文章编号:1000-5404(2006)22-2295-02

经验交流

减容和扩容止血治疗肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血的临床对比分析

朱盈援　（重庆市第九人民医院内科,重庆 400700）

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬变最危险的合并症。补液是治疗本病,降低病死率的关键。传统的治疗方法是扩容、止血、抗休克[1]（简称“扩容止血”）,首次出血的病死率可高达50%[2]。我科经过20多年临床实践,探索出一种新的治疗方法:减容、降压、止血疗法（简称“减容止血”）。1990年10月用于临床以来,减容疗效明显优于扩容止血治疗,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料

扩容止血组:85例,男性58例,女性27例,年龄31～68岁,平均43.2岁。均为我院1975年1月至1990年10月收治的肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血的患者。肝功Child-pugh分级:A级41例,B级27例,C级17例。减容止血组:76例,男性54例,女性22例,年龄34～71岁,平均44.3岁。均为我院1990年10月至2005年8月收治的肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血的患者。肝功Child-pugh分级:A级40例,B级25例,C级11例。2组患者均以初次呕血或多次呕血为主诉入院。临床病史、症状、体征和相关检查完全符合肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血的诊断。2组患者基本情况无显著性差异（$P>0.05$）。

1.2　方法

扩容止血组:85例全部采用传统的扩容止血疗法。具体步骤是:①立即建立2个静脉通道。②1个持续静脉滴注5%葡萄糖溶液500 ml,内加垂体后叶素10 U,8～15滴/min。③另1个通道快速输入平衡液1 000 ml;10%葡萄糖溶液500 ml,内加甲氰咪呱0.6 g;10%葡萄糖溶液500 ml,内加止血芳酸0.4 g,维生素K_1 20 mg;再选择性地输注409代血浆500 ml;或支链氨基酸500 ml;或输血300～1 200 ml。本组每例患者每天输液2 500～4 000 ml,平均3 100 ml。每例输血300～1 200 ml,平均620 ml,全组共输血52 700 ml。

减容止血组:76例全部采用减容止血疗法。具体步骤是:①建立静脉通道。②静脉滴注0.5%甲硝唑200 ml,30滴/min,1次/d,用于对抗食管胃幽门螺旋杆菌感染[3]。③持续静脉滴注5%葡萄糖溶液500 ml,内加酚妥拉明10 mg,垂体后叶素10 U,8～10滴/min。本组每例患者每天输液800～1 200 ml,平均900 ml。每例输血0～600 ml,平均155 ml,全组总共输血11 800 ml,2组患者均可辅助使用其他止血药或上三腔二囊管。

1.3　统计学处理

计数资料进行χ^2检验。

2　结果

2.1　2组治疗方法的疗效比较

结果见表1。

2.2　临床表现

扩容止血组:采用扩容止血治疗后病情极不稳定。未再呕血的0例;呕血1～4次19例;呕血≥5次的66例(77.6%)。死亡28例。减容止血组:采用减容止血治疗后病情稳定。未再呕血的29例(38.2%);呕血1～4次的34例;呕血≥5次的13例(17.1%)。死亡9例。

表1　2组患者治疗方法的疗效比较

组别	平均每天输液量(ml)	总输血量(ml)	平均每例输血量(ml)	三腔二囊管使用率(%)	8 h以内止血率(%)	24 h以内止血率(%)	24 h以后止血率(%)	病死率(%)
减容止血组	900	11 800	155	14.5	44.7	27.6	15.8	11.8
扩容止血组	3 100	52 700	620	44.7	7.1	17.7	44.7	32.9
P值	<0.01	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01

3　讨论

肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血是由于脉压力增高,达到极限,超过了曲张静脉壁的承受能力从而引起呕血（暴破学说）[4]。这种呕血也是机体的一种“自身保护性反应”。有文献报道治疗上消化道出血要区别是静脉曲张性,还是非静脉曲张性。约2/3的静脉曲张性出血皆能自行停止,过度扩充血容量则不可取[5]。输液、输血每天1 000～1 500 ml为宜[6],切忌太多、太快,以免医源性因素引起复发出血[7]。过量扩容,可使门静脉压力反跳性增高,导致出血不止或再出血[3]。过度扩容后,有诱发再出血和腹水的危险[2]。要强调的是,血容量的恢复要适当保守地进行,只需少量输血则可。门脉高压大鼠实验证明,当缺失的血容量恢复后,门静脉压力升高,往往大于基础值。静脉曲张破裂出血在低血容量时,会自然趋于停止。在治疗过程中,由于病情不允许,我们无法监测患者门静脉的压力[2,3]。实验动物模型表明:用全血和聚明胶肽恢复丢失血容量的40%,其再出血率和死亡率比恢复全部丢失量要小[4]。

减容止血与扩容止血的根本区别是,一个主张“减容”,即

作者简介:朱盈援(1949－),男,重庆市人,副主任医师,主要从事肺源性心脏病和肝硬变方面的研究。电话:(023)68215821

收稿日期:2006-06-28;修回日期:2006-09-20

在治疗过程中，要严格控制输液、输血的数量和速度。一个主张“扩容”，即在治疗过程中，要快速地、大量地输液、输血。减容止血疗效的原理同机体的这种自身保护性反应是一致的。扩容止血的原理同机体的这种自身保护性反应则是相反的。呕血后，机体通过神经调节，体液调节出现的“低血压状态”，属于自身保护性反应。扩容止血把“低血压状态”，当做“失血性休克状态”加以纠正，就破坏了这种保护性反应，故疗效较差。

减容止血疗法的适应证：①仅限于肝硬变食管胃底静脉曲张破裂出血。②患者自述“呕血后反而舒服”、“并不感到心悸、气短”。③血压90～100 mmHg/50～60 mmHg，脉压不低于30～40 mmHg；心率60～80次/min。④尿量≥40 ml/h。⑤Hb≥80 g/L。这5项指征具备即可采用减容止血疗法。减容止血的近期疗效是肯定的，可以在短时间内让患者呕血停止，大便黄转，安全渡过病死率高达50%的呕血期，为下一步缓解期的治疗赢得时间。

关键词：减容止血；扩容止血；食管胃底静脉曲张破裂出血
中图法分类号：R573.205　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 尚　佳. 食管胃底静脉曲张出血的治疗[J]. 中华肝脏病杂志，2001，9(2)：121－122.
[2] 中华内科杂志编辑部，李兆申，湛先保. 食管胃静脉曲张出血的诊治建议(草案)[J]. 中华内科杂志，2006，45(6)：524－526.
[3] 杨　镇. 门静脉高压症的最新外科治疗[M]. 济南：山东科学技术出版社，2005：370－374.
[4] 希　夫 E R，索雷尔 M F，马德里 W C. 希夫肝脏病学[M]. 黄志强，译. 第9版(上册). 北京：化学工业出版社，2006：419－420.
[5] 戈德曼. 西氏内科学[M]. 王贤才，译. 第21版(第4分册). 西安：世界图书出版公司，2003：294－295.
[6] 巫协宁. 临床肝胆系病学[M]. 上海：科学文献出版社，2002：285－286.
[7] 杨冬华，陈旻湖. 消化系统疾病治疗学[M]. 北京：人民卫生出版社，2005：726.

（编辑　王小寒）

经验交流

文章编号：1000-5404(2006)22-2296-02

臀肌挛缩症与骶髂旁致密线的关系

刘　星[1]，张德文[1]，王衷众[2]，李　明[1]，刘传康[1]，章佳强[1]
（重庆医科大学儿童医院：[1]骨科，[2]放射科，重庆 400014）

儿童臀肌挛缩症的病因、临床表现、治疗和X线表现已有较多报道，但对病变较轻者和单侧病变者的诊断有时较困难。我们通过对150例臀肌挛缩症病例与同龄组150例非臀肌挛缩症骨盆X线片比较，发现病变侧多有1条特殊的致密门线，实践表明它有助于对本病的诊断，尤其是对单侧发病者。

1　临床资料

收集1999年1月至2005年1月我科收治的臀肌挛缩症150例。单侧病变者5例，双侧145例，年龄3～22岁，平均13.5岁。男：女＝1.2：1，病程3 d至15年，但欠准确。在双侧病变中临床表现及术中所见证实以右侧病重为主者15例，左侧病重者10例。有骨盆倾斜、肢体假性不等长13例，其中1例合并有右侧股骨头无菌坏死，1例合并左侧先天性肌性斜颈，3例合并有一角肌挛缩症。有明确青霉素＋苯甲醇注射史者为75例，其余病例周围多有类似发病病例，临床表现均有不同程度外八字步态，划圈征(＋)，搭腿试验(＋)，交腿试验(＋)。对所有患者术前均常规摄骨盆平片，观察骨盆骶髂旁有无致密线的出现。对照组为同期3～18岁(平均12.3岁)的非臀肌挛缩症儿童150例，包括体检、外伤、发育性髋关节脱位就诊者。

采用SAS 5.0统计软件，行χ^2检验。

作者简介：刘　星(1971－)，男，四川省渠县人，硕士，主治医师，讲师，主要从事小儿创伤与矫形方面的研究，发表论文5篇。电话：(023)63632756－3615，E-mail：liuxingda@21cn.com

收稿日期：2005-08-25；修回日期：2006-04-08

2　结果

分析发现除有以往文献报道的有颈干角、CE角增大、股骨头指数下降外，另在124例患儿(包括5例单侧病变者)正位和蛙式位片均显示病侧骶髂关节外侧可见一条致密门线(图1)，阳性率为82.67%。阳性者最小年龄为3岁，最短病程因欠清楚而不准确。而分析同期同龄非臀肌挛缩症150例儿童骨盆平片仅5例(3.33%)发现有此门线。同时将所有研究对象在X线监视下沿着身体纵轴线分别向左右各旋转30°～45°，观察骨盆骶髂旁致密线的变化情况，我们发现致密线出现的阳性率均有增高，但患病组更明显，高达82.67%(124/150)，而正常组为14.67%(22/150)，见表1。同时发现此致密线的长度会随身体旋转角度的增大而增长，在40°～45°时达到最大，以后在45°～50°时与骨盆耳状缘线重叠消失。



图1　双侧臀肌挛缩的X线表现