

·病例报道·

内镜超声辅助隧道法胃壁异物取出 1 例

李静慧¹ 王青¹ 刘泓¹ 雷宇峰²¹临汾市人民医院消化科, 临汾 041000; ²山西省煤炭中心医院消化科, 太原 030006

通信作者: 雷宇峰, Email: rainwind81@sina.com

【提要】 临床上胃壁脓肿较罕见, 临床表现不特异, 可导致早期诊断困难。本文介绍 1 例 CT 及内镜下发现的由甲鱼骨导致的胃壁脓肿, 采用内镜超声引导下建立隧道的方法将胃窦部包埋的甲鱼骨成功取出。

【关键词】 异物; 胃脓肿; 内镜超声检查; 隧道技术

A case of foreign body removal in gastric wall by endoscopic ultrasonography assisted-tunnelingLi Jinghui¹, Wang Qing¹, Liu Hong¹, Lei Yufeng²¹Department of Gastroenterology, Linfen People's Hospital, Linfen 041000, China; ²Department of Gastroenterology, Shanxi Coal Center Hospital, Taiyuan 030006, China

Corresponding author: Lei Yufeng, Email: rainwind81@sina.com

患者男, 36 岁, 因“上腹痛 5 d”就诊。患者 5 d 前无明显诱因出现腹痛, 以中上腹为主, 饭后加重, 持续数秒可自行缓解, 无恶心、呕吐、发热、心悸等不适, 就诊于外院行胃镜检查考虑胃窦病变。为进一步诊治就诊于临汾市人民医院。患者既往体健。体检: 体温 36.6 °C, 心肺正常, 中上腹压痛, 无反跳痛, 双下肢无浮肿。门诊查腹部增强 CT 提示胃窦部窦壁明显增厚, 内见针状高密度影, 长约 2 cm, 增强扫描轻度不均匀强化(图 1), 考虑胃窦异物。再次询问患者是否有误食史, 患者仔细回想后诉 1 个月前曾进食甲鱼。入院后完善血常规、血生化及凝血功能等检查, 均未见明显异常。完善胃镜检查, 提示胃窦部隆起性病变, 表面充血水肿, 顶端一凹陷糜烂灶, 用活检钳挤压脓包促进脓液排出, 可见大量白色脓性物(图 2)。内镜超声检查: 胃窦部壁内不规则强回声条状物, 位于黏膜下层(图 3)。在内镜超声引导下, 距肿物口侧 3 cm 使用 Dual 刀切开黏膜, 建立隧道开口, 镜身沿黏膜下潜行, 暴露异物, 周边可见脓性分泌物, 异物钳夹取出异物。异物为一白色弯条状甲鱼骨, 长约 2 cm(图 4)。用甲硝唑盐水对脓腔进行充分冲洗后, 用金属夹封闭隧道口。具体内镜下取骨异物的过程见图 5。术后予禁食、抗感染、补液治疗 4 d, 患者症状好转出院。

讨论 上消化道异物是临床常见急症之一, 占急诊内镜诊疗的 4%^[1], 若处理不及时, 可能造成严重并发症, 甚至死亡。异物最常滞留的部位为食管^[2-3], 其次为胃、十二指肠。

胃壁血供丰富、胃酸抗菌作用强, 极少发生化脓感染。尖锐异物是引起胃窦脓肿最常见的原因^[4], 尖锐异物损伤胃黏膜, 破坏黏膜屏障, 利于细菌、病毒侵入繁殖, 引起急性炎症, 导致局部脓肿形成^[5], 甚至发生出血、穿孔、感染乃至败血症^[6]。本例患者因甲鱼骨穿过胃窦致炎性包块及脓肿形成, 较罕见。本例考虑为甲鱼骨在胃的蠕动下缓慢穿透胃壁, 同时微生物入侵所致。与多数报道一致, 患者常忽略误食异物(甲鱼骨)史导致误诊^[7]。

此病例以腹痛入院, 经腹部 CT 及胃镜检查, 提示胃壁内异物合并胃壁化脓性感染, 超声胃镜可以明确异物累及层次^[8]。对于异物一端暴露于消化道管腔内的患者, 常采用异物钳、取石网篮、圈套器等取出^[9-10]。包埋入胃壁内的异物, 以往常采用外科方法处理。近年来, 消化内镜隧道技术日趋成熟, 具有精准、微创、住院时间短、住院费用少、并发症少等优势, 临床应用广泛, 常用于黏膜下层、固有肌层病变的切除^[11]。消化内镜隧道技术在黏膜下层建立隧道后, 通过隧道实现了黏膜层与固有肌层的彻底分离。对于此例包埋入胃壁黏膜下层的异物, 我们在内镜超声定位下, 采用建立隧道的方法将包埋于胃窦黏膜下层的甲鱼骨成功取出, 使患者免受外科手术。说明内镜超声辅助下内镜隧道法是处理上消化道管壁包埋异物安全、有效、可靠的方法。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20201221-00915

收稿日期 2020-12-21 本文编辑 朱悦

引用本文: 李静慧, 王青, 刘泓, 等. 内镜超声辅助隧道法胃壁异物取出 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2022, 39(2): 151-153. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20201221-00915.



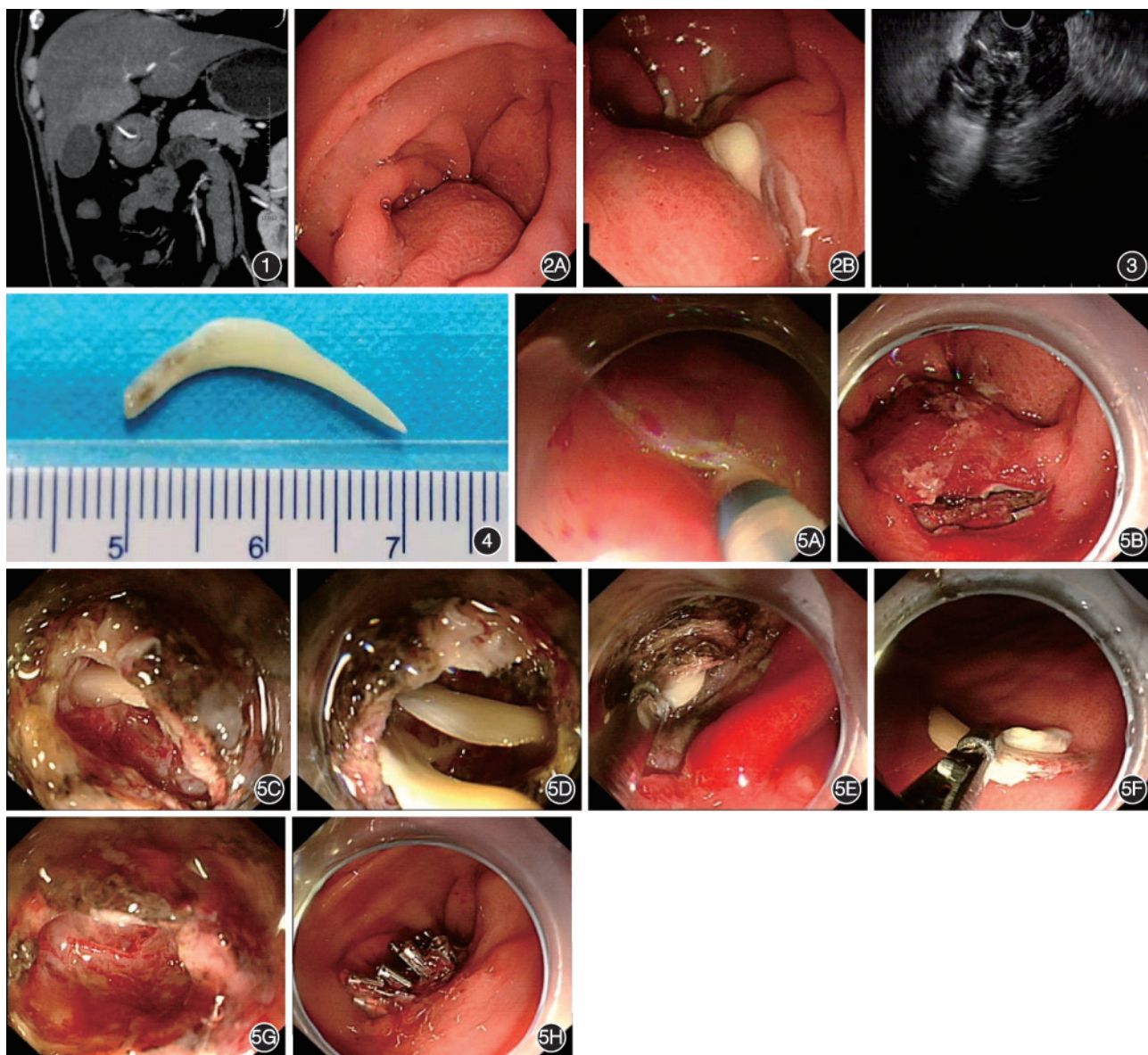


图1 腹部CT提示胃窦部明显增厚,可见针状高密度影,增强扫描轻度不均匀强化 图2 胃镜检查 2A:胃窦部隆起性病变,表面充血水肿,顶端一凹陷糜烂灶;2B:活检钳触压病变,可见大量白色脓性物 图3 内镜超声检查见胃窦部壁内不规则强回声条状物,位于黏膜下层 图4 取出的甲鱼骨 图5 内镜下隧道法取出甲鱼骨过程 5A:距肿物口侧3 cm切开黏膜;5B:建立隧道开口;5C~5E:镜身沿黏膜下潜行,暴露异物;5F:异物钳夹取出异物;5G:冲洗脓腔;5H:金属夹封闭创面

参 考 文 献

- [1] 林金欢, 徐晖, 李兆申. 上消化道异物内镜处理进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(12): 864-866. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.12.027.
- [2] Lee CY, Kao BZ, Wu CS, et al. Retrospective analysis of endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract of adults[J]. J Chin Med Assoc, 2019, 82(2): 105-109. DOI: 10.1097/JCMA.000000000000010.
- [3] Limpas Kamiya KJ, Hosoe N, Takabayashi K, et al. Endoscopic removal of foreign bodies: a retrospective study in Japan[J]. World J Gastrointest Endosc, 2020, 12(1): 33-41. DOI: 10.4253/wjge.v12.i1.33.
- [4] 陈有为, 黄伟, 郑卫华, 等. 胃壁脓肿一例[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(3): 198-199. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2014.03.018.
- [5] Oh WG, Kim MC, Yoon HJ, et al. Intramural gastric abscess caused by a toothpick presenting as a subepithelial tumor[J]. Clin Endosc, 2014, 47(3): 254-257. DOI: 10.5946/ce.2014.47.3.254.
- [6] Meltzer SJ, Goldberg MD, Meltzer RM, et al. Appendiceal obstruction by a toothpick removed at colonoscopy[J]. Am J Gastroenterol, 1986, 81(11): 1107-1108.
- [7] 阳利顺, 刘昌军, 梁刚, 等. 误食鱼刺致肝脓肿四例诊治分析[J]. 中华普通外科杂志, 2019, 34(11): 988-989. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2019.11.022.
- [8] Chen Y, Han Y, Du J. Diagnostic challenges in differentiating intramural gastric abscess from gastric cancer: two case reports[J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(43): e12756. DOI: 10.1097/MD.00000000000012756.
- [9] Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign

bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline[J]. Endoscopy, 2016,48(5):489-496. DOI: 10.1055/s-0042-100456.

[10] 王东旭, 朱宏斌, 李伟. 成人消化道异物内镜诊疗进展[J].

解放军医药杂志, 2017, 29(12):113-116.

[11] 中华医学会消化内镜学分会, 中国医师协会内镜医师分会, 北京医学会消化内镜学分会, 等. 消化内镜隧道技术专家共识(2017, 北京)[J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(1):1-14. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.01.001.

内镜超声诊断食管主动脉瘘 1 例

薛立峰 吕志武 付娅 梁嘉玲

深圳市宝安区人民医院消化内科, 深圳 518100

通信作者: 吕志武, Email: 944377508@qq.com

【摘要】 本文报道了 1 例食管主动脉瘘患者的诊治情况, 详细记录了患者的内镜及 CT 表现, 并对患者食管主动脉瘘病变的内镜超声特征做了详细的描述。

【关键词】 动脉瘤, 假性; 食管主动脉瘘; 内镜超声检查; 食管出血

Aortoesophageal fistula diagnosed by endoscopic ultrasonography: a case report

Xue Lifeng, Lyu Zhiwu, Fu Ya, Liang Jialing

Department of Gastroenterology, Shenzhen Baoan District People's Hospital, Shenzhen 518100, China

Corresponding author: Lyu Zhiwu, Email: 944377508@qq.com

患者男, 59 岁, 因“反复呕吐咖啡样胃内容物 6 d”入院。患者于 2018-11-22 无明显诱因出现恶心、头晕, 随即出现晕厥、意识丧失约 1~2 s, 呕吐咖啡样胃内容物约 500 mL, 胃内容物可见血凝块, 解黑色成形软便 1 次, 量约 200 g。至深圳某医院急诊科, 查血常规提示血红蛋白 105 g/L。6 h 后再次呕血约 400 mL, 行胃镜检查示食管下段裂伤并出血(图 1), 予内镜下钛夹止血术, 出血停止, 并予输血、禁食、抑酸、静脉营养等治疗。2 d 后患者再次出现呕血, 量约 1 000 mL, 再次行内镜下钛夹止血术后出血停止(图 2)。胸部 CT 检查: 左肺感染, 双侧少量胸腔积液并压缩性肺不张。2018-11-28 患者再次出现呕血, 量约 1 000 mL, 转至我院继续诊治。考虑患者存在活动性出血, 输血、补液治疗同时立即行急诊胃镜检查, 胃镜下距离门齿 35~37 cm 食管后壁可见一纵形损伤, 中央凹陷, 周围黏膜稍隆起, 其上可见钛夹滞留, 凹陷内可见少许鲜红色血液, 未见活动性出血。结合患者病史特征及内镜表现, 考虑异物损伤食管后壁并损伤动脉血管可能性大, 遂立即移除遗留钛夹, 行内镜超声检查(endoscopic ultrasonography, EUS)。EUS 下食管损伤部位管壁结构层次消失, 与周边边界不清, 同水平面同侧降主动脉局部管壁缺损, 并见一向外突出瘤体结构, 横断面大小约

1.07 cm×1.10 cm(图 3), 瘤体周边见低回声光团, 边界不清, 超声多普勒显示有血流(图 4)。内镜诊断: 食管主动脉瘘(aortoesophageal fistula, AEF), 主动脉假性动脉瘤。再次询问病史, 患者 10 d 前似曾误吞鸭骨。为进一步明确诊断、评估病情, 行主动脉 CT 血管造影检查: 降主动脉下段穿孔并假性动脉瘤形成, 主动脉周围炎症渗出, 临近主动脉局限性壁间水肿, 并壁间少许积气, 不排除部分食管坏死(图 5、6)。因我院无手术条件, 遂立即转诊上级医院。术前评估考虑患者存在食管穿孔导致纵隔感染, 单纯血管置管术后感染不易控制, 遂行降主动脉人工血管置管术及部分食管切除术, 手术顺利。术后经 4 个月抗感染及康复治疗出院。术后 1 年电话随访, 患者恢复良好, 可正常工作生活。

讨论 AEF 是一种罕见的疾病, 主要表现为消化道大出血, 死亡率很高, 尽快明确 AEF 诊断可以为患者争取手术时机、提高生存率。AEF 分为原发性和继发性。原发性 AEF 常见病因为食管异物损伤及原发性主动脉瘤、纵隔肿瘤; 继发性 AEF 见于主动脉血管修复手术后, 国内病例以异物损伤最多见^[1]。

前哨性出血, 即在致命性大出血之前的少量出血, 是 AEF 的典型表现之一, 约 80% 的 AEF 在致命性大出血前有

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210329-00954

收稿日期 2021-03-29 本文编辑 朱悦

引用本文: 薛立峰, 吕志武, 付娅, 等. 内镜超声诊断食管主动脉瘘 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2022, 39(2): 153-154. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210329-00954.



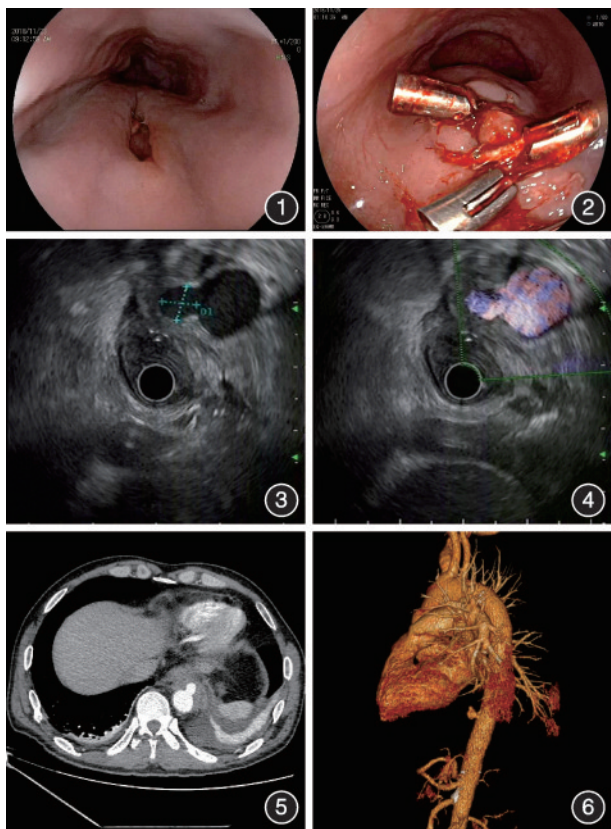


图1 第1次出血后胃镜检查,可见距离门齿35~37 cm食管后壁一纵行损伤 图2 第2次出血后胃镜检查,和谐夹封闭裂口后仍有出血 图3 内镜超声检查可见降主动脉局部管壁缺损,并见一向外突出瘤体结构,横断面约1.07 cm×1.10 cm 图4 多普勒超声扫描病变内可见血流 图5 CT增强横断面可见降主动脉下段穿孔并假性动脉瘤形成,主动脉周围炎症渗出,临近主动脉局限性壁间水肿,并壁间少许积气 图6 CT血管造影血管重建可见降主动脉假性动脉瘤

前哨性出血。血管损伤早期瘘口较小,血栓阻塞以及周围血肿、组织水肿压迫作用,瘘口可能有少量渗血,引起前哨性出血。随着时间推移,血栓溶解、长期动脉压力导致组织撕裂、组织炎性坏死、消化液破坏,瘘道动脉破裂导致致命性大出血^[2]。本病例病史特征并不典型,患者无胸痛、前哨性出血,在初诊时否认有误吞异物,给患者的早期诊断带来

一定困难。

AEF确诊有赖于增强CT和内镜检查。增强CT检查快速、安全、高效,可快速明确动脉瘤位置、形态,以及有无感染、胸腔积液、气胸、纵隔气肿、血肿等并发症,可作为AEF诊断首选;CTA血管重建可更直观地观察动脉瘤位置和形态。AEF多以消化道出血入院,大部分患者均首选胃镜检查。AEF内镜下常见表现为异物或移植物、活动性出血、附着血块、溃疡或搏动性肿块^[1]。本例患者第1次胃镜时即表现为食管后壁纵行裂隙样损伤,周围黏膜隆起呈黏膜下肿瘤样改变,损伤表面可见血块,应该考虑AEF。

EUS是检查胃肠道及其周围结构或者病变的有效手段,国外已有使用EUS诊断AEF的病例报道^[3-4],使用环形扫描或小探头扫描,快速做出诊断,国内尚无类似报道。本例患者内镜下疑诊AEF,我们立即行EUS,明确AEF诊断。

急诊胃镜检查在AEF的诊疗过程中是安全的,是很多AEF初诊病例的重要诊断依据^[4]。EUS相比胃镜在诊断AEF中更具有优势,可了解食管及其周围组织器官的结构及关系,进而明确诊断。本病例中可以看出EUS诊断AEF简单、快速、高效,可以作为胃镜检查后疑诊AEF患者的补充检查方法。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Malik MU, Ucbilek E, Sherwal AS. Critical gastrointestinal bleed due to secondary aortoenteric fistula[J]. J Community Hosp Intern Med Perspect, 2015, 5(6): 29677. DOI: 10.3402/jchimp.v5.29677.
- [2] 郎海波, 张诗琪, 朱俊明, 等. 主动脉食管瘘的临床特征及预后分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(5): 304-307. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.05.010.
- [3] Vivas S, Espinel J, Jorquera F, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of aortoenteric fistula[J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(5): 1374-1375. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2000.02050.x.
- [4] Miyatani H, Yoshida Y. Usefulness of endoscopic ultrasonography with a microprobe in the diagnosis of aortoenteric fistula[J]. J Med Ultrason (2001), 2007, 34(4): 205-207. DOI: 10.1007/s10396-007-0155-x.