维普资讯 http://www.cqvip.com

上消化道出血的诊断与外科治疗

周洪伟* 晏才杰* 罗云生*

【摘 要】 目的 探讨上消化道出血的诊断和手术治疗。方法 分析107例外科收治的上消化道出血病人的病因、诊断和手术治疗方法。结果 本组病例出血原因依次为消化性溃疡、胃肿瘤、门静脉高压症合并食道下端、胃底曲张静脉破裂等,死亡率为6.54%,其中急诊手术治疗的死亡率为15.15%。51例病人获急诊胃镜检查。10例良性疾病患者施行了PAFPG,效果满意,术后并发症少。结论 急诊胃镜检查是明确诊断的有效方法,力争择期手术是降低死亡率和获得确定性治疗的关键。对良性出血的手术治疗,我们推荐PAFPG。

【关键词】 上消化道出血 胃切除术 胃镜检查

Diagnosis and surgical treatment of upper gastrointestinal hemorrhage *Zhou Hongwei, Yan Caijie, Luo Yunsheng, The Xinqiao Hospital, Chongqing 400037*

【Abstract】 **Objective** To demonstrate diagnosis and surgical treatment of upper gastrointestinal hemorrhage. **Methods** It was analyzed that the pathogeny, diagnosis and operative mothods of 107 cases with upper gastrointestinal hemorrhage, which were admitted to surgical department. **Results** The bleeding reasons were in turn as follow: peptic ulcers, gastric tumors, varicose and so on in this paper. The mortality was 6.54%, 15.15% of which was due to emergency operation. Fifty-one cases were examined gastroscopily during 24 hours after admission. Ten cases with benign causes were underwent PAFPG, which were recovered smoothly and had no complications postoperatively. **Conclusions** The results from above are suggestion that emergency gastroscopy is a effective method to diagnose the upper gastrointestinal hemorrhage; undergoing elective operation is necessary to decreased the mortality and to acquire assuredly treating results; PAFPG is effective to the patients with benign causes.

【Key words】 Upper gastrointestinal hemorrhage Gastrectomy Gastroscoopy

上消化道出血是外科常见急症之一,死亡率在8%~10%[1]。我科1980年1月~1998年10月间共收治上消化道出血病人107例,其中58例由内科转入,手术治疗89例。现将本组病例的出血原因、诊断和治疗体会报告如下。

资料和方法

107例病人中,男性93例、女性14例,男:女6.6:1;年龄17~71岁,平均47.91±13.51岁。本组死亡7例,死亡率为6.54%,其中5例为手术后死亡,占手术病例的5.62%和急诊手术病例的15.15%。出血原因及诊治情况见表1。

表1 107例上消化道出血的原因及诊治情况

出血原因	例数	构成比(%)	急诊胃镜	手术治疗*	死亡
溃疡病	53	49.53	23	45	0
肿瘤	27	25.23	15	26	3
静脉曲张	12	11.22	6	4	4
其他	15	14.42	5	14	0

* 急诊手术33例

* 作者单位:400037 第三军医大学新桥医院普通外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

结　果

一、53例消化性溃疡病人中，男性45例、女性8例，年龄17～63岁，平均年龄48.47±4.91岁，41例有呕血表现(表2)。

表2　53例出血性溃疡病人的诊治情况

病　种	例　数	急诊胃镜	手术方式			急诊手术
			BI-G	BII-G	PAFPG*	
胃溃疡	26	11	2	19	3	6
十二指肠溃疡	17	7	1	10	2	3
复合溃疡**	10	5		6	2	4

* PAFPG：保留幽门、胃窦浆肌瓣式胃大部切除术。　**6例为十二指肠溃疡出血，4例为胃溃疡出血。

二、27例肿瘤病人中，男性21例、女性6例，年龄39～71岁，平均53±9.07岁，其中胃癌19例、胃平滑肌(肉)瘤6例、十二指肠淋巴瘤和十二指肠乳头癌各1例。术前行胃镜或上消化道钡餐检查确诊24例，21例有呕血，8例病人以出血为首发症状。除一例病人自行放弃手术外，其余均行手术治疗，仅5例获根治性切除，占19.23%，死亡3例。

三、由肝硬化、门静脉高压症合并食道下端、胃底曲张静脉破裂出血者12例，均为男性，年龄36～61岁，平均年龄45.71岁。所有病人均有大量呕血，手术治疗4例(脾切除＋门奇静脉断流术3例、脾切除＋肠腔分流术1例)；死亡4例，其中2例为术后死亡。

四、其他原因见表3。

表3　其他原因所致上消化道出血病人情况

出血原因	例　数	呕血(>500ml)	手术方式
急性胃粘膜病变	4	4	BII-G、BII-G＋TV
出血性胃炎	5	5	BII-G、PAFPF
十二指肠憩室炎	2	0	BII-G
胃粘膜脱垂	1	0	—
胆道出血	2	0	胆道探查、右肝动脉结扎
不明原因	1	1	剖腹探查

讨　论

上消化道出血是临床常见的急症之一，其原因依次为消化性溃疡(50～60%)、门静脉高压症合并食道下端、胃底曲张静脉破裂(20%)、出血性胃炎(10%)、胆道出血和胃癌等[2]。但是，在外科收治的上消化道出血病人的病因却有所不同，我们的治疗资料表明上消化道出血原因以消化性溃疡为主，其次为胃肿瘤(见表1)。有关诊断手段国内外文献报道的方法很多，其中急诊胃镜检查简便易行、效果确实。本组有51例病人进行了急诊胃镜检查，并能明确诊断和出血部位，无并发症发生。既往文献报道上消化道出血病例中胃癌患者仅占1%～2%，近上来由于胃镜的广泛应用，发现胃癌出血者并非少见，国外有人报道胃癌出血鸡占上消化道出血的26.1%[3]，我们的资料为17.76%，且部分病人以出血为首发症状。胃癌在出血病人的临床表现多无特殊，但大多数病人

维普资讯 http://www.cqvip.com

有食量下降、进行性消瘦的病史，为此，对中年以上的上消化道出血患者有上述特点者应考虑到胃癌可能。

Ramirez等[4]报道上消化道出血病人急诊手术的死亡率达18.3%，本组中有33例患者行急诊手术治疗，其中年龄在55岁以上者18例，有10例术后出现并发症，5例死亡，死亡率为15.5%，相反择期手术无一例死亡。我们认为术前采取有效的止血措施，力争择期手术治疗是降低死亡率和提高一次性治疗效果的关键。传统的胃大部切除术虽然疗效肯定，但并发症很多。本组中有10例良性疾病患者施行了PAFPG，效果满意。PAFPG是在传统的胃大部切除术的基础上保留了幽门和带血管、神经的胃窦浆肌瓣，较好地保存了胃肠功能，具有术后并发症少、近期疗效满意等优点[5]。

参考文献

1. Kankaria AG, Fleischer DE. The critical care management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Crit-care-Clin. 1995,11(2):347-68.
2. 裘法祖.见黄家驷外科学.第5版.北京:人民卫生出版社,1992,1457-1462.
3. Villanueva-Palacios J, Lopez-de-Guimaraes D, Avila Polo F, et al. Upper digestive tract hemorrhage in the Peruvian Andes: report of 115 cases observed in Huaraz. Rev Gastroenterol Peru, 1996,16(2):99-104.
4. Ramirez F, Cifuentes C, Mavares J, et al. Upper gastrointestinal hemorrhage. Prospective analysis of 741 cases. G-E-N. 1993,47(3):139-144.
5. 晏才杰,麻小林,周洪伟.见手术创新与意外处理.第1版.长春:吉林科学技术出版社,1998,116.

(收稿:1998-12-20)

·个　案·

颌后—鼻咽部贯通伤一例报告

杨玉萍* 王玉琳*

患者，男，24岁，因左面部刀刺伤十六小时入院。被他人用匕首刺中左面部耳屏前方，伤后有大量鲜血自面部伤口喷出，急送至本地医院，予以简单处理，出血停止后转入我院。入院查：神志清、面色苍白、血压16/10 KPa，血红蛋白70 g/L，左侧面瘫，左耳屏前有一5cm长纵形伤口(已缝合)，口腔内左侧软腭明显肿胀，色暗紫，牵开软腭见软腭上方咽后壁至鼻咽部有一3cm伤口，少量渗血，考虑下颌骨升支后缘至鼻咽部的贯通伤，面神经受损。于全麻下行探查术，麻醉30分钟后，患者突然烦躁不安，口腔内喷出大量鲜血，约1500ml，血压降至8/6 KPa，呼吸暂停，立即头低位，纱球压迫内伤口处，气管插管后呼吸、血压恢复。终止探查，并结扎左侧颈外动脉。术毕神志不清，血压17/11 KPa，术后两小时患者突然烦躁不安，口鼻内涌出大量鲜血，血压下降，立即口腔内压迫、补液、输血、维持血压、镇静治疗，患者均因躁动后大出血两次，为减少刺激，拔出气管插管。于伤后40小时因再次内伤口出血、窒息，抢救无效死亡。

患者的贯通伤位于下颌骨升支后缘至鼻咽部，此处有颈内动脉与颌内动脉通过，病人最终死因为窒息。由此我们总结分析：1.该病人首先应在气管切开下行探查术，可防止术中术后窒息；2.结扎颈外动脉后仍出血不止，量大、迅猛，此时应考虑到颈内动脉出血的可能性，出血在伤口周围形成血肿压迫止血，当血压升至一定水平时，血流冲破血肿而致大出血，出血后血压下降，再次形成血肿压迫止血。结扎颈外动脉后相对增加了颈内动脉的血流量，加重了出血；3.如彻底止血，需行颈内动脉修补术或结扎术，因其解剖位置隐蔽，修补非常困难，不易成功，而结扎颈内动脉则会出现脑卒中或偏瘫；4.本病较为遗憾的是未做尸解，颈内动脉破裂仅为推测，如能进行尸解则更能说明问题。

(收稿:1998－10－19)

* 作者单位:833200 新疆奎屯兵团医院五官科