

ICU 急性上消化道大出血床旁胃镜疗效及安全性的观察

桂培根, 张 凯, 吴正茂, 莫 黎, 罗 勇, 张群峰
(南华大学附属第二医院重症医学科, 湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 回顾性探讨危重症患者急性上消化道大出血床旁胃镜下检查和救治的疗效及安全性。 **方法** 对我院 2006 年 3 月至 2014 年 3 月间 422 例常规内科治疗难以控制的急性上消化道大出血患者临床资料进行回顾性分析, 非静脉曲张性上消化道大出血 354 例, 静脉曲张性上消化道大出血 68 例, 观察止血出血情况, 维持 > 72 h 为止血成功, < 72 h 为暂时止血, 仍有出血为无效。 **结果** 非静脉曲张性上消化道大出血止血成功率为 86. 01%, 静脉曲张性上消化道大出血止血成功率为 66. 18%。 **结论** ICU 医生床旁紧急胃镜下检查及胃镜下联合止血治疗是安全有效的, 能显著提高患者的救治成功率。

关键词: 床旁胃镜; 急性上消化道出血; 联合止血

中图分类号: R651. 15, R459. 3 **文献标识码:** A

Value and Safety of the Bedside Gastrosopes Treatment for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in ICU

GUI Peigen, ZHANG Kai, WU Zhengmao, et al

(Department of Intensive Care Unit, the Second Affiliated Hospital, University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: **Objective** To retrospectively evaluate the therapeutic effect and security of the application of the bedside gastrosopes in the examination and therapy among these critical patients with acute upper gastrointestinal bleeding.

Methods The clinic data for 422 patients who difficult to control acute upper gastrointestinal bleeding during March 2006 to February 2014 were retrospectively, including 354 cases non-varicose upper gastrointestinal bleeding in the bedside gastrosopes group underwent the bedside gastrosopes therapy. 68 cases varicose upper gastrointestinal bleeding were treated by either surgery or gastrosopes in the control group. Hemostasis were observed in all the patients of the two groups. If maintenance time is over 72h, the therapy is effective, on the contrary, it is judged to be invalid. **Results** Hemostasis rate of non-varicose acute upper gastrointestinal bleeding and varicose acute upper gastrointestinal bleeding were respectively 86. 01% and 66. 18% in the bedside gastrosopes group, which were higher than those of control group ($P < 0. 05$).

Conclusion The bedside gastrosopes therapy is a safe and effective treatment for critical patients with acute upper gastrointestinal bleeding and is worth to recommend.

Key words: bedside gastrosopes; acute upper gastrointestinal bleeding; combined hemostasis

急性上消化道大出血的患者常伴休克, 常规内科治疗往往效果不好, 病人精神状态差, 反应能力减低, 尤其在胃镜诊治过程中刺激消化道, 容易因为大量呕血出现误吸, 甚至窒息、缺氧, 严重者可出现心跳呼吸骤停而死亡^[1], 有时出血原因不明, 而外科在诊断不明确情况下手术难度大, 风险高, 死亡率高, 休克病人

搬动受限, 此时在 ICU 严密监测下进行床边紧急胃镜检查, 既明确病因又可以进行胃镜下直接止血治疗, 大大提高了抢救成功率。我科近 8 年来对 422 例常规内科治疗难以控制的急性上消化道大出血的患者在转入 ICU 介入层流手术室后, 由 ICU 医生在床边进行紧急胃镜下检查及胃镜下联合止血治疗, 同时也为部分患者止血后需外科手术或介入治疗提供方便, 提高了手术的成功率, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 422 例,男 312 例、女 110 例,年龄最大 85 岁、最小 15 岁。非静脉曲张性上消化道大出血 354 例,静脉曲张性上消化道大出血 68 例;符合下列条件:大量或反复呕血,黑便,便血,出血量>1 000 mL,患者神志恍惚,反应迟钝,皮肤湿冷,呼吸急促或缓慢,呈休克状态。内科常规治疗效果不明显。在加压输血的情况下,于出血后 12 h 之内均采用紧急胃镜检查及治疗。因各种原因无法在 24 h 内进行胃镜检查的不在报告范围内。

1.2 仪器及诊疗准备

1.2.1 仪器 PEN TA X—EPK -700 型电子胃镜, Cook 公司内镜注射针, Olympus 高频电发生器,内镜用六连发结扎器, Olympus-HX-110QR 钛夹推送器、 Olympus-HX-610-135 钛夹,塑料导管,三腔二囊管,孟氏液,肾上腺素—高渗盐水。

1.2.2 诊疗准备 所有患者在急诊胃镜检查前均即刻评估并开始适当复苏治疗,血红蛋白低于 70 g/L 者酌情给予输血治疗,并给予抑酸剂等前期治疗,食管胃底静脉曲张破裂出血患者应用生长抑素或/和垂体后叶素等治疗。术前常规给予胃复安或/和红霉素,术前如怀疑为门脉高压所致的食管胃底静脉曲张破裂出血以及出血量大需要紧急胃镜干预的患者,均应用镇静剂和气管插管。

1.3 诊疗方法 非静脉曲张性上消化道大出血 354 例,行气管插管 160 例,根据病人情况选择给予内镜下联合采用药物注射止血、药物喷洒止血、钛夹、高频电凝止血;对于消化性溃疡吻合口溃疡、贲门黏膜撕裂综合症、急性胃黏膜病变引起的小量渗血,用止血粉、肾上腺素盐水或/和孟氏液局部喷洒^[2],见到裸露小动脉上覆盖血痂者和溃疡活动性出血,则采用胃镜下电凝止血或高渗盐水肾上腺素溶液注射治疗;对于溃疡底部动脉病引起搏动性射血引起的动静脉出血者使用钛夹止血,钛夹止血效果不好,则采用胃镜下电凝止血^[3];所有患者止血完毕后再用冰肾上腺素盐水冲洗创面,确定无活动性出血后,再喷洒硫糖铝凝胶或混悬液,然后退出内镜,结束治疗。怀疑为门脉高压所致的食管胃底静脉曲张破裂出血均应用镇静剂和气管插管,68 例门脉高压所致的食管胃底静脉曲张破裂出血的患者均先在胃镜直视下插三腔二囊管压迫止血,6~12 h 后再序贯套扎或硬化治疗。所有患者止血完毕后均

尽早停用镇静剂和拔除气管插管。

1.4 疗效判断 观察止血出血情况,止血后未见活动性出血维持>72 h 为止血成功,维持<72 h 为暂时止血,否则为无效止血。

2 结 果

2.1 检查结果 胃镜下检测的 422 例病例,能即刻明确诊断 404 例,原因不明出血 18 例,诊断率 95.7%,(404/422)。其中消化性溃疡 158 例(十二指肠溃疡 84 例,胃溃疡 63 例,吻合口溃疡 21 例),胃恶性肿瘤 16 例,食道肿瘤 6 例,食管炎 3 例, Mallory-Weiss 综合征 22 例, Dieulafoy 病 26 例,贲门黏膜撕裂症 8 例,食管胃底静脉曲张 68 例,胃息肉钳除术后出血 6 例,胆道出 1 例,胰性出血 32 例, Meckel 憩室 4 例,异物 3 例。

表 1 422 例病人出血病因分析

病因	例数(男/女)	所占比例(例数/422)%	平均年龄(岁)
消化性溃疡	158(108/50)*	37.44	46.53
急性胃黏膜病变	88(50/38)	20.85	56.32
胃恶性肿瘤	16(9/7)	3.79	65.05
Mallory-Weiss 综合征	22(16/6)	5.21	38.55
食管肿瘤	6(4/2)	0.42	68.70
食管炎	3(2/1)	0.71	52.26
Dieulafoy 病	26(16/10)	6.16	36.41
食管胃底静脉曲张破裂	68(48/20)	16.11	46.54
息肉钳除术后出血	6(4/2)	1.42	43.70
胆道出血	1(0/1)	0.24	78.16
胰性出血	3(2/1)	0.71	46.51
Meckel 憩室	4(3/1)	0.95	58.45
异物	3(2/1)	0.71	62.08
原因不明	18(8/10)	4.27	46.32
合计	422	100	53.26

* 十二指肠溃疡 84 例,胃溃疡 63 例,吻合口溃疡 21 例

2.2 治疗结果 非静脉曲张性上消化道大出血 354 例,应用镇静剂行气管插管 160 例,内镜检查治疗顺利,未出现出现致命性并发症;止血成功 289 例,止血成功率为 86.01%,止血无效 47 例,对溃疡性病变>2~3 cm 和特殊位置不能注射止血与不能使用钛夹、高频电凝止血的 21 患者,从活检管道插入塑料导管,在距离病灶 1~2 cm 处对准出血灶直接局部喷洒孟氏液,16 例立即中转外科手术治疗,26 例因合并严重基础疾病放弃治疗。22 例明确为恶性疾病后转外科手术 12 例,10 例放弃治疗;3 例

异物(2例鱼刺,1例鸡骨头)转外科手术,2例死亡,1例成功。68例静脉曲张性上消化道出血病人中均先在胃镜直视下插三腔二囊管压迫止血,6~12 h后再序贯套扎46例,10例硬化治疗,因其他原因12例内科保守治疗,套扎46例有36例止血成功,10例继续三腔二囊管压迫止血和内科保守治疗,6例成功,4例放弃治疗;10例硬化有8例止血成功,2例因术野不清楚,操作失败,继续应用药物治疗,并予插三腔二囊管压迫止血,1例成功,1例放弃治疗;12例内科保守治疗中,6例成功,3例死亡,2例放弃治疗;68例静脉曲张性上消化道出血病人中套扎或硬化止血成功45例,止血成功率为66.18%。18例原因不明内科保守治疗,11例成功,3例死亡,4例放弃治疗。

2.3 并发症 因应用镇静剂出现循环抑制23例,经对症处理好转,无血流动力学障碍心律失常12例,未出现致死性心律失常,心脏骤停5例,3例经抢救均完成胃镜止血治疗,1例放弃,1例死亡,气管插管组误吸窒息1例,经抢救完成胃镜止血治疗,非气管插管组误吸窒息率为6例,4例经抢救均完成胃镜止血治疗,1例死亡,1例放弃,巨大溃疡出血并消化道穿孔2例,外科手术成功。

3 讨论

ICU患者中约10%~20%会发生严重的消化道应激性病变,可引起致命性消化道大出血而加速患者死亡,Cook等^[4]报道此类危重患者一旦发生消化道大量出血,如不及时治疗,其因出血所致病死率可达80%。本文结果显示,非静脉曲张性上消化道大出血病人止血成功率为86.01%,静脉曲张性上消化道大出血病人止血成功率为66.18%。目前国际共识建议对于大多数急性非静脉曲张性上消化道出血应早期(24h内)进行内镜治疗;胃镜介入治疗方法国际上不建议单独注射肾上腺素、凝血酶等药物,而推荐联合治疗的内镜止血方法^[5];本组病例分析结果显示由ICU医生在床边进行紧急胃镜下检查及胃镜下联合止血治疗效果较理想。

本组病例分析,上消化道出血急诊胃镜下常见病因依次是消化性溃疡(37.44%),急性胃黏膜病变(20.85%),食管胃底静脉曲张破裂出血(16.11%),Dieulafoy病(6.16%)。由于不同的病因,治疗措施也不尽相同,所以正确判定出血原因、

制定治疗方案对临床医生显得非常关键。本组病例显示应激病人的上消化道出血往往是由于慢性消化性溃疡急性发作所致;而急性胃黏膜病变及Mallory-Weiss综合征和Dieulafoy病也是重症病人上消化道大出血的常见病因^[6]。

Szary等^[7]推荐在内镜检查前静脉给予红霉素加快排空,以得到干净清晰的视野,对于上消化道大出血患者,我们推荐术前常规给予胃复安或/和红霉素。

本文结果显示,由ICU医生在床边进行紧急胃镜下检查及胃镜下联合止血治疗是安全的,422例均顺利完成内镜检查,除18例原因不明未行胃镜下治疗,404例有398例顺利进行了胃镜下治疗(包括68例静脉曲张性上消化道出血病人在胃镜直视下插三腔二囊管压迫止血),非静脉曲张性上消化道大出血354例,应用镇静剂行气管插管160例,怀疑为门脉高压所致的食管胃底静脉曲张破裂出血均应用镇静剂和气管插管,我们建议对危重的上消化道大出血病人,应早期积极的气道保护,对于食管、胃底静脉曲张破裂出血病例,应及时应用镇静剂行气管插管后再在胃镜直视下给予三腔二囊管压迫止血,因其止血效果确切,6~12 h后再序贯套扎或硬化治疗,让药物发挥作用,为内镜成功而安全治疗创造条件。

急性上消化道出血的病人在出血停止前,病情随时可以发生变化,因此,急诊胃镜诊疗也存在一定的风险,总体来说,由ICU医生在床边进行紧急胃镜下检查及胃镜下联合止血治疗是安全有效的,值得推广应用,但该类患者常合并严重基础疾病,生命体征不稳定,胃镜诊疗前均需即刻评估并开始适当复苏治疗,内镜操作动作轻柔且需熟练,需联合止血。

参考文献:

- [1] 易小敏,陆爱年,庞丽华,等. 气管插管保护下重症患者胃镜检查的安全性观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2002,13(01):38-39.
- [2] Bustamante BM, Plume G. Role of hemostatic powders in the endoscopic management of gastrointestinal bleeding [J]. World J Gastrointest Pathophysiol, 2014, 5(3): 284-292.
- [3] 张静,张佳莹,丁士刚,等. 内镜止血在急性非静脉曲张性上消化道出血治疗中的临床价值[J]. 北京大学学报, 2012,44(4):582-587.

(上接第 558 页)

- [4] Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials-Group[J]. N Engl J Med, 1994, 330(6): 377-381.
- [5] Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding [J]. Ann Intern Med, 2010, 152(2): 101-113.

- [6] Borko N, Mitchell SC. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy [J]. World J Gastrointest Endosc, 2015, 7(4): 295-307.
- [7] Szary NM, Gupta R, Choudhary A, et al. Erythromycin prior to endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis [J]. Scand J Gastroenterol, 2011, 46(7): 920-924.

(此文编辑:秦旭平)