



急诊无痛内镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗急性非静脉曲张上消化道出血的效果比较

杜慧明 (湖北省建始县人民医院质控科 445300)

摘要: **目的** 探讨急性非静脉曲张上消化道出血患者使用急诊无痛内镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗的临床效果。**方法** 在我院选取 2015 年 5 月-2016 年 5 月中所收治的 70 例非静脉曲张性上消化道出血患者, 随机分为观察组(行急诊无痛内镜下金属钛夹治疗联合早期 PPI 大剂量)和对照组(使用内镜下注射肾上腺素治疗联合早期 PPI 大剂量), 每组 35 例, 观察比较两组患者的临床效果。内镜下对观察组及对照组中的非静脉曲张出血情况均按改良 Forrest 分级 Forrest I a 级, 喷射样出血; Forrest I b 级, 活动性渗血; Forrest II a 级, 血管裸露; Forrest II b 级, 血凝块附着; Forrest II c 级, 黑色基底; Forrest III 级, 基底洁净结果, 进行分类。**结果** 经治疗, 观察组的三个时段的止血率都明显高于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。观察组治疗的总有效率为 97.14%, 对照组的有效率 82.86%, $P < 0.05$, 有统计学意义。两者患者的临床症状比较, 观察组的症状改善情况明显优于对照组, 且住院时间少于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。两组均无不良并发症发生。**结论** 急诊无痛内镜下金属钛夹联合早期 PPI 标准剂量治疗急性非静脉曲张上消化道出血具有明显的临床效果, 止血效果好、症状改善明显, 安全性能高, 值得临床推广。

关键词: 无痛内镜 金属钛夹 急性非静脉曲张性上消化道出血

中图分类号: R573.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 06-151-02

急性非静脉曲张性上消化道出血 (acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, ANUGIB) 是指屈氏韧带以上消化道的非静脉曲张性疾患引起的出血, 也包括胰管或胆管的出血和胃空肠吻合术后吻合口附近疾患引起的出血。一项包括 93 个临床研究的系统评价显示其年发病率为 (19.4 ~ 57.0) / 10 万, 发病后 7d 再出血率为 13.9%, 病死率为 8.6% [1]。内镜检查是消化内科重要的诊疗技术之一。既往通常在咽喉部局部麻醉下实施内镜检查, 随着人民生活水平的提高, 要求内镜检查中减轻痛苦、甚至“无痛”的要求逐年增多; 另一方面, 随着人群的高龄化, 伴有心、脑血管疾病病人需要行内镜检查的病人数也增多, 为避免局部麻醉下内镜检查潜在的心血管意外事件, 需在镇静或全身麻醉下实施内镜检查与治疗的病人也在逐年增多 [2]。而行急诊无痛胃镜检查的时间及时机的把握是很关键的, 对上消化道出血, 医师初次评估行早期复苏稳定病情, 强调早期 PPI 大剂量的使用, 后于内镜检查前医师根据患者的病情进行评估于首次黑便, 或末次呕血后 24-48 小时内进行内镜检查, 方属于急诊内镜检查。对于内镜下急性非静脉曲张性上消化道持续性涌血和小动脉出血, 金属钛夹止血已作为第一选择, 其疗效明显优于其他内镜下止血方法。由于该方法创伤小, 易于操作, 止血效果确切, 因而受到高度重视。本文选取了 2015 年 5 月-2016 年 5 月中我院所收治的于异丙酚联合小剂量芬太尼静脉镇静麻醉下行急诊无痛胃镜检查联合早期 PPI 大剂量的 70 例非静脉曲张性上消化道出血住院患者进行分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共选取 2015 年 5 月-2016 年 5 月我院所收治的非静脉曲张性上消化道出血病人 70 例。将其随机分为两组, 各 35 例。对照组: 有 12 例十二指肠溃疡患者, 11 例胃溃疡患者, 1 例十二指肠炎症患者, 1 例食管贲门粘膜撕裂综合征 (Mallory-Weiss 综合征), 4 例急性胃粘膜病变患者, 6 例上消化道肿瘤。添加镜下分类的标准: 17 例活动性渗血, 10 例动脉喷血, 8 例血管显露。共有女 18 例, 男 17 例, 年龄最小 21 岁, 最大 73 岁, 平均年龄 (43.5 ± 7.6) 岁; 观察组: 有 11 例十二指肠溃疡患者, 12 例胃溃疡患者, 3 例复合型溃疡, 5 例急性胃粘膜病变患者, 4 例上消化道肿瘤。16 例活动性渗血, 11 例动脉喷血, 8 例血管显露。共有女 16 例, 男 19 例, 年龄最小 19 岁, 最大 75 岁, 平均年龄 (45.1 ± 5.8) 岁。观察组及对照组内镜下出血情况均按改良 Forrest 分级 标准: Forrest I a 级, 喷射样出血; Forrest I b 级, 活动性渗血; Forrest II a 级, 血管裸露; Forrest II b 级, 血凝块附着; Forrest II c 级, 黑色基底; Forrest III 级, 基底洁净结果, 进行分类。两组患者均未存在心肺功能不全、严重心律失常、大量胸腹水、

血压低于 90/60mmHg、血红蛋白小于 6g/L、凝血功能障碍, 两组患者于内镜检查前均按 Rockall 评分系统小于 5 分方行急诊内镜检查, 并且两组患者在性别、年龄、病程等一般资料上不存在任何明显的差异 ($P > 0.05$), 可进行对比分析。全部患者均完成急诊无痛消化内镜检查, 其中 2 例发生了血压下降等, 经快速扩容等合理处置后患者均完成全程检查。

1.2 治疗方法

根据两组患者的病情进行针对性的治疗, PPI 抑酸止血, 均为早期 PPI 大剂量静脉滴注, 国产奥美拉唑奥西康 40mg 首剂静脉注射后, 继以 5mg/h 持续输注, 连续 5 天, 其余针对性的治疗即输血、输液, 并监测心电图、心率、呼吸机血氧饱和度、血压、血容量的情况。内镜检查均在患者首次黑便或末次呕血后 24 或 48 小时内进行, 手术前必须禁食, 行胃镜检查时均使用异丙酚联合小剂量芬太尼静脉镇静。

1.2.1 对照组, 使用内镜下注射 1:10000 肾上腺素 1ml, 1:1000 肾上腺素 1ml 加生理盐水至 10ml, 每点注射 0.5 ~ 1ml, 总量不超过 10ml。在出血点 1 到 2mm 处用粘膜注射针将肾上腺素溶液注入, 总注射量有 6-10ml, 直到血停止。严重时对出血部位用氩气等离子体凝固器进行电凝, 一次 3-5s, 至出血停止。

1.2.2 观察组, 使用内镜下金属钛夹治疗, 先将钛夹和持夹器进行连接, 然后, 插入钳道, 方向是出血部位两侧, 通过按压操作杆将钛夹收紧, 夹住病灶部位和周围粘膜, 将钛夹断开, 2 到 4 枚钛夹由实际情况决定, 如 5 分钟没有出血情况治疗结束。成功止血后胃管留置, 对各项体征进行观察, 并且保持患者禁食 3 天, 行止血剂、抑酸剂、胃粘膜保护剂。如出现呕血、黑便、心率变快等情况, RET 进行性升高、BUN 再次升高, 考虑再出血, 再次用胃镜检查。

1.3 统计学方法

统计分析数据时要使用统计学软件 SPSS18.0, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验; 计数资料用 χ^2 检验, 有统计学意义时, $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者的止血情况和临床疗效比较

治疗 12h、24h、48h 后, 对照组的止血率分别为 51.43%、62.86%、74.29, 观察组的止血率分别为 77.14%、82.86%、97.14%, 对照组明显低于观察组, $P < 0.05$, 有统计学意义, 见表 1。观察组治疗的总有效率为 97.14%, 对照组的有效率 82.86%, $P < 0.05$, 有统计学意义。见表 2。

2.2 两组患者临床症状比较

两者患者的临床症状比较 (引流管变清、大便潜血转阴、呕血消失、肠鸣音恢复), 观察组的症状改善情况明显优于对照组, 且住院



时间少于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。两组均无不良并发症发生。见表 3。

表 1: 两组患者的止血情况比较

组别	例数	12h	24h	48h
对照组	35	18 (51.43)	22 (62.86)	26 (74.29)
观察组	35	27 (77.14)	29 (82.86)	34 (97.14)
χ^2		5.213	5.142	5.156
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2: 两组患者的临床疗效比较

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	35	6 (17.14)	13 (37.14)	16 (45.71)	82.86%
观察组	35	1 (2.86)	9 (25.71)	25 (71.43)	97.14%
χ^2					5.245
P					< 0.05

表 3: 两组患者临床症状比较

组别	引流管 变清 (h)	大便潜血 转阴 (d)	呕血 消失 (d)	肠鸣音 恢复正常	住院 时间 (d)
对照组	28.59 ± 7.49	7.48 ± 0.67	4.19 ± 0.71	4.89 ± 0.95	14.56 ± 1.97
观察组	24.29 ± 6.12	4.33 ± 0.43	2.57 ± 0.51	2.23 ± 0.65	9.83 ± 1.65
t	4.185	8.234	10.142	12.347	10.512
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 并发症发生情况

对照组和观察组在治疗时间内无并发症情况出现, 在手术后均恢复良好。

3 讨论

非静脉曲张性出血, 常见病因为消化性溃疡、上消化道肿瘤、急性慢性上消化道黏膜炎症等, 近年来由于长期口服非甾体抗炎药或抗血小板聚集药我引进的上消化道出血也成为重要病因。对比度随着经济的发展, 人们的生活水平逐渐提高, 饮食习惯也在发生改变, 上消化道出血的发病率上升^[4]。如果救治不及时或治疗不科学会导致生命危险, 属于一种危急病症^[5]。内镜作为一种新兴的先进的医疗技术, 具有损伤小、操作简单方便、费用低的优势, 在上消化道出血治疗中效果明显^[6]。针对非静脉曲张上消化道的患者及时开展病情的评估, 选择急诊无痛胃镜的时机, 对于低危的患者, 及时开展急诊无痛胃镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗。本文选取了 70 例非静脉曲张

性上消化道出血住院患者进行分析发现, 经治疗, 观察组的三个时段的止血率都明显高于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。观察组治疗的总有效率为 97.14%, 对照组的总有效率为 82.86%, $P < 0.05$, 有统计学意义。两者患者的临床症状比较, 观察组的症状改善情况明显优于对照组, 且住院时间少于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。两组均无不良并发症发生。

综上所述, 急诊无痛内镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗急性非静脉曲张上消化道出血的效果比较具有明显的临床效果, 止血效果好、症状改善明显, 安全性能高, 值得临床推广。

参考文献

- [1] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2): 102-113.
- [2] 上消化道内镜学 / 许国铭, 李兆申主编, - 上海: 上海科学技术出版社, 2003.11:98
- [3] 王海燕, 顿晓熠, 柏愚, 等. 中国上消化道出血的 I 类床流行病沈永祥, 陈军贤. 内镜下金属钛夹治疗上消化道出血的效果比较[J]. 中国医药导报, 2014, 11(9):51-53.
- [4] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2):102-113.
- [5] 赖日辉, 刘锐. 内镜下不同方法治疗非静脉曲张性上消化道出血的效果比较[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(12):2797-2798.
- [6] 樊红, 冯彦虎, 张德奎等. 内镜下金属钛夹与注射肾上腺素治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效及安全性[J]. 临床荟萃, 2013, 28(2):208-209.
- [7] 张东伟, 许树长, 王志荣等. 内镜下金属钛夹与注射止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(9):931-932.
- [8] 梁万金, 黎昌群. 内镜下金属钛夹联合止血治疗上消化道出血的临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(2):183-184.
- [9] 喻德林, 胡希亚. 内镜下金属钛夹与喷洒药物治疗上消化道出血的对照观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(6):673-675.

(上接第 149 页)

肝硬化腹水的有效性及其安全性。

综上所述, 应用恩替卡韦与前列地尔联合治疗乙型肝炎肝硬化腹水具有理想效果, 值得推广。

参考文献

- [1] 毛海鹰, 康涛, 邱邦东等. 乙型肝炎肝硬化失代偿期应用恩替卡韦并发乳酸酸中毒 1 例[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(15):1297-1298.
- [2] 吴建军, 蔡卫华, 汤卫国等. 前列地尔预处理对移植肝 TNF- α 和细胞凋亡的影响[J]. 肝胆外科杂志, 2012, 20(6):468-469.

(上接第 150 页)

Hartmann 术的术后并发症的发生率 (2.6%、1 例) 与回肠样式造口术的术后并发症的发生率 (5.1%、2 例) 相差不大。总之, 对于老年梗阻性结肠癌的患者, Hartmann 术和回肠样式造口术这两种手术的临床疗效相差不大, 但回肠样式造口术的方式在术后的肠道功能恢复较快, 且并发症的发生率较低。

参考文献

- [1] 穆炳革. Hartmann 术与回肠样式造口术治疗老年梗阻性直乙状结肠癌的疗效及安全性探讨[J]. 重庆医学, 2014, (23): 3067-3069.

- [3] 陈晓春, 李宁, 朱坚胜等. 前列地尔注射液辅助治疗对重型肝炎合并肝肾综合征患者血清 TNF- α 、 β 2-MG 及 sIL-2R 的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(6):73-75.

- [4] 任辉, 马雪梅, 于德磊等. 恩替卡韦治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化病人的长期疗效观察[J]. 药学服务与研究, 2014, 14(6):443-446.
- [5] 李海军, 郭志梅, 杨新英等. 前列地尔治疗乙型肝炎肝硬化合并肝性胸水患者的效果观察[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2016, 43(5):300-304.
- [6] 赵得良. 猪苓汤加减联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化腹水 40 例临床研究[J]. 饮食保健, 2016, 3(22):56-57.

- [2] 庄彪, 倪熊, 瞿惠龙, 等. 高龄结肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗体会[J]. 上海医学, 2012.35 (11): 973-974

- [3] 林锡汉, 庄丹, 袁炜嗣, 等. 术中结肠灌洗与常规手术在梗阻性左半结肠癌 I 期吻合中应用的比较[J]. 广东医学, 2012.33 (10): 1458-1459

- [4] 邓殿忠. 两种手术治疗方法在老年梗阻性直乙状结肠癌患者中的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(6):58-59.

- [5] Bhatta A, Peacock O, Tierney GM, Tou S, Hurst NG, Speake WJ, Williams JP, Lund JN. Day-case closure of ileostomy: feasible, safe and efficient. Colorectal Disease. 2015.17(9):820-823