

急诊胃镜诊治上消化道大出血的临床体会

聂山文¹ 路小燕²

(1. 河南省中医院, 河南 郑州 450000; 2. 天津中医药大学附属武清中医院, 天津 301700)

上消化道大出血是指在短期内失血量超过 1000 mL 或循环血容量的 20%^[1], 临床主要表现为大量呕血和(或)黑粪, 常伴有血容量减少引起的急性周围循环衰竭, 病情危急、凶险, 病死率高达 8.0%~13.7%^[2], 在最短时间内作出病因及出血部位判断并及时处理是该病急救成功的关键^[3]。早期应用急诊胃镜可快速准确明确出血病因及出血部位, 结合组织活检可获得病变性质的诊断, 以确定治疗方案和判断预后, 并可在镜下采取不同的止血方法, 目前已经成为诊治上消化道出血的首选方法^[4-5]。回顾性分析 2012 年 10 月至 2013 年 10 月本院腔镜中心诊治的 35 例上消化道大出血患者的病因, 以及内镜下治疗方法的应用体会, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 35 例上消化道大出血患者中男性 25 例, 女性 10 例; 年龄 20~72 岁, 平均(50.4±6.5)岁。所有患者临床主症以呕血为主, 其中单纯黑便 6 例, 呕血伴黑便 29 例, 伴有不同程度心悸、头晕、肢冷汗出等表现。

1.2 治疗方法: 患者均在出血 24~48 h 内进行胃镜检查, 失血性休克的患者应积极扩容、输血及止血处理, 待生命体征平稳后在严密心电监护的情况下进行检查。术前必要时可给予抑制胃肠蠕动的药物。食管贲门黏膜撕裂综合征的患者采用多枚金属钛夹钳夹撕裂创面; 急性胃黏膜病变采用凝血酶冻干粉液或冰盐水去甲肾上腺素液局部喷洒及氩离子凝固治疗; 消化性溃疡采用 1:10000 肾上腺素黏膜下注射、电凝及金属钛夹等多种方法联合应用; 食管-胃底静脉曲张破裂出血则分别采用食管曲张静脉套扎术、胃底曲张静脉组织胶注射术的止血方法。

本研究符合医学伦理学标准, 所有治疗均得到患者或家属的知情同意。

2 结果

2.1 并发症: 全部患者急诊胃镜插管检查顺利, 无一例发生窒息、穿孔等严重并发症。

2.2 胃镜诊治结果

2.2.1 发病原因: 出血病变检出率为 100%, 其中非静脉曲张出血 28 例(占 80.0%), 包括食管贲门黏膜撕裂综合征 1 例, 急性胃黏膜病变 2 例, 胃溃疡 3 例, 十二指肠球部溃疡 18 例, 胃十二指肠复合溃疡 2 例, 十二指肠溃疡 1 例, 胃空肠吻合部溃疡 1 例; 食管胃底静脉曲张 7 例(占 20.0%)。35 例患者中, 消化性溃疡 24 例(占 68.6%), 居出血原因的第 1 位; 其次为食管胃底静脉曲张破裂出血 7 例(占 20.0%), 第 3 位是急性胃黏膜病变 4 例(占 11.4%)。

2.2.2 治疗结果: 35 例患者全部止血成功, 但其中 1 例终末期肝病胃底静脉曲张破裂的患者虽然经过注射组织胶后出血停止, 但最终因周围循环衰竭抢救无效死亡。

2.3 发病季节: 春季发病 12 例, 夏季发病 2 例, 秋季发病 8 例, 冬季发病 13 例, 以春季和冬季发病率最高(71.4%)。

3 讨论

急诊胃镜是指在出血后 24~48 h 内进行的胃镜检查^[6], 文献报道急诊胃镜检查病因、出血部位及估计出血的可靠性要明显优于其他检查, 病因确诊率为 80%~94%^[6]。尤其对于可疑急性静脉曲张出血者, 应在 12 h 内行紧急胃镜诊治。延迟的胃镜检查(>15 h)是急性静脉曲张上消化道出血死亡的独立危险因素^[8]。

通过分析本组病例, 笔者有以下体会:

3.1 应选择好内镜诊疗的时机,并不是所有急性消化道出血的患者都需要急诊内镜检查, 尤其是血流动力学不稳定的患者, 更应该谨慎, 出血早期(<24~48 h)对患者的评估及处理至关重要^[9]。血压稳定与否是决定患者能否耐受胃镜检查和治疗的关键^[10]。

3.2 急性上消化道大出血病死率较高,尤其是肝硬化合并食管-胃底静脉曲张破裂出血的病死率高达 30%~50%^[11], 因此, 在急诊胃镜前要和患者及家属充分沟告知, 使其对检查及治疗的风险和必要性充分理解。

3.3 本组患者消化性溃疡出血占 68.6%,在发病季节中以春季和冬季发病率最高, 约占 71.4%。因此, 对高危人群要进行预防性的健康知识宣教和指导, 加强出血高发季节时段的病情观察。

3.4 急性出血期绝大部分患者胃内有大量积血,诊治视野不理想, 影响观察, 因此医护人员要配合紧密。如果积血较多, 镜下治疗初期不要积极使用凝血酶冻干粉液局部喷洒, 以免产生巨大凝血块反而更加影响了诊治视野。应该准备足够多的冰盐水和去甲肾上腺素混合液, 反复冲洗抽吸, 并且帮助患者改变体位, 以提高病变检出率。

3.5 内镜下止血治疗的指征为有近期出血迹象的病变,如喷射状出血、渗血样活动性出血、有血管裸露、表面有血凝块附着的病灶均需进行内镜下止血治疗。

3.6 对于处于活动期出血的患者一般采用联合止血,先用 1:10000 肾上腺素黏膜下注射或电凝短暂止血, 充分暴露病灶, 保证手术视野后, 再使用金属钛夹钳夹止血确保持续性的止血效果。

3.7 退镜前一定充分抽吸胃内气体和液体,以免术后患者出现腹胀、恶心甚至呕吐而引起病情反复。

3.8 急诊胃镜下止血成功后还需要进行规范的内科综合治

疗及精心的术后护理,也是避免再出血的关键。

3.9 对于出血凶猛、内镜下治疗勉强的患者,应及时采取外科手术或介入等治疗手段,以免延误病情。适时、恰当的手术及术后积极支持治疗能迅速挽回生命^[12]。

总之,如果患者的病情允许,越早进行胃镜检查确诊率越高^[13],可以为制定合理有效的治疗方案提供可靠依据;必要时行内镜下止血治疗,可以迅速止血,降低病死率,减少住院时间,取得理想的治疗效果^[14]。急诊胃镜检查可作为急性上消化道出血最直接和最可靠的诊治手段在临床推广应用。

参考文献

- [1] 王东立,秦艳玲. 上消化道出血诊治与病情评估[J]. 中国实用医药, 2013, 8(36): 86-87.
- [2] 吴耿刚. 急性上消化道出血的手术治疗与临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(10): 38-39.
- [3] 刘淳. 急性上消化道大出血并失血性休克患者的治疗[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 376.
- [4] 卜玉杰,张蕾,李少昊. 急诊内镜下止血治疗上消化道出血 90 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(2): 219-221.
- [5] 周明华. 540 例急性上消化道出血的治疗体会[J]. 中华危重

病急救医学, 2000, 12(2): 72-72.

- [6] 陆再英,钟南山,谢毅. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 486.
- [7] 陈淅珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京:人民卫生出版社, 2007: 1840.
- [8] 杨从华,姚群梅. 急诊胃镜在急性重症上消化道出血中应用分析[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(3): 130-131.
- [9] 王巍巍,王峪,张畔. 急性非静脉曲张上消化道出血胃镜前早期评估与处理[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(6): 473-475.
- [10] 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]. 中华危重病急救医学, 2000, 12(7): 432-433.
- [11] 马慧发,顾俊平. 食管静脉曲张破裂出血的综合治疗体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(3): 186.
- [12] 胡建平,陈军,吴松,等. 门脉高压症上消化道出血急诊手术的策略[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(1): 51-52.
- [13] 胡正操. 急诊胃镜检查对上消化道出血诊断价值的探讨[J]. 广西医学, 2003, 25(2): 255-256.
- [14] 李嘉嘉,尚云波,熊俊光,等. 机械通气下内镜治疗食管胃底静脉曲张破裂出血的救治体会[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(2): 95.

(收稿日期: 2015-03-02)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊对医学名词及术语的一般要求

医学名词应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》、《医学主题词注释序贯表》、《中医药主题词表》中的主题词。对没有通用译名的名词术语于文内第一次出现时应注明原词。中西药名以最新版本《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》(均由中国药典委员会编写)为准。英文药物名称则采用国际非专利药名。在题名及正文中,药名一般不得使用商品名,确需使用商品名时应先注明其通用名称。中医名词术语按 GB/T 16751.1/2/3-1997《中医临床诊疗术语疾病部分/证候部分/治法部分》和 GB/T 20348-2006《中医基础理论术语》执行,腧穴名称与部位名词术语按 GB/T 12346-2006《腧穴名称与定位》和 GB/T 13734-2008《耳穴名称与定位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附注拉丁文名称。冠以外国人名体的征、病名、试验、综合征等,人名可以用中译名,但人名后不加“氏”(单字名除外,例如福氏杆菌);也可以用外文,但人名后不加“s”。文中应尽量少用缩略语。已被公知公认的缩略语可以不加注释直接使用,例如:DNA、RNA、HBsAg、CT、MRI 等。不常用的、尚未被公知公认的缩略语以及原词过长在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。不超过 4 个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。

本刊对计量单位及数字的要求

《中国中西医结合急救杂志》执行 GB 3100/3101/3102-1993《国际单位制及其应用/有关量、单位和符号的一般原则/所有部分》量和单位的有关规定,具体执行可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》第 3 版(人民军医出版社 2001 年出版)。量的名称应根据 GB 3102.8-1993《物理化学和分子物理学的量和单位》规定使用,如分子量应为相对分子质量。计量单位使用正体。注意单位名称与单位符号不可混用,如:ng·kg⁻¹·天⁻¹应改为 ng·kg⁻¹·d⁻¹;组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂的形式表示,如:ng/kg/min 应采用 ng·kg⁻¹·min⁻¹的形式;组合单位中斜线和负数幂亦不可混用,如前例不宜采用 ng/kg·min⁻¹的形式。在叙述中应先列出法定计量单位数值,括号内写旧制单位数值;如果同一计量单位反复出现,可在首次出现时注出法定与旧制单位换算系数,然后只列法定计量单位数值。参量及其公差均需附单位,当参量与其公差的单位相同时,单位可只写 1 次,即加圆括号将数值组合,置共同单位符号于全部数值之后。例如:“75.4 ng/L±18.2 ng/L”可以表示为“(75.4±18.2) ng/L”。量的符号一律用斜体字,如吸光度(旧称光密度)的符号“A”。根据国家质量技术监督局和卫生部联合发出的质技监局函[1998]126 号文件《关于血压计量单位使用规定的补充通知》,凡是涉及人体及动物体内的压力测定,可以使用 mmHg 或 cmH₂O 为计量单位,但首次出现时应注明 mmHg 或 cmH₂O 与 kPa 的换算系数(1 mmHg=0.133 kPa, 1 cmH₂O=0.098 kPa)。

对于数字的表示,本刊执行 GB/T 15835-2001《出版物上数字用法》的规定。公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分符号不能省略,例如:5%~95% 不能写成 5~95%,(50.2±0.6)% 不能写成 50.2±0.6%。附带尺寸单位的数值相乘,按下列方式书写:4 cm×3 cm×5 cm,不能写成 4×3×5 cm³。