临床研究 文章编号:0253-3626(2011)03-0377-02

上消化道非静脉曲张性出血的急诊内镜治疗临床应用(附61例临床分析)

艾合买提·热甫海提[1],玛依拉·阿不都克力木[2]

(1.新疆医科大学第六附属医院消化内科,乌鲁木齐 830002;2.新疆医科大学第六附属医院急诊科,乌鲁木齐 830002)

【摘 要】目的:探讨急诊胃镜在上消化道非静脉曲张性出血诊断治疗中的应用价值。方法:回顾性分析61例上消化道非静脉曲张性出血患者胃镜下治疗效果。结果:61例患者中一次性止血成功55例(90.16%),5例经2次胃镜下止血成功(8.19%)。1例死亡(1.6%)。出血主要原因依次为消化性溃疡,急性糜烂出血性胃炎,贲门及胃恶性肿瘤,Dieulafoy病。结论:胃镜是诊断治疗上消化道出血的首选方法。

【关键词】上消化道出血;胃镜;诊断;治疗

【中国图书分类法分类号】R573.2 【文献标志码】A 【收稿日期】2010-09-27

Analysis of 61 cases clinical value of emergency endoscopic treatment to the non-variceal bleeding of upper digestive tract

Ahemaiti REPUHAITI, et al

(*Department of Gastroenterology, the Sixth Affiliated Hospital, Xinjiang Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the clinical value of the emergency endoscopic treatment to the non-variceal bleeding of upper digestive tract. *Methods*: A retrospective analysis of the effect of endoscopic treatment on 61 patients of non-variceal bleeding of upper digestive tract was conducted. *Results*: There were 55 cases of initial successful hemostasis in the 61 patients (90.16%) and 5 cases of successful hemostasis after two endoscopic treatments (8.19%). 1 patient died (1.6%). The main reasons for bleeding were peptic ulcer, acute erosive gastritis, cardia and gastric cancer, and Dieulafoy disease. *Conclusion*: Endoscopy is the preferred method for the diagnosis and treatment of the upper gastrointestinal bleeding.

【Key words】upper gastrointestinal bleeding; endoscopic; diagnosis; treatmen

上消化道出血的病因中非静脉曲张性出血最为多见(占74.6%),其中溃疡病48.7%,急性出血性胃炎和胃肿瘤分别占4.5%和3.1%,Dieulafoy病占0.3%~6.7%;门脉高压引起食管胃底静脉曲张破裂出血占25.4%[1-2]。既往内科治疗无效或治疗效果差反复出血的患者唯一措施是外科手术,随着内镜技术的发展上消化道出血的治疗发生了很大变化。我院2005年6月至2009年8月间共收治了上消化道非静脉曲张性出血病人61例,现分析如下。

作者介绍:艾合买提·热甫海提(1968-),男,主治医师,研究方向:消化内科疾病诊断与治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

①纳入标准:全部患者均为呕血、便血入院,既往未进行胃镜检查,内镜检查时有活动性出血。②本组61例上消化道

参 考 文 献

[1] 王宝玺,王松岩,王俊志.皮质类固醇激素依赖性皮炎[J].中国皮肤性病学杂志,2004,18(9):570-572.

[2] 李廷慧,刘 杰,何 云,等.蓝科肤宁与他克莫司治疗面部激素依赖性皮炎的疗效观察及经济评价[J].中国药物应用与监测,2009,6(4):195-197.

[3] 杜晓航,宋为民.糖皮质激素皮炎的研究进展[J].国外医学皮肤性病学分册,2005,31(5):268-270.

[4] 杨怀珠,王英俊,陈 宏.吡美莫司联合中药当归饮加减治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志,2009,23(5):317-318.

[5] 曹 莉.面部激素依赖性皮炎的综合治疗[J].江苏医药,2009,35(8):914-915.

(责任编辑:关蕴良)

非静脉曲张性出血患者中男 38 例，女 23 例，男女比例 1.65:1；年龄为 22~80 岁，平均年龄 51 岁；以黑便为主要表现者 39 例，呕血为主要表现者 22 例，出血期间患者血红蛋白 40~80 g 之间。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 患者入院后均需禁食，同时给予补液、制酸、止血或输血治疗，维持生命体征平稳。生命体征稳定者立即在监护下进行急诊胃镜检查；有休克者，纠正休克并监护，维持血压；急性大出血严重失血性贫血者，尽量纠正至血红蛋白不低于 60 g/L 后再行镜检；年龄 60 岁以上患者常规行心电图检查，若心电图有较严重异常或原有心血管系统疾病者检查中行心电监护并备好抢救药品，术前根据病人情况可予安定 5 mg 肌肉注射，654-2 针 10 mg 静脉内推注，以镇静、解痉。

1.2.2 操作方法 采用 Olympus GIF-230/240 型电子胃镜，局部治疗注射针采用 Olympus NM-3K 内镜注射针，蛇毒血凝酶。所有病例均现予 1:10 000 肾上腺素冰生理盐水局部喷洒，减少出血，并吸净积血，尽可能使视野清晰。发现出血部位后：糜烂出血性胃炎给予氩等离子凝固止血。消化性溃疡、恶性肿瘤、ieulafoy 病等，如能看到出血的血管残段，先用止血夹夹住血管残段，后在出血点周围黏膜下分点注射蛇毒血凝酶 0.2 ~ 0.5 ml，总量 1.0 ~ 2.0 ml(0.5 ~ 1.0 kU)；若看不到出血的血管残段，在渗血病灶面用氩等离子凝固止血联合黏膜下分点注射蛇毒血凝酶，或单用蛇毒血凝酶黏膜下注射止血，蛇毒血凝酶剂量同上。这些方法可重复使用。

1.2.3 术后处理 经内镜下止血成功的患者，术后均需禁食补液、胃肠减压、继续给予制酸、止血及胃黏膜保护剂治疗，同时观察患者的生命体征以及胃肠减压引流情况，以防再次出血。

2 结 果

2.1 急诊内镜检查

出血病变检出率 100%。出血病因：十二指肠球部溃疡20 例(32.78%)；胃溃疡 12 例(19.67%)；急性糜烂出血性胃炎 15 例(24.59%)；贲门癌 3 例(4.91%)；胃癌 10 例(16.39%)；Dieulafoy 病 1 例(1.63%)。

2.2 内镜治疗

61 例患者中 55 例经内镜下 1 次性止血成功。其中 15 例急性糜烂出血性胃炎用氩等离子凝固止血成功，5 例胃溃疡和 3 例十二指肠球部溃疡出血用止血夹联合蛇毒血凝酶注射止血成功，其余消化性溃疡用氩等离子凝固止血联合蛇毒血凝酶注射止血或单用蛇毒血凝酶注射止血成功，3 例贲门癌和 7 例胃癌用氩等离子凝固止血联合蛇毒血凝酶注射止血成功，1 例 Dieulafoy 病用止血夹联合蛇毒血凝酶止血成功。1 例胃溃疡 1 例贲门癌和 3 例胃癌经氩等离子凝固止血后第 3 天再次出血，第 2 次在内镜下用氩等离子凝固止血联合蛇毒血凝酶注射止血成功。经内科治疗出血停止后的恶性肿瘤病人无手术禁忌症者全部进行手术治疗。1 例 79 岁胃癌患者因肿瘤转移无法手术，经 3 次内镜下用氩等离子联合蛇毒血凝酶止血治疗未成功而死亡。

3 讨 论

上消化道出血的病因中非静脉曲张性上消化道出血最为常见，占上消化道出血的 74.6%，内镜检查已被列为上消化道出血检查治疗的首选方法，可以在出血或出血暂时停止时做此项检查。急诊内镜可在第 2 天早晨进行，早期内镜检查可以明确诊断并确定出血部位，同时可以进行内镜下止血治疗，有报道血管夹、热凝和内镜下注射止血成功率分别为 100%、71%和 70%，1 周内再出血率和急诊手术率分别为 0、23.8%和 25%。内镜下的治疗方法包括：局部喷洒肾上腺素冰生理盐水，局部注射高渗盐水肾上腺素、硬化剂、无水酒精、凝血酶、明胶、蛇毒血凝酶，激光、微波、高频电、氩等离子局部凝固，血管夹止血等方法[2]。以上方法可单独使用或联合使用。无水酒精，硬化剂等注射止血有溃疡面扩大、穿孔、移位栓塞等并发症，贲门撕裂患者注射肾上腺素止血，个别患者出现高血压危象和室性心动过速的风险[2]。本组资料，内镜下止血治疗主要采用的是蛇毒血凝酶注射止血或联合止血夹，氩等离子凝固止血的方法，如果在出血的病灶中能看到出血或喷血的血管残段先用止血夹夹住出血血管，然后在出血血管周围进行多点注射蛇毒血凝酶止血。如果看不到出血的血管，只看到渗血的病灶，可在出血病灶面用氩等离子凝固止血后，在出血病灶周围注射蛇毒血凝酶。本组资料 1 次内镜下止血成功 55 例(90.16%)，5 例经 2 次内镜止血成功(8.19%)。其中消化性溃疡占 1 例，恶性肿瘤占 4 例，1 例胃癌经 3 次内镜下止血未成功死亡(1.6%)。恶性肿瘤的内镜止血成功率比良性病变低，内镜下联合 2 种止血方法止血者比单用 1 种止血方法者再次出血率，急诊外科手术率，死亡率等明显下降[3]，内镜下止血可使大部分消化性溃疡及 Dieulafoy 病患者避免了手术痛苦，具有创伤少，恢复快等优势。对于恶性肿瘤患者可明确出血部位及病理类型，充分制定手术方案赢得时间，避免盲目手术，对于不能手术者也是一种有效止血治疗方法。考虑到内镜止血成功的患者可能会再次出血，所以术后应继续给予禁食、补液、胃肠减压、制酸、保护胃黏膜治疗，同时密切观察患者生命体征，了解有无再出血。内镜下止血方法很多，其选择主要依赖于有效性及个人擅长与内镜室实际条件。如果内镜治疗失败，应积极考虑外科手术治疗，但出血部位应于术前或术中检查明确。

参 考 文 献

[1] 徐美东，姚礼庆，周平红，等.内镜在 Dieulafoy 病诊断与治疗中的应用价值[J].中国临床医学杂志，2005，12(s)：6-8.

[2] 杨云生，刘庆森.实用消化内镜新技术[M].第 1 版.北京：人民军医出版社，2007.69-72.

[3] 刘润皇编，姚欣译.消化性溃疡出血内镜治疗的评价[J].中国消化内镜杂志，2007，04(4)：1-4.

(责任编辑：冉明会)