

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.04.24

以 Mallory-Weiss 综合征为首表现的脑出血 1 例

沈金根, 贾正我, 钱丽芬, 孙元龙

(桐乡市第一人民医院 消化内科, 浙江 桐乡 314500)

关键词: Mallory-Weiss 综合征; 脑出血; 诊断

中图分类号: R573.2

文献标志码: D

文章编号: 1671-038X(2017)04-0320-01

患者,女,75岁,因“呕血2d”于2016年11月27日入院。患者入院前晚9时许在家睡觉时出现呕血数次,呈暗红色,含有血凝块,量多,无黑蒙晕厥,无便血,无腹痛,无发热,无头痛头晕。当夜由家属带至我院急诊就诊,查血常规:WBC $11.2 \times 10^9/L$, HB 134 g/L, PLT $163 \times 10^9/L$, 血糖 7.4 mmol/L, 血凝分析:PT 11.6 s, Fbg 1.67 g/L, D-二聚体 $1\ 270\ \mu g/L$, 腹部CT平扫肝内数个囊肿,胆囊结石,右肾结石。考虑上消化道出血,予禁食、制酸、止血、补液等治疗,患者未再出现呕血。次日查急诊胃镜:贲门部条形糜烂(考虑撕裂伤),慢性浅表性胃炎。既往有高血压病、腔隙性脑梗死、冠心病病史,不规则服用阿司匹林,血压控制不详。入院查体:T $37.7^\circ C$, P 93次/min, R 19次/min, BP 160/92 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 神清,精神软,对答切题,鼻唇沟未见变浅,伸舌居中,双侧瞳孔等大等圆,对光反射可,皮肤巩膜不黄,未触及肿大淋巴结,未见肝掌、蜘蛛痣,心肺听诊无殊,腹平,未见胃肠型,未见腹壁静脉曲张,肠鸣音4次/min,腹软,上腹部轻压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及,四肢肌力5级,双侧巴氏征阴性。因患者呕血诱因不明,且合并有高血压病、腔梗、冠心病病史,查急诊头颅CT,提示左侧丘脑血肿破入脑室,两侧侧脑室、第三脑室、第四脑室积血。诊断明确后转上级医院进一步诊治。

讨论 Mallory-Weiss 综合征是指食管下端和胃连接处的黏膜纵行裂伤,并发上消化道出血,一般出血呈自限性,如果累及小动脉可引起大出血。1929年Mallory和Weiss从尸体解剖中认识该病,1956年Hardy首次应用内镜作出诊断。该病占上消化道出血病因的5%~15%^[1],由于人们生活方式的改变以及胃镜检查的普及,该病发病率有逐年增高趋势。本例患者以呕血入院,结合急诊胃镜检查结果,诊断Mallory-Weiss综合征明确。

Mallory-Weiss 综合征的发病主要是腹腔压力

或胃内压力骤然升高,促使黏膜撕裂引起,故凡能引起腹腔、胃内压力升高的任何情况均可发生该病,如剧烈恶心呕吐、剧烈咳嗽、酗酒、用力排便、举重、分娩、严重呃逆、喘息状态等。该病诊断首先依靠病史,有引起腹腔、胃内压力骤升的因素首先考虑。该患者在休息时突发呕血,多次询问病史未发现引起压力骤升的因素,结合患者为老年女性,合并多种血管硬化性疾病,需排除中枢病变,查急诊头颅CT证实脑出血破入脑室。

脑出血是一种极为严重的紧急状态,病情变化快,有很高的死亡率和病残率。根据有高血压病史,突然起病,有头痛、呕吐和肢体偏瘫或昏迷等体征者,诊断脑出血一般并不困难。该患者虽然有脑出血的高危因素,但此次仅以呕血为主诉,入院收缩压160 mmHg,查体未见肢体偏瘫或昏迷,如不查急诊头颅CT,可轻易漏诊脑出血并很可能造成患者在诊治过程中出现不明原因死亡。

脑出血并发应激性溃疡出血临床多见,并发Mallory-Weiss综合征则少见,其原因可能与诊断脑出血后未敢行胃镜检查有关。脑出血和Mallory-Weiss综合征虽为独立的疾病,但两者之间仍存在一定的联系。脑出血发生时存在颅内高压,表现为剧烈头痛和喷射性呕吐,剧烈呕吐可造成贲门黏膜撕裂,但当血肿破入脑室后,颅内压力骤减,神经系统症状、体征反而减轻或暂时消失,此阶段就诊,脑出血很容易漏诊。

综上,笔者认为在诊断Mallory-Weiss综合征前,需详细询问病史明确有无引起腹腔、胃内压力骤升的因素,如无,需进一步明确诱因,中枢病变首先要排除。

参考文献

- [1] Katz P O, Salas L. Less frequent causes of upper gastrointestinal bleeding [J]. Gastroenterol Clin North Am, 1993, 22(4):875-889.

收稿日期:2017-01-04

作者简介:沈金根,男,硕士,中西医结合消化病学

通讯作者:沈金根,E-mail:sjgtg@126.com