹晓平. 内镜下止血夹在消化道出血治疗中的应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(8):428-429. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2008.08.011

(**收稿**:2015-10-08;**修回**:2015-11-24)

(编辑 王 红)