急性非静脉曲张性上消化道出血的不同内镜治疗方法比较

吴江山，阮素莲，韦秀芳　（广西武鸣县人民医院消化内科，广西　武鸣　530100）

［摘　要］　目的：通过对各种消化内镜下治疗非静脉曲张上消化道出血的方法的比较，从而探讨寻找更好的内镜治疗手段。方法：回顾 211 例诊断为急性非静脉曲张性上消化道出血患者的临床及内镜诊断和治疗，基础均为内科常规保守治疗，并随机分三组加用三种内镜治疗。结果：单纯经内镜喷洒 8% 去甲肾上腺素治疗止血有效率为 79.65%，单纯高渗 1∶10 000 肾上腺素注射治疗止血有效率为 89.80%，喷洒联合内镜下注射和热极探头凝固法治疗止血有效率为 95.92%。结论：以上三种内镜下治疗非静脉曲张性出血是非常有效方法，而三者联合治疗能取得更满意的效果。

［关键词］　急性非静脉曲张上消化道出血；镜下止血治疗；热极探头凝固止血治疗

急性非静脉曲张性上消化道出血是消化内科常见临床急症，以消化性溃疡、急性出血性胃炎、上消化道肿瘤及上消化道黏膜下血管病变为常见，其中以溃疡出血为最常见。绝大多数出血为自限性，但约 22% ~30% 会再次出血，多数常发生于起病后 6 ~48 h 内，10% 为持续性出血。目前急性非静脉曲张性上消化道出血单纯内科药物治疗止血效果有限，且再次出血率高，而内科药物治疗结合内镜下止血是安全有效的方法，其再次出血率明显下降，这已基本达成共识。而各种内镜下治疗效果又有所差别，通过对比多种内镜止血的效果以发现更好的治疗方法。总结 2005 年 1 月 ~2010 年 6 月我院对 211 例急性非静脉曲张性上消化道出血患者开展多种内镜下止血治疗，较果比较后有所不同，现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料：全部病例共 211 例，所有患者均为住院患者，均在发病后 24 h 内经内镜确诊为上消化道非静脉曲张性出血，其中男 154 例，女 57 例，平均（32.6 ± 14.8）岁。胃溃疡出血 48 例，十二指肠球部溃疡出血 120 例，恶性肿瘤 15 例（胃癌 12 例，食道癌 3 例），胃大切术后吻合口溃疡出血 5 例，杜氏综合征 8 例，出血糜烂性胃炎 10 例，胃息肉 5 例。参考《实用内科学》12 版 Forrest 分级法，均为 Ia - Ⅱb 之间 。

1.2　仪器设备：设备和仪器采用 Olym - pus - V、Olym - pus - V2、Olym - pus - Q150 型电子胃镜，德国福莱克斯 E72522 - C3 型黏膜注射针，北京 HP - A 100 型内镜热极治疗仪。

1.3　手术方法：入院后将 211 例患者随机分成 3 组，其中单纯内镜喷洒组 113 例，单纯内镜注射组 49 例，联合组（喷洒组 + 内镜注射 + 热极凝固法）治疗 49 例。按胃镜检查做好术前各项准备，休克患者尽快补充血容量以维持血压，高龄或有心血管疾病患者进行心电监护，准备抢救药品，必要时请心血管、麻醉科急会诊协助诊治。进镜观察，在止血前用无菌水反复冲洗病灶，初步确定出血点后即行止血治疗，内镜下局部喷洒药物为 8% 去甲肾上腺素盐水 100 ~200 ml（每 100 ml 生理盐水含 8 mg 去甲肾上腺素）；内镜下局部注射的药物为高渗 1∶10 000 肾上腺素盐水（1 mg 肾上腺素 + 0.9% NaCl 溶液 5 ml + 10% NaCl 溶液 4 ml），对出血病灶边缘黏膜下注射，每点 0.5 ~1.5 ml，总量为 4 ~8 ml；内镜联合治疗为以上两种方法 + 热极探头凝固治疗，热极探头凝固选择温度为 200 ~240℃，将热极探头紧压出血部位，脚踏开关，每次电热 4 ~6 s，中间停顿 3 s，反复电热到出血处血管碳化且出血停止。

1.4　术后观察及处理：所有病例经急诊内镜止血后，以泮托拉唑 8 mg/小时维持静脉滴注 3 d，以后为 40 mg 72 h，2 ~7 d 内禁食。监测黑便和呕血的次数及量、血红蛋白、血网织红细胞比率、血尿素、尿量等并在 48 h 后复查胃镜以判断止血疗效。急诊止血有效：急症内镜治疗后 24 ~48 h 内没再出血且生命征平稳，复查胃镜未见有出血。出血停止的时间：48 h3 ~5 d 内大便转成黄色及大便潜血阴性，复查胃镜未见有出血。

1.5　止血判断标准：无再次呕血、黑便；血压、脉搏正常，血红蛋白、血网织红细胞比率、血尿素、尿量均恢复正常，复查胃镜未见有出血。

1.6　再出血判断标准：内镜治疗后近期或 24 ~48 h 内再次出现呕血或黑便和（或）伴血压下降。再次出血病例立即再次内镜下止血，如仍失败则立即请外科医师会诊决定是否手术。

2　结果

三组患者镜下有效率、无效率及急诊手术率见表 1。联合组的止血有效率高于其余两组，而联合组的手术率显著低于其余两组，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。

表 1　三组止血效果比较［例（%）］

分组	例数	有效	手术	无效
喷洒组	113	90（79.65）	17（15.04）	23（20.35）
注射组	49	44（89.80）	3（5.56）	5（10.20）
联合组（喷洒组 + 注射 + 热极探头凝固法）	49	47（95.92）	1（2.04）	2（4.08）

3　讨论

急性非静脉曲张性上消化道出血急诊内镜下止血是创伤性小、安全有效、方便快捷，其较传统内科治疗有效率及再次出血率明显下降，这在消化界已达成共识，为首选治疗方法[1]。只要患者生命征稳定均可以进行急诊内镜下治疗[2-3]。内镜下喷洒止血治疗为临床上常用的止血方法。我院选用喷洒药物为 8% 去甲肾上腺素，其可强烈收缩局部小血

万方数据

管从而达到止血目的,查阅相关报道止血有效率为85%[4]。本组结果显示与报道基本相符。胃镜下注射止血因操作简便,在基层医院使用较为普遍,用高渗1/10 000肾上腺素注射液进行局部黏膜下注射,使局部肿胀更明显从而压迫血管止血,对于注射后的局部形成高渗环境延长肾上腺素收缩血管的药理作用仍未完全确定,有待进一步研究。热极探头凝固是通过直接接触压迫出血病灶,通过局部电热传导使蛋白质凝固、血管封闭而止血[5]。本组病例中,注射止血组有效率为89.80%,3例内镜下止血治疗失败,转入外科手术治疗,主要因为是胃小弯溃疡或胃高位后壁溃疡,因内镜与出血灶呈平行角度,注射效果欠佳。联合治疗组中因其为胃癌性溃疡出血1例,溃疡深大,侵蚀较粗血管,治疗后再出血而转入外科手术治疗。而内镜下止血成功的关键在于最短时间内明确出血部位,并迅速地、有效地进行止血。单纯镜下喷洒止血对于血管性出血效果欠佳,转外科病例均为溃疡或肿瘤引起小血管破裂出血。对于单纯内镜下注射止血时常因短时间内出血量较多,进镜观察很难快速分辨出血灶,准确注射困难,虽经反复注射有时仍难以达到满意的止血效果,且延长了治疗时间,增加了患者的痛苦,也增长了并发症的发生率。对于局部喷洒+黏膜下注射+热极凝固联合止血方法,先喷洒止血可使镜下注射及热极治疗前减少出血量,充分的暴露视野,提高注射及热极治疗的准确度,而在注射止血后加用热极探头治疗,使血管碳化,从而加强了镜下止血效果,其再次出发生血率明显低于单纯喷洒及单纯注射组,止血疗效更好,出血复发率及手术率更低。在本组资料中,巨大溃疡、胃后壁、胃小弯高位溃疡及癌性溃疡喷射性出血是内镜下止血失败的高危因素[6],在联合止血治疗的止血率达到95.92%,止血失败仅1例,主要因癌性溃疡出血1例,溃疡深大,侵蚀血管,动脉持续性喷射出血,病灶显示不清所致。在基层医院在各项条件允许的情况下对于急性非静脉曲张性上消化道出血建议积极镜下止血治疗,且以联合以上多种镜下止血治疗为佳。

4 参考文献

[1] Liach J, Bordas JM, Sameron JM, et al. A prospective randomized trial of peptic ulcer hemorrhage[J]. Gastrointest Endose, 1996,43(2):117.

[2] 吴志强,殷 健,陈立新,等. 上消化道大出血391例急诊内镜诊治分析[J]. 中华消化内镜杂志,2001,18(1):45.

[3] 池肇春. 现代消化道出血诊治技术指南[M]. 北京:军事医学科学出版社,2003:219.

[4] 方维丽,王邦茂. 非静脉曲张性上消化道出血的内镜治疗[J]. 中国临床医生,2004,32(4):15.

[5] 吴承荣,黄留业,刘运祥,等. 经内镜热极治疗上消化道出血疗效观察[J]. 中华消化内镜杂志,2005,22(1):18.

[6] 黄留业,刘运祥,于永征. 内镜下注射治疗胃溃疡出血失败的因素分析[J]. 中华消化内镜杂志,1999,16(4):245.

[收稿日期:2011-06-24 编校:王丽娜/郑英善]

应用综合康复手段治疗脑卒中偏瘫肩痛的疗效观察

张鉴栩,张艳玲,赵 敏 (吉林大学第一医院康复科,吉林 长春 130021)

[摘 要] 目的:对应用综合康复手段治疗脑卒中偏瘫肩痛的疗效进行观察。方法:首先是针对肩关节局部的治疗,如体位的摆放、肩关节的支撑、保持上肢关节活动度,并实施针刺、理疗、按摩等辅助疗法,然后是针对神经损害和异常运动模式的治疗,这包括PNF、Bobath、关节松动技术等。结果:这种以上肢功能训练为主的综合康复治疗技术,不仅有利于预防肩痛的发生和治疗肩痛,对上肢功能及手功能的恢复也起到了积极的作用。结论:上肢功能综合康复手段可有效治疗肩痛,有利于偏瘫患者肩痛的全面康复。

[关键词] 偏瘫肩痛;上肢功能;综合康复手段

脑卒中偏瘫并发肩痛在临床上较为常见,通常表现为肩关节活动时肩部剧烈疼痛,严重的患者可有静息时自发性疼痛,被动肩关节活动受限,尤以肩关节的前屈、后伸、旋后和外展时疼痛加重,致使患者躲避触摸,拒绝主动或被动活动,阻碍了上肢功能康复的正常进行,影响了上肢功能及手功能的恢复,进而使上肢功能的恢复率降低,也影响患者的心理状态。针对上述临床表现,我科在偏瘫并发肩痛的患者治疗过程中,兼顾肩关节局部韧带、肌肉状态以及神经损害情况和异常运动模式,应用综合康复治疗技术进行以上肢功能训练为主的综合康复治疗,在上肢功能及手功能恢复的同时,使大多数患者的肩痛得到改善,取得了较满意的治疗效果,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:2008年9月~2009年9月我院康复科治疗了60例偏瘫并发肩痛的患者,其中男40例,女20例,年龄28~79岁,平均53.9岁。脑出血患者20例,脑梗死35例,脑动脉瘤术后2例,脑外伤3例。左侧肩痛38例,右侧肩痛22例,其中肩关节半脱位患者8例,肩手综合征2例。患者均经头部CT扫描确诊,平均治疗天数68 d。

1.2 康复评价:疼痛评分则采用SIAS中风患者功能障碍评价,其中疼痛严重影响睡眠,肩关节被动前屈<45°为0分;疼痛较重,偶尔影响睡眠,肩关节被动前屈45°~90°为1分;疼

万方数据