

引用本文:穆文利.食物烫伤致食管全段巨大血肿1例[J].安徽医药,2021,25(4):748-750.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2021.04.028.



◇临床医学◇

食物烫伤致食管全段巨大血肿1例

穆文利

作者单位:中国人民解放军陆军第八十一集团军医院消化内科胃肠镜室,河北 张家口 075000

摘要: 目的 分析1例因食物烫伤致食管全段巨大血肿病例,为临床提供参考。方法 分析解放军陆军第八十一集团军医院消化内科2019年7月10日急诊收治的一位因食物烫伤导致食管全段巨大血肿病人病情演变、诊断治疗经过及相关文献复习。结果 经过电子胃镜及影像学检查综合分析诊断为食管血肿,经消化内科保守治疗病人痊愈出院。结论 食物烫伤导致食管全段巨大血肿临床罕见,胃镜下组织损害可达烫伤Ⅱ度,经过内科保守治疗预后良好。发病初期需结合多种检查手段确诊,病情允许应尽早胃镜检查以明确病因,但需谨慎操作。

关键词: 食管疾病; 血肿; 烫伤; 胃镜检查

A case of a large esophageal hematoma caused by food scald

MU Wenli

Author Affiliation: Department of Gastroenterology, 81st Group Military Hospital, People's Liberation Army, China, Zhangjiakou, Hebei 075000, China

Abstract: **Objective** To analyze a case of large esophageal hematoma caused by food scald to provide a reference for clinical. **Methods** Analysis of the evolution of the condition, diagnosis and treatment of a patient with a huge hematoma of the entire esophagus caused by food scald in the Department of Gastroenterology, the 81st Group Military Hospital of the Chinese People's Liberation Army on July 10, 2019, and review of related literature. **Results** After comprehensive analysis of the electronic gastroscope and imaging examination, the patient was diagnosed as esophageal hematoma, treated conservatively in the Department of Gastroenterology and cured. **Conclusion** Food scald causes a large hematoma of the esophagus. It is rare in clinical practice. The tissue damage can reach II degrees of scald. The prognosis of conservative medical treatment is good. In the early stage of the disease, multiple examinations should be used to confirm the diagnosis. Gastroscopy to clarify the cause as soon as possible if the condition allowed, but should be used with caution.

Key words: Esophageal diseases; Hematoma; scald; Gastroscopy

食管血肿(esophageal hematoma, HE)临床少见发生,属于消化内科急重症,多以上消化道出血就诊。该疾病的发生与凝血机制异常及高血压等有较多关联^[1],物理性机械损伤多为直接诱因。典型症状有突发胸骨后疼痛、吞咽困难、呕血等^[2],但并非均会出现。本例病人为进食热烫食物后烫伤所导致,未见有类似报道。现就该病例病人诊治经过报道如下,以期对我们临床工作有所参考。

1 病例资料

男性,65岁,因“间断呕血5h”于2019年7月10日0点30分急诊入住中国人民解放军陆军第八十一集团军医院消化内科。自诉于入院前日进食晚饭时,吞下一块热烫豆腐块,约半小时后出现恶心、呕吐,呕吐物为鲜红色血凝块,共4次,量约100 mL,伴胸骨后闷痛,不伴腹痛、腹胀,无心慌、胸闷等。就诊后急诊查心电图未见异常,以“上消化道出血”收住院。病人既往有:冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定心绞痛、高血压Ⅲ级、2型糖尿病、高脂血症、肾上腺瘤切除术后、脂

肪肝,曾多次住院治疗。长期口服“阿司匹林、倍他洛克、辛伐他汀、二甲双胍、诺和龙”等药物治疗。否认其它病史。入院时查体,体温36.2℃,脉搏70次/分,呼吸20次/分,血压140/80 mmHg,急性病容,心肺查体未见异常,腹部膨隆,腹壁静脉不明显,未见肠形及蠕动波,无疤痕,腹软,无压痛及反跳痛,肝脾未触及,墨菲氏征(-),未触及包块,无液波震颤,双肾未触及,肝上界位于右锁骨中线上平第5肋间,肝区叩击痛(+),双侧肾区叩击痛(-),肋脊角叩击痛(-),移动性浊音(-),肠鸣音正常,未闻及振水音及血管杂音。入院后按“急性上消化道出血”治疗方案,完善相关理化检查,给予禁食水、抑酸护胃、止血、抑酶、调整胃肠功能等综合治疗。因病人有明确的进食热烫食物后出现的以上消化道出血为主的症状,考虑食物刺激或损伤食管或胃黏膜导致出血,亦不能除外呕吐导致食管贲门撕裂等导致出血。住院后以保守对症处理为主。查胸部CT了解食道内或外情况,查腹部CT了解有无腹部脏器病变导致胃底食管静脉曲张等其它原因,

病情稳定行胃镜检查以明确病变性质及部位。2019年7月11日电子胃镜下所见(见图1A):食管入口可见黏膜充血糜烂,伴有新鲜血渗出,自距门齿20 cm开始可见一条纵行的紫蓝色隆起通向贲门口,由于静脉占据食管腔约3/4,为避免干呕加重出血,其余部分未观察,怀疑食管静脉曲张。2019年7月11日胸部CT提示(见图1B):食管中下段高密度影,不排除异物划伤导致出血。腹部CT显示:肝脏大小、形态正常,肝内血管走行正常,肝内外胆管无扩张,胆囊、脾、胰腺、双肾均无异常。因病人既往无肝炎病史,且肝功能正常,肝胆CT扫描正常,门静脉高压除外。进一步行胸部增强CT并血管成像(CTA)结果示(见图1C):自胸2椎体-贲门水平食道右侧壁弥漫增厚,增强扫描后未见明确强化;食道右侧壁病变,与前片2019年7月11日比较密度减低、形态见改变,结合病史,考虑食道壁血肿形成可能,建议治疗后复查。综合分析诊断为食管血肿。经如上方保守治疗,病人症状逐步改善,于2019年7月18日复查胃镜(见图1D)食管中上段仍可见纵行隆起,较前明显减小,黏膜有散在片状溃疡形成,大小约(0.5×0.6)~(0.6×0.8)cm,表面附黄白苔,周边黏膜充血水肿,下段可见大片的无苔溃疡,周边可见肉芽组织形成。

2 结果

治疗至2019年7月22日,由禁食逐步放开饮食,病人病情基本痊愈,安排出院;嘱1月后复查胃镜及胸部CT,不适随诊。

3 讨论

食管血肿是黏膜层与黏膜下层之间出血,形成血肿并产生分离,一般不累及肌层^[3],临床中少见发生,多以病例报道^[4-6];最早1968年由Marks等进行报道了食管血肿^[7]。好发生于有凝血功能异常或患高血压人群,中老年人好发,食管中下段好发^[1]。本例病人明确的直接诱因是进食热烫食物烫伤后出现呕血症状,故以“急性上消化道出血”收住院,入院后物理查体无显著阳性体征。以热损伤为直接诱因导致食道血肿,未见有文献报道。高金才等^[8]认为食管进食粗糙或过热食物导致食管不协调的收缩,导致食管腔内压力过高,致使食管黏膜下出血。剧烈呕吐等也可造成食管内压力瞬间增高,可加重食管壁损伤,造成食管黏膜下出血、血肿形成,甚至加重出血;并且该病人长期服用阿司匹林抗凝药物治疗,患有高血压等,这些因素均说明病人为易感人群。食管血肿病人一般病情较急,就诊消化内科多以上消化道出血为主要症状。该病人就诊后以“急性上消化道出血”为主要症状进行了鉴别诊断,病人病史及胸腹部CT排除了门脉高压至食管静脉曲张出血可能,最终通过胃镜及影像学检查确定为食管血肿。电子胃镜下在发病初期仅可见沿

食管纵向的高度隆起,堵塞管腔,表面呈蓝紫色,在经验不足的情况下初期考虑为静脉曲张,存在误诊,文献报道临床中多有误诊现象发生^[9-10]。胃镜下还可以看到正常食管黏膜呈斑点状,并伴有充血,有点状出血点等烫伤后表现,但没有腐蚀性灼伤表现严重^[11]。孙人杰等^[12]研究食道烫伤胃镜下表现,并参考烧伤深度分级,认为食管烫伤也可分为Ⅰ°~Ⅲ°,Ⅰ°损伤仅限于食管黏膜,胃镜下可见局部充血、红肿;可有胸骨后痛及吞咽疼痛;Ⅱ°损伤及黏膜下,局部有黏膜坏死,其上可覆盖黄白色坏死物及分泌物,脱落后可形成溃疡,有胸及肩背痛,吞咽时剧痛致不敢进食,严重时可有消化道出血,继发感染有发热,Ⅲ°损伤可深入至肌层。根据复查胃镜下表现,有较大溃疡形成及有黄白色坏死物等表现,认为该病人在部分区域达到Ⅱ°烫伤表现。

该病例诊治过程也给我们临床对此类疾病诊疗提供一些参考。笔者认为发病初期谨慎使用胃镜检查,只有在病人各方面条件稳定的状态下进行;下胃镜检查需要病人的良好配合,不然会导致病人干呕再次出现血肿加重或大出血可能。初次胃镜检查一般可以明确病变部位,大体状况,对临床诊疗提供方向,但切忌进行强行进入或有创操作。该例病人初诊时黏膜隆起占据食管管腔3/4以上空间,安全起见,未继续深入观察食管全貌。但胃镜对于恢复期的有无可比拟的作用,即当食管有足够的空间,可以看到全貌时才能做出比较准确的判断。影像学检查包括CT和CTA检查,无创,安全,对食管内外情况可以良好的评估;该病人胸部CT可见食管中下段管腔内密度增高影像,堵塞管腔明显,但质均,CT值同血液接近;经过CTA可见食管腔内密度增高影并未强化;以上影像学特点符合食管血肿的影响学表现。在以胸痛为主要症状的食管血肿病人,首选胸部CT检查^[1],并且国内研究发现我国HE主要表现为胸痛(占84.7%)^[13],国外Meininger等^[14]临床研究发现66%-87%的HE病人会出现不同程度的胸骨后疼痛;70%病人合并有上消化道出血症状。胸痛病人需与食管穿孔以及急性心肌梗死、心绞痛,主动脉夹层,主动脉瘤等心血管疾病鉴别^[1,15]。食管血肿发生不分年龄段,Hagel等^[16]曾报道了1例84岁高龄进食后出现巨大食管血肿病人。食管血肿一般认为1~2周保守治疗^[17-18],均能恢复良好,但像该病例烫伤后形成溃疡,是否会形成狭窄等其它继发病,需要继续随访复查。

(本文图1见插4-2)

参考文献

- [1] 冯倩,赵景润,曹玉宁,等.食管血肿14例临床特点分析[J].胃肠病学和肝病杂志,2017,26(7):778-781.
- [2] GELLER A, GOSTOUT CJ, et al. Esophagogastric hematoma

- mimicking a malignaneoplasm: clinical manifestations, diagnosis, and treatment [J]. Mayo Clin Proc, 1998, 73 (4): 342-345
- [3] 黎培员,王南下,田德安.食管黏膜表层剥脱症1例[J].世界华人消化杂志,2008,16(13):1476-1478.
- [4] 刘润,刘培茄,胡静,等.食管巨大血肿1例[J].临床合理用药,2013,6(35):163.
- [5] 丁雪丽,荆雪,于亚男,等.食管黏膜下巨大血肿2例并文献复习[J].胃肠病学,2017,22(2):126-128.
- [6] 王天锡,张俊,崔莉红.食管黏膜下巨大血肿伴破裂出血1例[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(3):351-353.
- [7] MARKS IJ, KEET AD. Intraluminal rupture of the esophagus [J]. Br Med J, 1968, 3:536-537.
- [8] 高金才,王鹏.进食致食管壁内巨大血肿1例[J].河北医科大学学报,2010,31(11):1395.
- [9] 王慧卿.食管黏膜下血肿误诊为急性心肌梗死1例[J].河北医药,2008,30(9):1417.
- [10] 谢昀强,罗继琼,尤俊刚.食管下段血肿一例误诊[J].临床误诊误治,2007,20(3):80.
- [11] 雍军,孙绪荣,陈晓飞,等.误服过氧乙酸致腐蚀性胃食管灼伤2例报告[J].新疆医科大学学报,2007,30(1):74-75.
- [12] 孙人杰,陈定陶,孙丽萍.食管烫伤(附7例报告)[J].镇江医学院学报,1995,4(5):310-311.
- [13] 朱国玲,王巍峰,范开春,等.胃镜联合超声胃镜诊断食管、胃底黏膜下血肿1例及文献复习[J].军医进修学院学报,2012,33(8):897-899.
- [14] MEININGER M, BAINS M, YUSUF S, et al. Esophageal intramural hematoma: a painful condition that may mimic an esophageal mass[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(5):767-770.
- [15] 朱华波.食管血肿的临床表现及胃镜特征分析[J].医学临床研究,2014,31(7):1393-1395.
- [16] HAGEL J, BICKNELLSG, HANIAK W. Imaging management of spontaneous gigantesophageal intramural hematoma [J]. Can Assoc Radiol J, 2007, 58(2):76-78.
- [17] LUKASHOK HP, ROBLES-MEDRANDA C, SANTANA MDE A, et al. Intramural esophageal hematoma after elective injection sclerotherapy [J]. Arq Gastroenterol, 2009, 46 (4): 279-283.
- [18] DAGLI SU, BEYAZIT Y, KURT M, et al. Esophageal hematoma mimicking downhill varices: resolution after esomeprazole therapy [J]. Gastroenterol Nurs, 2010,33(33):236-237.

(收稿日期:2019-09-09,修回日期:2019-09-29)

引用本文:范伟超,刘爱国.食管胃结合部腺癌122例Siewert分型及临床病理特征和预后分析[J].安徽医药,2021,25(4):750-754.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2021.04.029.

◇临床医学◇



食管胃结合部腺癌122例Siewert分型及临床病理特征和预后分析

范伟超,刘爱国

作者单位:安徽济民肿瘤医院肿瘤外科,安徽 合肥 230012

通信作者:刘爱国,男,主任医师,研究方向为肿瘤外科疾病,Email:13805512862@139.com

摘要: **目的** 分析食管胃结合部腺癌病人的Siewert分型及临床病理特征和预后,为食管胃结合部腺癌的临床干预提供参考依据。**方法** 回顾性研究安徽济民肿瘤医院自2014年9月至2016年4月收治的122例食管胃结合部腺癌病人,将符合标准的食管胃结合部腺癌病人按Siewert分型分组,其中Ⅰ型15例、Ⅱ型32例、Ⅲ型75例;比较三组临床病理特征、治疗情况,绘制Kaplan-Meier生存曲线分析三组生存率;并分别采用单因素、多因素Cox分析食管胃结合部腺癌病人预后的影响因素。**结果** SiewertⅡ型、SiewertⅢ型中体质量指数(BMI) $>22.7\text{ kg/m}^2$ 比例为56.25%(18/32)、58.67%(44/75),显著高于SiewertⅠ型的20.00%(3/15);软组织浸润比例分别为18.75%(6/32)、24.00%(18/75),显著高于SiewertⅠ型的6.67%(1/15);SiewertⅢ型病人累积生存率为24.1%,显著低于SiewertⅠ型(75.0%)、SiewertⅡ型(59.5%)($P<0.05$);单因素分析及多因素COX分析显示,肿瘤最大直径[HR(95%CI):0.551(0.307~0.990)]、肿瘤分化程度[HR(95%CI):2.152(1.057~5.841)]、肿瘤T分期[HR(95%CI):3.086(1.048~9.088)]、肿瘤TNM分期[HR(95%CI):1.069(0.577~1.983)]、淋巴结转移度[HR(95%CI):2.399(1.043~5.518)]、术后辅助化疗[HR(95%CI):4.354(1.294~14.647)]是食管胃结合部腺癌病人预后的独立影响因素($P<0.05$)。**结论** 不同Siewert分型的食管胃结合部腺癌病人临床病理也正存在一定差异,生存率可随分型的位置下移而下降,且预后与肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、肿瘤分期、淋巴结转移度、术后辅助化疗密切相关,值得临床重视。

关键词: 食管肿瘤; Siewert分型; 病理状态; 体征和症状; 肿瘤分期; 存活率; 危险因素; 预后

Siewert classification, clinicopathological features and prognosis of adenocarcinoma of esophagogastric junction: a report of 122 cases

FAN Weichao, LIU Aiguo

Author Affiliation: Department of Surgical Oncology, Anhui Jimin Cancer Hospital, Hefei, Anhui 230012, China