

126 例急性上消化道出血内窥镜治疗的疗效分析

陈 涛,谢黎明

(南华大学附属第一医院医疗服务中心,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨消化内窥镜治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床效果及并发症。**方法** 回顾性选取内镜下止血治疗非静脉曲张性上消化道出血 126 例作为治疗组,以同期采用保守治疗(8 mg 去甲肾上腺素及云南白药 4 g 加水 100 mL 口服,1 次/小时)56 例患者作为对照组,比较并分析两组的疗效及并发症。**结果** 内镜止血疗效整体优于保守治疗($P=0.017$),但再出血发生率间差异无显著性($P=0.514$)。选择在内镜治疗后不同时间点 1~2 周、1 个月、3 个月进行体查加内镜复查,所有患者治疗后未见穿孔、狭窄、血管栓塞等严重并发症。**结论** 内镜下治疗急性非静脉曲张性上消化道出血,安全、方便、微创,能极大地减低外科急诊手术率。

关键词: 上消化道出血; 内窥镜; 止血; 疗效

中图分类号:R573.2 文献标识码:A

The Clinic Outcome and Complication of Upper Gastrointestinal Bleeding Using Endoscopic Hemostasis in 126 Cases

CHEN Tao, XIE Liming

(The Medical Service Center, the First Affiliated Hospital, University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the clinic outcome and complication of non-variceal upper gastrointestinal bleeding using endoscopic hemostasis. **Methods** 126 non-variceal upper gastrointestinal bleeding patients were selected as treatment group using endoscopic hemostasis, 56 synchronization patients were selected as control group using conservative treatment, and the clinical outcome and complication were evaluated. **Results** Endoscopic hemostasis showed more significant advantages in treating non-variceal upper gastrointestinal bleeding than conservative treatment, without different rates of complication. **Conclusion** Endoscopic hemostasis possesses the advantages including safety, convenience, mini-injury and greatly reducing the emergency surgery operation rate.

Key words: upper gastrointestinal bleeding; endoscopic; hemostasis; outcome

上消化道出血是指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆管等某处的出血,临床上十分常见,属于消化系统急症,必须及时采取有效的救治措施。资料显示,上消化道出血的患者约占年均总住院人数的 0.1%,其病死率接近 10%。该病病因以消化性溃疡最为常见,约占 55%~74%、其次为肝硬化等原因引起的食管胃底静脉曲张,贲门黏膜撕裂、恶性肿瘤、血管病变等。近年来,

经内镜下止血已逐步成为上消化道急性出血前期的首选方法^[1]。内镜下止血大致分为如下几种:内镜下药物注射(如酒精、高渗肾上腺素或其他硬化材料);内镜下机械止血及高频凝固止血等。内镜下注射硬化剂对渗血和少量涌血效果较好,但有可能导致组织损伤,扩大溃疡面。机械止血的成功率较高,但往往需要操作者具备丰富的经验和熟练的技巧,因为内镜直视下出血点往往难以甄别。高频凝固止血方法简单,易于操作,但有可能过度烧灼导致穿孔甚至腹膜炎的风险。本文选取 2009 年 1 月~2012 年 6 月本院采用消化内镜下止血治疗非静脉曲张性上消化道出血 126 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 1 月 ~ 2012 年 6 月间来本院就诊的上消化道出血患者 182 例, 入组标准: 均经胃镜检查证实为上消化道出血; 生命体征基本平稳; 无急性感染等疾病; 无严重糖尿病及肝硬化; 无全身重要脏器功能严重障碍。按知情同意原则下分别采用内镜下止血治疗(内镜治疗组)和保守治疗(保守治疗组)。内镜治疗组 126 例, 其中男 76 例, 女 50 例, 平均年龄 44 ± 11 岁; 消化性溃疡 87 例, 贲门黏膜撕裂 6 例、胃癌 26 例、血管病变 7 例。保守治疗组 56 例, 其中男 34 例, 女 22 例, 平均年龄 31 ± 12 岁; 消化性溃疡 39 例, 贲门黏膜撕裂 3 例、胃癌 12 例、血管病变 2 例。两组病例在年龄、性别、病种等方面比较, 差异无显著性, 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均通过胃镜检查明确诊断, 给予基本生命体征监护, 包括心率、呼吸、血压、血氧、脉搏, 一般处理措施包括低流量吸氧, 严格禁食, 维持足够的血容量, 静脉注射奥美拉唑 40 mg/次, 2 次/天, 共用 7 天。保守治疗组采用 8 mg 去甲肾上腺素及云南白药 4 g 加水 100 mL 口服, 1 次/h。治疗组采用消化内镜下止血, 主要处置措施如下: 内镜下一旦发现活动性出血, 用专用塑料导管从内镜活检孔伸出接近并对准出血病灶, 喷洒止血溶液, 先用冰生理盐水冲洗, 吸出凝血水后再喷洒, 否则凝血凝成血块, 妨碍止血。再用 8% 去甲肾上腺素对可能的出血灶进行喷洒止血, 如无效, 则换用 5% 孟氏 (Monsell) 溶液或凝血酶溶液 (用凝血酶 400 U 加生理盐水稀释成 200 mL), 以迅速确定出血部位。对于活动性出血喷洒止血无效可选用局部黏膜注射, 本文多选用 HS-E (取 2.5 mol/L NaCl 120 mL + 肾上腺素 1 mg 配制成) 溶液或无水乙醇, 经消化内镜钳道插入注射针, 将针刺入出血灶尤其裸露血管周围黏膜下 3 ~ 4 点, 深度不超过 2.5 mm, 每点注入 HS-E 溶液 2 mL (总量 < 10 mL), 24 ~ 48 h 后内镜复查, 必要时可重复注射 1 次。小动脉显露性出血和弥漫性出血可采用热凝固止血, 主要采用氩气血浆凝固术, 每次持续 3 ~ 5 s, 可反复凝固直至出血停止, 氩气是一种性能稳定、无毒无味、对人体无害的惰性气体, 它在高频电作用下产生离子化氩气, 凝固组织达到止血。但应防止过度电凝导致组织损伤引发即刻或迟发性穿

孔, 此外, 凝固组织容易脱落可导致再次出血。对有动脉显露喷血或搏动性出血者、食管 - 贲门黏膜撕裂及息肉切除后创面渗血等, 可予机械性止血, 采用钛夹对出血部位进行直接夹闭, 不但可以确切夹闭血管, 还能闭合病变的创面, 再出血发生率低。实际操作过程中不应拘泥于某一种止血法, 可根据情况多种止血方法协同应用, 直至镜下出血完全停止。术后密切观察生命体征, 注意有无再出血。术后 24 h 内应卧床休息并禁食, 以后改流质、半流质饮食。10 天左右如无严重并发症可进软食。术后可应用抗生素 3 天, 无感染征象后停用。同时口服黏膜保护剂 3 天。出现并发症应及时处理。

1.3 疗效标准

观察呕血和便血的次数, 监测生命体征, 记 24 h 尿量, 监测血红蛋白、红细胞比容、尿素氮等项目。有效: 7 天内未再出血判断为止血成功; 无效: 7 天内若再出血。

1.4 统计学方法

采用 SPSS15.0 统计软件, 两组样本率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结 果

126 例均经急诊内镜检查明确诊断, 并同时给予内镜下治疗。内镜止血疗效整体优于保守治疗, 差异有显著性 ($P = 0.017$), 但两组间再出血发生率比较, 差异无显著性 ($P = 0.514$)。内镜下治疗并发症: 选择在内镜治疗后不同时间点 1 ~ 2 周、1 个月、3 个月进行体查加内镜复查, 所有患者治疗后未见穿孔、狭窄、血管栓塞等严重并发症。

表 1 两组止血疗效与再次出血比较 (例, %)

治疗方式	例数	有效 (%)	无效 (%)	再次出血 (%)
保守治疗组	56	42 (75.0)	14 (25.0)	5 (8.9)
内镜治疗组	126	112 (88.9)	14 (11.1)	10 (7.9)
P 值		0.017		0.514

3 讨 论

急性消化道出血是临床常见的急症之一, 急性出血死亡率达 10% 左右。如何尽快明确病因, 采取有效方法, 迅速止血才是治疗的关键。急诊内镜治疗是实现上述目的而最有效的手段之一^[1-2]。本研

究中内镜下止血 88.9% (112/126) 的有效率进一步证实了这一论点。在过去数十年里,常用的非静脉曲张消化道出血的内镜止血技术有喷洒止血药物、注射止血、电凝止血、氩气止血、止血夹止血等^[1]。内镜下注射硬化剂对渗血和少量涌血效果较好,但有可能导致组织损伤,扩大溃疡面。高频凝固止血方法简单,易于操作,但有可能过度烧灼导致穿孔甚至腹膜炎的风险。机械止血的成功率较高,但往往需要操作者具备丰富的经验和熟练的技巧,因为内镜直视下出血点往往难以甄别。对于内镜止血方法的选择,笔者的体会是镜下首先要迅速明确出血的原因及具体部位,再根据出血情况选择适当的止血措施。实际操作过程中不应拘泥于某一种止血法,可根据情况及多种止血方法协同应用,直至镜下出血完全停止。如对于渗血者,多采用 8% 去甲肾上腺素生理盐水喷洒止血,加病灶周围注射 1:10 000 肾上腺素注射^[3,4]。氩气止血 (APC) 治疗对于黏膜糜烂或息肉切除后引起的少量渗血,能取得良好的止血效果,且再出血率低。喷血及搏动性出血者,基本提示为动脉出血。对于直径 <3 mm 的动脉出血,内镜下首选金属夹止血^[5-7]。金属止血夹钳夹止血术与外科血管缝合或结扎相同,通过对出血部位直接进行夹闭,不引起黏膜组织的凝固、坏死,止血见效快,二次出血的几率较低^[8]。笔者主要体会如下:(1) 确保出血病灶的视野清楚。治疗过程中尽可能要保持视野清晰,充分暴露出血的病灶,如渗血较多视野不清的病灶,可采用前述的方法,保持视野清楚后再行治疗。(2) 内镜止血夹与病灶接触的角度。将止血夹与病灶的接触角度通过止血夹置放器旋转到 60°~90°角,将血管与周围组织一起夹住。对于金属夹脱落引起再出血有一定的预防作用。(3) 出血病灶的部位。如出血病灶在十二指肠的上角或后壁,视野和止血的角度均达不到理想止血的情况下,可考虑高频电灼、氩气烧灼和双腔治疗内镜

下行止血等治疗。(4) 此外,须注意的是如操作不当,夹子早期脱落有引起再出血的可能,如深、浅及力度掌握不好,夹浅了容易再次出血,夹深了则有穿孔的可能。所以要掌握好操作方法、适应证,杜绝并发症发生。

总之,内镜下治疗急性非静脉曲张性上消化道出血,安全、方便、微创,费用较低、并发症少,极大地减低了外科急诊手术率。

参考文献:

- [1] 中华内科杂志编委会,中华消化杂志编委会,中华消化内镜杂志编委会.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009,杭州)[J].中华内科杂志,2009,48(10):891.
- [2] Miki nori Kataoka, Takashi Kawai. Clinical evaluation of emergency endoscopic hemostasis with bipolar forceps in non-variceal upper gastrointestinal bleeding[J]. Digestive Endoscopy, 2010, 22: 151-155.
- [3] 张秋瓚,赵魁,王邦茂.内镜下止血夹治疗高危消化性溃疡出血的临床价值[J].中国内镜杂志,2009,15(2):146.
- [4] Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumours in the colorectum[J]. Gut, 2006, 55(11): 1592-1597.
- [5] 黎振林.经内镜钛夹钳夹治疗非静脉曲张性消化道出血 42 例[J].微创医学,2009,4(2):181.
- [6] 张娟花.急性上消化道出血临床诊治分析[J].中国当代医生,2011,18(2):168-171.
- [7] 周杰,罗显克.急诊胃镜诊治上消化道非静脉曲张出血的临床观察[J].微创医学,2011,6(2):140-142.
- [8] Nonaka M, Kataoka M, Tachibana H, et al. The new styp-tic treatment that used a bipolar hemostat for an acute hemorrhagic rectum ulcer [J]. Ulcer Res, 2009, 36: 82-86.

(此文编辑:蒋湘莲)