

食管贲门黏膜撕裂综合征 31 例分析

樊 玲, 兰春慧[△] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

【关键词】 食管贲门黏膜撕裂综合征; 胃镜检查; 钛夹

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)10-1452-02

食管贲门黏膜撕裂综合征是指食管下端和胃连接处的黏膜纵行裂伤, 可并发上消化道出血, 一般出血有自限性, 如累及小动脉则可引起严重出血甚至死亡。该病在 1929 年首先从尸体解剖中认识^[1], 1956 年 Hardy 首次应用内镜作出诊断。目前该疾病发生率及确诊率均较前有所增高, 现将本院 2011 年 1 月至 2015 年 8 月内镜检查明确诊断为食管贲门黏膜撕裂 31 例临床资料进行归纳总结, 报道如下。

1 临床资料

患者 31 例, 其中男 26 例, 女 5 例; 年龄 19~83 岁, 平均 (51.3±4.4) 岁。患者多以“反复腹部不适及疼痛”就诊, 其中伴恶心 6 例, 伴黑便 6 例, 呕血伴晕厥 2 例; 近 3 d 内有饮酒史的 6 例, 长期口服非甾体类药物的患者 2 例; 30 例行无痛胃镜检查, 1 例行普通胃镜检查。患者发病与内镜操作相关的有 8 例, 其中男 4 例, 女 4 例, 年龄 35~79 岁, 平均 (56.1±4.7) 岁; 包含无痛胃镜检查引起的食管贲门黏膜撕裂 4 例, 普通胃镜检查引起的食管贲门黏膜撕裂 1 例, 以及内镜下治疗引起的食管贲门黏膜撕裂 3 例。胃镜下表现: 1 条裂口 25 例, 2 条裂口 2 例, 3 条裂口及以上 4 例; 撕裂部位: 右侧靠后壁 4 例, 左侧靠后壁 7 例, 右侧壁 7 例, 左侧壁 8 例, 后壁 13 例, 前壁 2 例; 撕裂长度 1~3 cm; 撕裂黏膜表现: 活动性渗血 14 例 (其中包含与内镜操作相关的 8 例), 血栓头及血凝块覆盖 4 例, 血管影 3 例, 溃疡 10 例; 合并其他胃内疾病情况: 胃溃疡 5 例 (其中 1 例因溃疡合并出血行圈夹缝合止血), 十二指肠球部息肉行氩离子凝固术 1 例, 胃底间质瘤行内镜黏膜下切除术 (ESD) 1 例, 食管裂孔疝 1 例, 十二指肠球炎 4 例。除常规禁食禁水、质子泵抑酸、止血等药物治疗外, 13 例采取了保守治疗 (其中再次出血 1 例), 采取钛夹缝合治疗 18 例 (其中再出血 1 例); 2 例再出血患者均使用钛夹缝合治疗后止血。钛夹用量 2~11 枚, 多数裂口使用钛夹数量为 3~6 枚。出血量从镜下渗血低于 2 000 mL, 2 例患者输血, 手术 0 例, 死亡 0 例。平均住院日 7~15 d。

2 讨 论

食管贲门黏膜撕裂综合征是由腹内压力或胃腔内压力骤然升高, 贲门扩张后食管压力升高所造成。起病急, 无明显年龄差异, 以男性多见, 主要诱因与酗酒有关, 其次为妊娠反应等。也曾有因心肺复苏中过度通气及胸外按压引起胃腔压力过高而引起食管贲门黏膜撕裂综合征发生的案例。

正常情况下, 食管下段括约肌的静息压力为 1.3~3.5 kPa, 胃内压比其低 0.6~1.3 kPa, 当胃内压力达 13.3~20.0 kPa 时可造成食管远端黏膜和黏膜下层纵形撕裂, 其撕裂的血管多为黏膜下横行动脉, 容易造成大出血。国内资料中本病占胃肠道出血病因的 2%~15%, 国外报道中则约占 15%^[2]。确诊的主要方法是依靠胃镜检查, 且发病时间越短检出率越高, 超过 72 h 部分表浅病灶可自愈。本组 31 例患者中发生撕裂的部位以食管贲门后壁多见, 考虑为其黏膜在组织结构上薄

弱, 肌层伸展性差, 周围缺乏支持组织的原因。出血已自然停止的患者, 胃镜下表现为食管贲门的纵行裂痕, 底覆黄白色苔状物, 周围黏膜明显充血、水肿^[3]; 仍有出血表现的患者, 镜下大都可可见新鲜裂口、渗血, 部分有血凝块覆盖或血管裸露。但也需要警惕除食管贲门撕裂出血以外, 还合并其他原因所致的消化道出血, 因此检查中需要全面仔细地观察食管、胃及十二指肠情况。

胃镜检查也能导致食管贲门黏膜撕裂综合征, 并且随着胃镜的普及, 胃镜检查和治疗患者的增多, 医源性的原因逐渐增多。无痛胃镜下发生撕裂可能性小, 其原因是患者在全身麻醉状态下, 应激反应减弱, 进镜时咽喉反应轻, 且在胃腔内反转镜身时不会产生剧烈、持续的呕吐。但新手操作、麻醉期间的严重呃逆、胸外按压辅助呼吸、检查者操作过程粗暴、进退镜时旋钮角度未松开、镜下治疗时间长、充气较多、患者并发食管裂孔疝、反流性食管炎、老年、体型消瘦患者均为胃镜过程中发生食管贲门撕裂的危险因素。因此要加强操作前与被检查者的沟通, 减少焦虑恐惧, 降低应激反应; 操作者在检查过程中动作要轻柔, 送镜阻力较大时不要强行进镜; 对于老年、体瘦患者及合并食管裂孔疝等疾病的患者应高度重视。

目前, 内镜下止血在食管贲门黏膜撕裂综合征合并活动性出血患者中的应用日益广泛, 镜下止血的方式有喷洒含去甲肾上腺素的生理盐水、注射止血、氩离子凝固止血、钛夹夹闭止血等, 常用的方法是钛夹夹闭止血, 其止血效果快速有效, 有可重复性且无不良反应。本院 31 例患者中先后共 19 例患者采用该种止血方式并取得良好效果。在钛夹缝合过程中需注意以下几点: (1) 将钛夹臂部完全张开以便最大限度牵拉病变; (2) 根据病灶的位置、方向调整钛夹方向; (3) 充分暴露视野的同时将钛夹调整至垂直撕裂轴线并适当抵压、吸气使病变紧贴钛夹保证位置无滑动并夹闭; (4) 用钛夹自撕裂轴线远端至近段夹闭, 结束后冲洗并观察病灶是否仍旧有活动性出血^[4]。良好的缝合既起到止血或者预防出血的作用, 又能使撕裂伤较好的愈合, 特别对止血药物效果差、不能耐受外科手术的患者体现出重大的价值。

食管贲门黏膜撕裂综合征发病急, 出血量大, 短时间内即可出现循环衰竭并危及生命, 临床医生需高度重视并尽早行胃镜检查。胃镜操作医生在操作过程中少充气, 避免医源性贲门黏膜撕裂, 同时应提高对本疾病的胃镜下治疗水平, 从而降低手术率及病死率。

参考文献

- [1] Higuchi N, Akahoshi K, Sumida Y, et al. Endoscopic band ligation therapy for upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome [J]. Surg Endosc, 2006, 20 (9): 1431-1434.
- [2] 郑芝田. 胃肠病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 155-

156.

综合征的临床研究[J]. 微创医学, 2012, 7(6): 640-641.

[3] 许国铭, 李石. 现代消化病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 405.

(收稿日期: 2015-10-11 修回日期: 2015-12-29)

[4] 吴付力. 内镜下注射加金属钛夹治疗食管贲门黏膜撕裂

急性心肌梗死患者术后血液中分离出奥斯陆莫拉菌 1 株

刘美清¹, 王占伟², 梁小红¹, 李跃¹, 张艳艳¹, 赵松¹ (1. 首都医科大学附属北京安贞医院检验科, 北京 100029; 2. 北京大学人民医院检验科, 北京 100044)

【关键词】 奥斯陆莫拉菌; 生化反应; 培养特性; 抗菌药物敏感试验

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.066 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)10-1453-02

莫拉菌属主要包括腔隙莫拉菌、犬莫拉菌、亚特兰大莫拉菌、林肯莫拉菌、非液化莫拉菌、卡他莫拉菌和奥斯陆莫拉菌等, 可引起医院和社区感染。随着临床检出率的不断增加, 本实验室于 2015 年 5 月从急性前壁心肌梗死患者术后的血液中分离出奥斯陆莫拉菌 1 株, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 57 岁。3 月前开始出现胸闷症状, 多于活动后出现, 每次持续数分钟, 休息后可缓解。2 月前患者感觉胸闷加重, 冠脉造影检查发现冠脉多支病变, 无法行支架植入术, 门诊以冠心病收治心外科病房。患者自发病以来神志清楚, 饮食尚可, 睡眠正常, 大、小便正常, 体力及体质量略降低。既往史: 患者 3 年前因急性心肌梗死于当地医院进行溶栓治疗, 自觉症状控制尚可。发现高血压 6 年余, 2 型糖尿病伴周围血管严重病变, 无肝炎、结核及其他传染病史; 冠心病 20 年, 偶有心绞痛发作。入院时查体: 体温 36.6 °C, 脉搏 74 次/分, 呼吸 19 次/分, 血压 130/90 mm Hg; 白细胞计数(WBC) $5.14 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比(N) 64.2%, 血红蛋白浓度 140.0 g/L; 丙氨酸氨基转移酶 29 U/L, 乙型肝炎表面抗体、表面抗原、e 抗原、e 抗体均阴性, 核心抗体阳性, 心肌酶谱和超敏肌钙蛋白 I 正常; 血糖 7.58 mmol/L, 三酰甘油 1.75 mmol/L, 胆固醇 6.46 mmol/L; 肾功能、电解质正常。B 超诊断: 双侧桡动脉多发斑块、右侧椎动脉斑块。术前主要诊断为急性前壁心肌梗死。5 d 后在全身麻醉下行非体外循环冠状动脉搭桥术, 术中行桡动脉和颈内静脉穿刺并置管, 术后送入重症监护病房观察与治疗, 第 2 天转回心外科病房, 检查 WBC $10.58 \times 10^9/L$, N 90.3%, 降钙素原测定 0.63 ng/mL (正常参考值 0.00~0.05 ng/mL)。全血肌钙蛋白 I 0.035 $\mu\text{g/L}$ (正常参考值 0.010~0.023 $\mu\text{g/L}$), 全血肌红蛋白 228 $\mu\text{g/L}$ (正常参考值 23~112 $\mu\text{g/L}$), 高敏 C 反应蛋白 34.67 mg/L (正常参考值 0~5 mg/L), 体温 38.5 °C。同时抽取 1 套血培养(需氧和厌氧)送检, 需养瓶中检测出奥斯陆莫拉菌, 次日又抽取 1 套血培养检查, 培养 5 d 均无细菌生长。患者应用头孢孟多酯钠进行抗感染治疗, 手术 4 d 后体温血象逐渐恢复正常, 病情好转, 于术后 10 d 痊愈出院。血培养具体方法如下。

以无菌手抽取患者血液 20 mL 分别注入血液厌氧和需氧培养瓶中, 放入 BACTEC 9240 全自动血培养仪内, 连续监测 107.0 h 后阳性报警, 卸瓶后严格按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版), 将培养物涂片革兰氏染色, 可见革兰阴性短杆菌, 多数成对或短链排列。同时分别转种血琼脂平板、麦康凯琼脂平板, 经过 5%~10% CO₂ 35 °C 培养 18~24 h 后, 在血琼脂平板上可见直径约 1 mm 灰白色、圆形、凸起、无溶血、湿润、边缘整齐、光滑的小菌落, 麦康凯琼脂平板不生长。生化反应: 氧化酶+, 触酶+, 动力-, 脲酶-, 硝酸盐还原试验+, 不能分

解任何糖类, 不产生吲哚和硫化氢。使用 BD Phoenix100 全自动微生物分析仪进行菌种鉴定, 结果为奥斯陆莫拉菌, 鉴定可信度为 98%。再送外院利用质谱仪进一步加以确认, 最终鉴定结果为奥斯陆莫拉菌。采用 K-B 纸片法(天坛检定所提供纸片)进行药物敏感试验, 参照美国临床实验室标准化委员会标准: 抑菌圈直径 < 10 mm 表示耐药, 10~15 mm 的为中度敏感, > 15 mm 的为高度敏感^[1]。药敏试验结果抑菌圈直径从大到小依次为青霉素、复方磺胺甲噁唑、亚胺培南、阿奇霉素、庆大霉素、头孢呋辛、阿米卡星、头孢他啶、红霉素、头孢噻肟、左氧氟沙星、哌拉西林、氨苄西林/舒巴坦、四环素、头孢曲松、哌拉西林/他唑巴坦、头孢吡肟、环丙沙星、万古霉素, 均为高度敏感; 克林霉素中度敏感。

2 讨论

奥斯陆莫拉菌为非发酵菌, 是人和动物黏膜上的正常菌群。专性需氧, 对营养要求高, 属于条件致病菌, 可造成人畜共患病, 可引起临床上原发性和继发性感染。文献[2]报道, 53.8% 患者有基础疾病, 主要包括免疫缺损、褥疮溃疡、长期静脉置管等, 奥斯陆莫拉菌感染者预后良好。奥斯陆莫拉菌是呼吸道感染的主要致病菌, 但当人体抵抗力及免疫力下降时还可引起医院感染、外伤感染、肺部感染、菌血症、脑膜炎、心内膜炎和泌尿系感染等。而本实验为急性前壁心肌梗死患者术后血液中分离株, 需引起临床高度重视。微生物学实验室检测时需要注意与其他属内菌种的鉴别, 快速准确地进行菌种鉴定和药敏试验。莫拉菌属多数菌种对青霉素类敏感, 对头孢类、四环素类、喹诺酮类、氨基糖苷类药物均为敏感^[3]。但目前已出现产 β -内酰胺酶的菌株, 因此, 实验室应加强临床分离菌株的 β -内酰胺酶的检测, 为临床做出正确诊断与合理用药提供依据。医院应积极开展细菌耐药性监测工作, 规范合理使用抗菌药物, 有利于减少细菌耐药性的产生^[4]。临床还应严格按照无菌操作规程进行, 怀疑菌血症时应多次进行血培养, 延长培养时间, 可提高阳性检出率, 并需常规检测血清降钙素原, 可提供早期诊断的依据及观察治疗的效应^[5], 医生应根据患者自身临床症状, 并结合药敏试验结果制订有针对性的治疗方案, 使患者尽快得到有效的抗感染治疗。

参考文献

- [1] 张素辉, 黄勇富, 付利芝, 等. 山羊源奥斯陆莫拉菌的分子鉴定与分析[J]. 中国人兽共患病学报, 2014, 30(1): 12-16.
- [2] 杜庆伟, 孙庆丰, 吴金国, 等. 奥斯陆莫拉菌败血症 1 例分析[J]. 现代医药卫生, 2009, 25(2): 258-259.
- [3] 周庭银. 临床微生物学诊断与图解[M]. 3 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 245-246.