

食管贲门黏膜撕裂综合征诊治64例临床体会

李征波, 黎培员, 何理, 朱海丹, 赵秋, 田德安, 廖家智

李征波, 黎培员, 何理, 朱海丹, 赵秋, 田德安, 廖家智, 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科 湖北省武汉市 430030

李征波, 主要从事消化系统疾病的临床研究。

作者贡献分布: 此课题由廖家智与李征波设计、指导; 胃镜检查由黎培员、廖家智、田德安及赵秋完成; 病例选择、临床资料整理及数据分析由李征波、何理及朱海丹共同完成; 论文写作由黎培员与李征波完成; 廖家智审核。

通讯作者: 廖家智, 副教授, 主任医师, 430030, 湖北省武汉市解放大道1095号, 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科。liaojiashi@tjh.tjmu.edu.cn

电话: 027-83663333

收稿日期: 2014-10-29 修回日期: 2014-12-02

接受日期: 2014-12-25 在线出版日期: 2015-02-18

Diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome: Our experience with 64 cases

Zheng-Bo Li, Pei-Yuan Li, Li He, Hai-Dan Zhu, Qiu Zhao, De-An Tian, Jia-Zhi Liao

Zheng-Bo Li, Pei-Yuan Li, Li He, Hai-Dan Zhu, Qiu Zhao, De-An Tian, Jia-Zhi Liao, Department of Gastroenterology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, Hubei Province, China

Correspondence to: Jia-Zhi Liao, Associate Professor, Chief Physician, Department of Gastroenterology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, 1095 Jiefang Avenue, Wuhan 430030, Hubei Province, China. liaojiashi@tjh.tjmu.edu.cn

Received: 2014-10-29 Revised: 2014-12-02

Accepted: 2014-12-25 Published online: 2015-02-18

Abstract

AIM: To explore the diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome (MWS).

METHODS: A retrospective analysis was performed of 64 MWS patients treated at our hospital from January 2010 to March 2014. The causes, endoscopic findings, treatment and

prognosis were evaluated according to a new type of clinical classification.

RESULTS: The male to female ratio was 3.3 : 1 and the average age was 50.2 years old. Approximately 53.1% of MWS cases were caused by over-drinking or inappropriate diet occasionally, 37.5% caused by underlying gastric diseases such as peptic ulcer (26.6%), gastric cancer (6.3%) or Dieulafoy's disease (4.7%), and 9.4% by endoscopic examination or treatment. 62.5% of MWS cases developed only one lesion of the cardia and/or lower esophagus and 29.7% developed two to three lesions. The lesions may occur in any location of the wall of the cardia and/or lower esophagus, with the right wall being a relatively common location (32.5%). According to a new type of clinical classification introduced here based on endoscopic examination, 17.2% of MWS cases were found to have active bleeding (type A) such as spouting, pulsating or oozing, 21.9% with a fresh blood clot (type B) and 32.8% with an old blood clot (type C). The rest (28.1%) was found to have linear ulcer or scar (type D). All type A patients were treated by endoscopic clipping, and some patients additionally underwent noradrenalin spraying. Some type B patients were treated by clipping or noradrenalin spraying. Only one type A patient died because of suspected underlying intestinal bleeding, and all other patients were cured.

CONCLUSION: Underlying gastric diseases are important causes of MWS and easy to be ignored, especially Dieulafoy's disease. Endoscopic clipping is the first choice of treatment for MWS, and the new type of

□背景资料

1929年Malloy和Weiss首次报告4例食管贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss syndrome, MWS), 均是酗酒 after 剧烈呕吐, 继以大量呕血致死, 尸检后发现胃食管连接处有非穿孔性线形黏膜撕裂。1955年Whiting与Barron报告了1例, 经临床诊断及手术证实, 并获得痊愈。近年来纤维内镜广泛用于临床, 使其发现率有所提高, 一般认为在上消化道出血患者中, MWS并非罕见, 目前日益受到重视。

□同行评议者

蓝宇, 教授, 北京积水潭医院消化科

clinical classification is useful for disease evaluation.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Mallory-Weiss syndrome; Upper gastrointestinal bleeding; Endoscopic therapy; Underlying gastric diseases; Clinical classification

Li ZB, Li PY, He L, Zhu HD, Zhao Q, Tian DA, Liao JZ. Diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome: Our experience with 64 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(5): 772-776 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/772.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i5.772>

摘要

目的: 探讨食管贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss syndrome, MWS)的临床和内镜特点; 对该综合征提出新型临床分类方法, 有助于对病情的了解。

方法: 回顾分析华中科技大学附属同济医院2010-01/2014-03经胃镜检查发现的64例MWS的临床及内镜特点。

结果: 64例MWS患者中, 男女比例约3.3:1, 平均年龄50.2岁。51.6%患者呕吐诱因为不当饮食, 其中绝大部分为饮酒, 39.1%患者是因上消化道基础疾病诱发呕吐, 比如消化性溃疡, 胃癌或胃恒径动脉出血, 少数患者是由内镜操作引起患者呕吐导致MWS。内镜发现食管和/或贲门交界处黏膜有纵行撕裂伤, 平均为1.7处撕裂伤。通过观察内镜下表现, 我们建议将MWS分为4级: A级为撕裂并活动性出血; B级为撕裂并血管裸露或新鲜血痂; C级为撕裂并陈旧性血痂; D级撕裂无出血表现。

结论: 对于上消化道出血患者, 在内镜检查发现MWS引起出血后, 还应特别注意寻找有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 很容易漏诊, 应特别予以重视; 新型的分类方法对MWS评估可能具有更好的临床使用价值。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 食管贲门黏膜撕裂综合征; 上消化道出血; 内镜治疗; 消化系基础疾病; 临床分级

核心提示: 对于上消化道出血患者, 在内镜检查发现食管贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss

syndrome, MWS)引起出血后, 注意寻找有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 很容易漏诊, 应特别予以重视; 新型的MWS分类方法: A级为撕裂并活动性出血; B级为撕裂并血管裸露或新鲜血痂; C级为撕裂并陈旧性血痂; D级撕裂无出血表现。这中新型分类方法能较Chung等的分级更有实际意义。

李征波, 黎培员, 何理, 朱海丹, 赵秋, 田德安, 廖家智. 食管贲门黏膜撕裂综合征诊治64例临床体会. *世界华人消化杂志* 2015; 23(5): 772-776 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/772.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i5.772>

0 引言

食管贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss syndrome, MWS)是非静脉曲张性上消化道出血的原因之一, 常由剧烈呕吐所致的腹腔或胃内压力急剧升高引起。患者表现为呕血、黑便, 大部分患者有饮酒等诱因, 部分患者由消化性溃疡、胃癌出血等基础疾病诱发, 内镜检查和治疗也可导致MWS。一般通过胃镜即可确诊, 大部分患者内科药物治疗即可, 部分患者需急诊内镜治疗, 预后良好。本文回顾性分析了近年来华中科技大学附属同济医院收治的64例MWS病例, 总结如下。

1 材料和方法

1.1 材料 回顾性统计分析华中科技大学附属同济医院2010-01-01/2014-03-31进行的175985例胃镜检查病例, 共检出MWS 64例, 检出率为0.03%。其中男性49例, 女性15例, 男女比例约3.3:1。患者发病年龄为8-81岁, 平均50.2岁, 38例(59.4%)为住院患者。大部分患者有呕血、黑便病史。

1.2 方法

1.2.1 临床资料分析: 分析64例患者相关临床信息, 包括性别、发病年龄、诱因、基础疾病以及内镜下表现等。

1.2.2 治疗: 本组病例中11例有活动性出血者和5例有新鲜血痂估计再出血风险较大者(5/14例)进行了内镜治疗, 13例采取钛夹封闭创面止血, 其中1例加用去甲肾上腺素生理盐水(8 mg:100 mL)喷洒止血, 另外3例仅喷洒去甲肾上腺素生理盐水, 生理盐水冲洗观察无明显活动性出血后退镜。48例患者(75.0%)未行内镜治疗。所有住院患者均予以抑酸、

□ 研发前沿

对于上消化道出血患者, 在内镜检查发现MWS引起出血后, 还应特别注意寻找有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 很容易漏诊, 应特别予以重视; 新型的分类方法对MWS评估可能具有更好的临床使用价值。

□ 相关报道

目前已有各类MWS相关文献报道, 尤其在诊治方面, 使其治愈率得到大大提高。但是本文在讲述治疗同时还重点强调了有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 并提出一种新型MWS分类方法, 可能较Chung等的分级更有实际意义。

创新盘点

本文通过比较提出MWS发生率男性可能高于女性, 同时对于上消化道出血患者, 在内镜检查发现MWS引起出血后, 注意寻找有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 很容易漏诊, 应特别予以重视; 新型的分类方法对MWS评估可能具有更好的临床使用价值。

止血和补液等药物治疗, 门诊患者予以口服抑酸治疗。

统计学处理 采用SPSS17.0统计软件处理数据; 两组差异的比较采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 年龄与性别 64例MWS中, 男性49例, 女性15例, 男女比例约3.3:1。患者发病年龄为8-81岁, 平均50.2岁。

2.2 诱因 33例患者(51.6%)呕吐诱因为不当饮食, 其中绝大部分为饮酒, 个别患者为不洁饮食诱发剧吐。值得重视的是, 本组病例中25例患者(39.1%)是因上消化道基础疾病诱发呕吐, 其中有17例(26.6%)是消化性溃疡, 4例(6.3%)有胃癌, 4例(6.3%)是胃恒径动脉出血。有基础疾病组内镜下出血表现明显高于无基础疾病组(P<0.05)(表1), 另外, 有6例患者(9.4%)是由内镜操作引起患者呕吐导致MWS。

2.3 内镜表现 本组病例均经胃镜检查确诊。内镜表现为食管和/或贲门交界处黏膜有纵行撕裂伤, 1-6处不等, 62.5%为单处撕裂伤(40/64例), 2-3处者占29.7%(19/64例), 4处及以上者占7.8%(5/64例), 平均为1.7处撕裂伤。黏膜撕裂长度多在0.5-2.0 cm左右, 仅1例患者食管中下段均有撕裂伤, 且合并有血肿。就撕裂伤部位而言, 累及右侧壁者占32.5%(27/64例), 累及后侧壁者占26.5%(22/64例), 累及左侧壁和前壁者分别占24.1%和16.9%(20/64例, 14/64例), 以前壁相对较少累及。本组病例行内镜检查时, 17.2%的患者(11/64例)撕裂灶有活动性出血, 表现为喷射、搏动性出血或持续活动性渗血; 21.9%的患者(14/64例)有新鲜血痂附着, 但无活动性出血表现; 32.8%的患者(21/64例)有陈旧性血痂附着; 28.1%的患者(18/64例)仅有撕裂处溃疡或线状瘢痕, 无出血表现。

2.4 预后 本组病例中, 1例有活动性出血老年患者进行1次内镜钛夹止血后, 仍有活动性出血, 再次钛夹止血和喷洒去甲肾上腺素生理盐水后出血停止(图1)。另1例患者进行了1次急诊内镜钛夹止血, 仍有呕血, 后再次急诊内镜检查, 原食管贲门黏膜撕裂处并未见出血表现, 胃腔内见大量积血, 考虑胃恒径动脉出

血。其余患者均无继续出血或再出血表现, 预后良好。

3 讨论

MWS是由剧烈干呕、呕吐、呃逆等原因引起腹内压力或胃内压力突然增大, 导致胃贲门、食管下端黏膜及黏膜下层纵行撕裂, 进而出现呕血、黑便等上消化系出血临床表现。MWS最早于1929年由Mallory和Weiss首次报告, 国内于1980年由胡晓峰、陈敏章首先报道。国内资料中本病占上消化道出血病因的2.2%-14.2%, 国外报道中占13.2%^[1], 是临床上一个重要的消化系出血原因, 应该引起重视。本综合征男性多发, 好发年龄为40-60岁, 本研究中男女比例为3.3:1, 平均年龄50.2岁, 好发人群与文献一致。患者多表现为呕血和黑便, 但呕吐物常先为胃内容物, 其后为鲜血。而其他原因所致呕血常第一口即有胃内容物和血性物。

饮酒和饮食原因所致呕吐是MWS的主要诱因, 在本研究中占到53.1%。少数情况下, 本综合征发生前并无前驱呕吐, 而是出现严重咳嗽、哮喘持续状态、癫痫发作、呃逆、胸外心脏按摩、大用力以及负重等情况^[2]。需要特别指出的是, 在本研究中, 39.1%的病例是上消化道基础疾病诱发呕吐, 如消化性溃疡、胃癌、胃恒径动脉出血。因此对于上消化道出血患者, 在内镜检查发现MWS引起出血后, 还应特别注意寻找有无其他基础疾病出血引起呕吐导致MWS, 如胃恒径动脉出血, 很容易漏诊, 应特别予以重视。

另外, 本组MWS病例中有9.4%的病例是内镜操作引起患者呕吐所致。文献报道, 虽然内镜检查常可刺激呕吐, 但由此继发MWS却并不常见, 发生率仅0.07%-0.49%^[3,4], 我们发生率似较此更低, 不到0.01%。而且, 内镜检查诱发MWS程度多较轻, 常不需要输血, 甚至不需要干预治疗^[5-7], 而其他原因引起MWS有25%需要输血。但当患者本身有食管裂孔疝或胃黏膜萎缩时, 胃镜检查继发MWS几率将升高^[5]。因此进行胃镜检查前, 应和患者充分沟通, 解除思想顾虑, 对患者咽部充分麻醉, 插镜时操作轻柔, 并取得患者的合作。严重精神紧张者, 可术前使用适量镇静剂。无痛胃镜几乎无MWS发生。

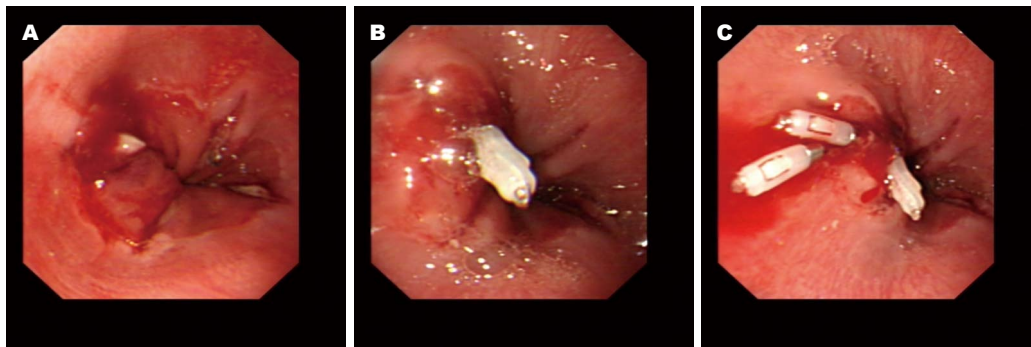


图 1 内镜下表现. A: 齿状线下方可见四条纵行糜烂灶, 表面覆白苔, 其中三条可见少量渗血, 前壁处糜烂灶见活动性出血; B: 进行1次内镜钛夹止血; C: 再次出血患者以钛夹两枚钳闭创面, 观察1 min, 未见活动性出血.

应用要点
本文提出通过观察内镜下表现, 建议将MWS分为4级: A级为撕裂并活动性出血; B级为撕裂并血管裸露或新鲜血痂; C级为撕裂并陈旧性血痂; D级撕裂无出血表现. 这中新型分类方法能较Chung等的分级更有实际意义.

表 1 有基础疾病组与无基础疾病组的MWS患者内镜下比较

分组	n	内镜下出现表现	内镜下陈旧性血痂或瘢痕
基础疾病组 ^a	25	13	12
无基础疾病组	39	14	25

^a $P < 0.05$ vs 无基础疾病组. MWS: 食管贲门黏膜撕裂综合征.

胃镜检查为确诊MWS的重要手段, 最好在发病后48 h内进行^[8]. 目前认为发病24 h内急诊内镜检查检出率高, 若超过72 h部分小撕裂口可基本愈合, 且裂口愈合时间长短与撕裂口范围、深浅、位置以及治疗有关^[9]. 本研究发现62.5%的病例为单处撕裂伤, 多可达6处, 平均1.7处. 食管贲门四壁均可累及, 以前壁相对较少. 黏膜撕裂可伴有量多少不等的上消化道出血, 轻度撕裂损伤可无出血或出血量较少, 一般可以自限止血, 胃镜检查时多表现为纵行的黏膜糜烂或者溃疡, 表面可附有黄白色苔或血痂. 撕裂较重时可累及小动脉而导致严重出血, 内镜下可见损伤处鲜血涌出甚至呈喷射状. 本组病例行内镜检查时, 17.2%的患者撕裂灶有活动性出血, 54.7%的患者见新鲜或陈旧性血痂附着, 28.1%的患者已无出血表现. Chung等^[2]按撕裂灶状态将MWS分为4级: I级有喷射性出血, II级有渗出性出血, III级可见突出血管, IV级为血凝块附着与瘢痕, 但并未得到广泛应用. 我们建议将MWS分为本文所描述的4级: A级为撕裂并活动性出血; B级为撕裂并血管裸露或新鲜血痂; C级为撕裂并陈旧性血痂; D级撕裂无出血表现. A级需要急诊内镜治疗, B级根据情况选用, C级和D级一般无需内镜治疗. 这种分类方法可能较Chung等^[2]的分级更有实际意义.

少数MWS还可引起食管水肿, 进而发展为Boerhaave综合征^[10-12], 表现为胸骨后疼痛、吞咽困难、呕血和低血压. 仅有胸痛的食管水肿可被误诊为冠心病, 需要警惕. 胃镜、食管X线造影和CT有助于诊断.

治疗方面, 患者应采取禁食、补液或输血、应用H₂受体阻滞剂或质子泵抑制剂等治疗, 大部分患者出血停止, 本研究中75%的患者未行内镜治疗而痊愈. 25%的患者有活动性出血或有新鲜血痂且再出血风险高, 采取了以钛夹夹闭为主的内镜治疗, 或辅以去甲肾上腺素生理盐水喷洒, 效果可靠. 还有报道采用局部注射硬化剂、电凝止血、套扎等内镜治疗, 相对应用较少. 急诊内镜治疗已取代了过去的剖腹探查及裂伤黏膜修补术, 成为一种安全、简单、经济的诊治方法. 对于内镜治疗后仍出血者, 应注意寻找有无其他基础疾病, 如其他部位出血、凝血功能障碍等, 建议外科手术, 或血管造影介入治疗^[13].

总之, MWS多有饮食诱因, 部分患者存在基础疾病, 应避免漏诊. 大部分患者内科药物治疗有效, 活动性出血患者应及时行急诊内镜治疗. 绝大部分预后良好, 再出血概率小于其他非静脉曲张性上消化道出血^[14]. 高龄、出血量大、PT延长、裸露血管、再出血是MWS患者死亡的高危因素^[15].

同行评价

本文总结64例诊治经验对临床治疗方法的选择有一定帮助。

4 参考文献

- 1 Yuan Y, Wang C, Hunt RH. Endoscopic clipping for acute nonvariceal upper-GI bleeding: a meta-analysis and critical appraisal of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2008; 68: 339-351 [PMID: 18656600 DOI: 10.1016/j.gie.2008.03.1122]
- 2 Chung IK, Kim EJ, Hwang KY, Kim IH, Kim HS, Park SH, Lee MH, Kim SJ. Evaluation of endoscopic hemostasis in upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome. *Endoscopy* 2002; 34: 474-479 [PMID: 12048631 DOI: 10.1055/s-2002-32000]
- 3 Younes Z, Johnson DA. The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury: perforations, Mallory-Weiss tears, and hematomas. *J Clin Gastroenterol* 1999; 29: 306-317 [PMID: 10599632]
- 4 Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, Mallory JS, Raddawi HM, Vargo JJ, Waring JP, Fanelli RD, Wheeler-Harborough J. Complications of upper GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 784-793 [PMID: 12024128]
- 5 Penston JG, Boyd EJ, Wormsley KG. Mallory-Weiss tears occurring during endoscopy: a report of seven cases. *Endoscopy* 1992; 24: 262-265 [PMID: 1366134 DOI: 10.1055/s-2007-1009122]
- 6 Baker RW, Spiro AH, Trnka YM. Mallory-Weiss tear complicating upper endoscopy: case reports and review of the literature. *Gastroenterology* 1982; 82: 140-142 [PMID: 7053325]
- 7 Montalvo RD, Lee M. Retrospective analysis of iatrogenic Mallory-Weiss tears occurring during upper gastrointestinal endoscopy. *Hepatogastroenterology* 1996; 43: 174-177 [PMID: 8682458]
- 8 李基诚, 和为美. Mallory-Weiss综合征20例临床分析. *中华消化内镜杂志* 2002; 19: 20
- 9 林尤冠, 莫青, 王铿. 食管贲门黏膜撕裂综合征的治疗体会. *现代中西医结合杂志* 2010; 19: 3067-3068
- 10 Hajsadeghi S, Agah S, Iranpour A, Chehrehgosha H, Ghanooni AH, Forghani F. Dissecting intramural hematoma of esophagus after thrombolytic therapy: A case report. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2014 Feb 10. [Epub ahead of print] [PMID: 24585301 DOI: 10.1177/0218492314522637]
- 11 Jeong ES, Kim MJ, Yoo SH, Kim DH, Jung JS, Koo NH, Chang SH. Intramural hematoma of the esophagus after endoscopic pinch biopsy. *Clin Endosc* 2012; 45: 417-420 [PMID: 23251891 DOI: 10.5946/ce.2012.45.4.417]
- 12 O'Kelly F, Lim KT, Cooke F, Ravi N, Reynolds JV. An unusual presentation of Boerhaave Syndrome: a case report. *Cases J* 2009; 2: 8000 [PMID: 19830042 DOI: 10.4076/1757-1626-2-8000]
- 13 胡凤丽, 姜爱民, 翟博, 薄挽澜. Mallory-Weiss综合征57例临床分析. *中国误诊学杂志* 2006; 6: 113-114
- 14 Church NI, Palmer KR. Ulcers and nonvariceal bleeding. *Endoscopy* 2003; 35: 22-26 [PMID: 12510222 DOI: 10.1055/s-2003-36411]
- 15 Fujisawa N, Inamori M, Sekino Y, Akimoto K, Iida H, Takahata A, Endo H, Hosono K, Sakamoto Y, Akiyama T, Koide T, Tokoro C, Takahashi H, Saito K, Abe Y, Nakamura A, Kubota K, Saito S, Koyama S, Nakajima A. Risk factors for mortality in patients with Mallory-Weiss syndrome. *Hepatogastroenterology* 2014; 58: 417-420 [PMID: 21661406]

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍

