

械照搬原则, 而应紧随着阶梯化的思路, 灵活准确地把握住关键性首选措施。尤其在急诊常见的内、外科急危重症患者的抢救中, 进行阶梯化的、跨阶梯的呼吸支持方法, 对提高抢救成功率具有重大意义。

#### 参考文献:

- 1 何忠杰, 孟海东, 林洪远, 等. 城市创伤的急诊救治——附 719 例分析[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 113-116.
- 2 何忠杰, 张亮, 文字, 等. 链式流程急救复苏非手术严重创伤患者的研究[J]. 中国急救医学, 2002, 22: 395-396.
- 3 沈洪, 黄子通, 何忠杰, 等. 心肺复苏指南讨论稿(30)[J]. 中华急诊医学杂志, 2002, 11: 279-280.
- 4 解建, 李志强, 刘纪政, 等. 两种不同气管切开临床应用比较研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2002, 11: 114-115.
- 5 何忠杰, 林洪远, 陈东, 等. 气管穿刺导入气管套管术在急救患者

中的应用[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 157-159.

- 6 沈洪, 武建军. 《国际心肺复苏和心血管急救指南 2000》系列讲座(1)——成人基本生命支持(BLS)[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13: S1-S8.
- 7 沈洪, 班雨. 《国际心肺复苏和心血管急救指南 2000》系列讲座(15)——特殊情况下的心肺复苏①[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 317-318.
- 8 沈洪, 班雨. 《国际心肺复苏和心血管急救指南 2000》系列讲座(16)——特殊情况下的心肺复苏②[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 381-382.
- 9 沈洪, 苏绍萍, 尹明. 《国际心肺复苏和心血管急救指南 2000》系列讲座(18)——高级心血管生命支持(ACLS)急诊处理的原则[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 508-510.

(收稿日期: 2004-08-01 修回日期: 2005-06-04)

(本文编辑: 李银平)

#### • 经验交流 •

## 难治性上消化道大出血 15 例治疗分析

朱德宝

【关键词】 上消化道出血; 介入治疗; 放射摄影术

本院 1998—2004 年采用介入方法与传统手术方法相结合治疗 15 例难治性上消化道大出血患者并分析其临床效果, 报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 15 例患者中男 12 例, 女 3 例, 年龄 24~60 岁。胰十二指肠切除术后胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血 1 例, 十二指肠溃疡毕 I 式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血 4 例, 胆道手术后消化道出血 5 例, 十二指肠溃疡出血 5 例。患者均表现为反复大量呕血(500~1 000 ml/d)和便血(600~1 200 ml/d); 均伴休克, 血压 < 80/50 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。输血 900~6 000 ml。

1.2 治疗效果: ①胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血患者为术后第 3 d 突然高热(达 39℃), 第 5 d 呕大量鲜血, 行胃十二指肠残端动脉栓塞后出血停止。②十二指肠残端瘘致出血患者均为上消化道出血急诊手术后第 7~10 d 发生十二指肠残端瘘, 手术后第 27~30 d 发生消化道大出血。行第二次手术止血失败, 术后 3 d 行胃十二指肠动脉

造影, 见胃十二指肠动脉主干破裂, 行胃十二指肠动脉主干近端栓塞后出血停止。③胆道手术后消化道出血患者经肝固有动脉造影均显示为假性右肝动脉瘤破裂入胆肠吻合口所致。1 例为左、右肝管汇合部癌, 术后 30 d 发生大出血; 1 例为肝左、右叶内胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染, 术后 10 d 发生大出血; 3 例为肝内、外胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染, 术后第 7~10 d 发生大出血, 均于出血后 3 d 栓塞肝固有动脉后出血停止。④十二指肠溃疡出血患者经胃十二指肠动脉造影提示: 2 例为胃十二指肠动脉主干破裂, 栓塞胃十二指肠动脉主干后出血停止; 1 例十二指肠球部出血 10 d 时栓塞胃十二指肠动脉主干后出血停止; 2 例为胃十二指肠动脉分支破裂, 其中 1 例出血后 3 d 栓塞胃十二指肠动脉主干后出血停止, 另 1 例出血 10 d 时栓塞胃十二指肠动脉主干后出血停止。

患者全部获随访 1 年, 随访期间无上消化道复发再出血情况。

### 2 讨论

对难治性上消化道大出血用选择性动脉造影和栓塞, 配以急诊胃镜支持<sup>[1]</sup>, 可以准确发现出血部位并达到有效的止血目的<sup>[2]</sup>, 徐晏等<sup>[3]</sup>报告一组患者获得急诊胃镜支持, 可以帮助其进行下一步

有效的诊治。临床应用结果表明: 选择性腹腔动脉造影对治疗难治性上消化道大出血是安全、简便、可靠的检查方法; 而介入栓塞则是有效、创伤性小的止血方式。对于部分病例, 由于介入方法解决了消化道出血而改善了一般情况, 再结合手术治疗, 可能达到较理想的效果, 从而避免手术的盲目性, 降低了手术难度和患者承担的风险<sup>[4]</sup>。

我们采取放射技术与手术相结合的方法, 同时配以抗休克、止血、抑酸、维持电解质及酸碱平衡等综合治疗, 15 例患者均获得满意疗效。

#### 参考文献:

- 1 刘胜利, 杨如祥. 内窥镜在急症上消化道大出血中的应用[J]. 中国危重病急救医学, 1997, 9: 424-426.
- 2 卢武胜, 黄明亮, 杨四海, 等. 消化道出血血管造影及介入治疗价值[J]. 介入放射学杂志, 2001, 10: 138-140.
- 3 徐晏, 李坤清, 邓宝茹. 老年上消化道出血的急诊胃镜检查和治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12: 432-433.
- 4 陈德基, 何明基, 赖添强, 等. 急性消化道出血的介入诊断和治疗[J]. 临床消化病杂志, 2001, 13: 56-57.

(收稿日期: 2005-07-22)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 300480 天津市汉沽盐场医院

作者简介: 朱德宝(1966-), 男(汉族), 山东省人, 主治医师。