维普资讯 http://www.cqvip.com

4. Yoshidome H, Kato A, Edwards MJ, et al. Interleukin-10 inhibits pulmonary NF-Kappa B activation and lung injury induced by hepatic ischemia-reperfusion. Am J Physiol, 1999, 277(5 pt 1): L919 - 923.
5. Lo CC, Chen JC, Chen HM, et al. Aminoguanidine attenuates hemodynamic and microcirculatory derangement in rat intestinal ischemia and reperfusion. J Trauma, 1999, 47(6): 1108 - 1113.
6. Seidel SA, Hegde SS, Bradshaw LA, et al. Intestinal tachyarrhythmias during small bowel ischemia. Am J Physiol, 1999, 277(5 pt 1): G993 - 999.
7. 朝启德, 文允镛. 血管生物学. 北京: 北京医科大学中国协合医科大学联合出版社, 1997. 45.
8. 熊长云, 张祖传. 细胞凋亡. 生命科学, 1991, 11(增刊): 37 - 41.

(收稿: 2001-05-28)

·个案与短篇·

消化道 Dieulafoy 病出血的治疗体会

原志平* 张平时**

一、临床资料

本文收集 1989 年 10 月 ~ 1999 年 10 月间治疗的消化道 Dieulafoy 病 15 例，其中男 11 例，女 4 例，年龄 17 ~ 75 岁，平均年龄 46 岁。病变部位于食管下段 1 例，胃体小弯近贲门处 2 例，胃小弯侧 3 例，胃底 7 例，回肠 1 例，降结肠 1 例。临床表现及内窥镜检查：均以不明原因间歇发作性大呕血、黑便、鲜红色血便，贫血、营养不良、休克为临床表现，出血量 600 ~ 3000ml 不等。有一例合并有急性下壁心肌梗死，二例合并有高血压、糖尿病。其中胃镜确诊 8 例，纤维结肠镜确诊 1 例，剖腹探查及术中胃镜定位 5 例。

二、结果

6 例经胃镜下止血，余 9 例手术治疗，包括胃壁楔形切除、空肠部分切除、降结肠部分切除。术后立即止血，有二例经胃镜下止血，分别于半年及二年后再次出血，经手术治愈。全部病例均随访 2 ~ 5 年，治疗效果满意。

三、讨论

Dieulafoy 病是消化道出血的少见病因，约占上消化道大出血病因的 2%，随着胃镜检查的普遍应用和对本病认识的提高，其发病率近年来有增高趋势。Dieulafoy 病又称消化道粘膜血管畸形，解剖学显示粘膜下小动脉管径增粗达 0.4 ~ 4 毫米（正常 0.12 ~ 0.2 毫米），由于小动脉异常扩张，压迫粘膜使之变薄，再加消化液的腐蚀作用，使小动脉裸露，受到食物等的磨擦导致破裂出血，血管收缩，继则出血停止或减少，血痂脱落，血压升高又可再出血，故临床表现为反复间歇性消化道大出血。

急诊胃镜检查是确诊本病的首选方法，镜下为圆形或椭圆形孤立的粘膜糜烂，直径约 10 毫米，中央有搏动性出血或血管残端被覆血痂。剖腹探查，术中胃镜及结肠镜辅助诊断定位可避免胃肠切开，减少术中污染和手术盲切。血管造影可作为一种确诊手段，但因经验所限以及患者出血时耐受性差，情况紧急，不宜常规使用。本组有 2 例诊为胃底溃疡出血，经抗酸治疗二周，期间又间断出血两次，再次胃镜检查确诊。因此，我们强调反复、仔细胃镜检查可提高确诊率，尤其要注意与胃溃疡的镜下鉴别诊断。

关于 Dieulafoy 病的治疗，目前首选内镜止血，其方法有高频电凝、激光、微波及局部注射无水乙醇，喷洒去甲肾上腺素等。内镜下止血设备简单、操作方便，可直视下确切止血，并可随访观察，暂时止血率高。但因内镜下止血不能解除病因，解剖畸形仍然存在，有复发出血的可能。观察中发现有两例胃镜止血后两年内复发，重新手术治愈，而第一次手术者无一例复发。内镜下止血虽不能 100% 彻底止血，但能创造条件，为进一步手术治疗赢得宝贵时间，且是在诊断同时进行治疗，应作为 Dieulafoy 病的常规治疗措施，不应简单放弃。

对于首次出血量大或镜下止血后复发者、内镜发现血管较粗大者，病变位于胃底内镜操作困难不能满意止血者，应及时手术治疗。我们强调尽早手术，甚至急诊手术，术中探查发现胃腔积血，配合胃镜定位，在内镜引导下作病灶局部楔形切除。也可保护术野切开胃前壁仔细探察胃底、贲门部及小弯侧等好发部位，后楔形切除。废弃盲目胃大部切除。本组 7 例胃壁楔形切除、一例空肠部分切除，一例降结肠部分切除均一次治愈，随访 2 ~ 5 年均未见复发出血。

对于老年病人，要注意合并症的处理包括糖尿病、冠心病、高血压、肺心病等，不能作为手术禁忌症而消极等待贻误抢救时机，应在严密监护下积极手术。本组有一例即存在有上述多种疾病，经充分准备，第一次呕血时急诊手术，挽救了生命。因为 Dieulafoy 病人出血较多，经常伴有贫血、营养不良、休克等，围手术期应注意补充血容量，加强营养支持，预防应激性溃疡出血发生。

(收稿: 2001-04-11)

* 作者单位: 043300 山西省河津市山西铝厂医院外科
** 山西省运城地区医院外一科