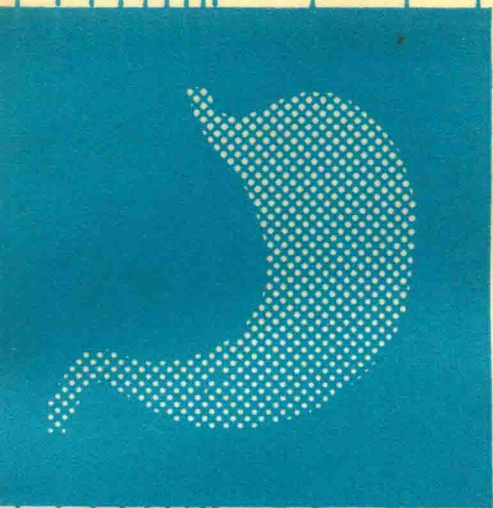




〔澳〕丕·斯·亨特 编著

曹建崇 叶林书 赵增湘 刘继红 译

黄昌霞 黄志强 华俊东 刘世恒 校

胃肠出血

吉林科学技术出版社

胃 肠 出 血

[澳] 丕·斯·亨特 编 著

曹建崇 叶林书 赵增湘 刘继红 译
黄昌霞 黄志强 华俊东 刘世恒 校

吉林科学技术出版社

胃 肠 出 血

著 者 〔澳〕 丕·斯·享特

译 者 曹建崇 叶林书 赵增湘 刘继红
校 对 黄昌霞 黄志强 华俊东 刘世恒

胃 肠 出 血

责任编辑：索健华

〔澳〕 丕·斯·享特 编著

曹建崇 叶林书 赵增湘 刘继红 译
黄昌霞 黄志强 华俊东 刘世恒 校

封面设计：李冰彬

出版 吉林科学技术出版社 787×1092毫米32开本 7.375印张
插图 8 幅 160 000字
1992年6月第1版 1992年6月第1次印刷
发行 吉林省新华书店 印数：1—2 200册 定价：3.90元
印刷 磐石县印刷厂 ISBN 7-5384-1010-4/R·198

译者前言

本书是根据著名教授 Hunt 组织西方多国学者编写的《Gastrointestinal Haemorrhage》一书译成。该书参考了本世纪初至 80 年代中期大量英文文献，对整个 20 世纪西方国家研究胃肠出血的曲折发展作了简要回顾和系统总结，以专题形式对各个问题作了深入探讨，对近 10 余年来开展的新技术所取得的经验进行了介绍，并对未来的研究与展望提出了一些指导性的意见，是研究胃肠出血一部较完整较新颖的经典专著，可供临床、教学和科研工作者学习参考之用。

为避免重复，精简篇幅，翻译中作了适当删节。在整个工作中得到了领导和同志们的支持和热情帮助，承蒙黄志强、黄昌霞、刘世恒教授及华俊东主任医师在百忙之中精心校阅，在此谨致以深切的感谢！

由于水平所限，错误之处在所难免，望先辈同行不吝赐教。

译者

1991年于北京

前言

胃肠出血的治疗，最近10年有相当大的进步，主要应用先进的抢救和监护技术及给予重视，治疗方面也注意了每一个细节和处理的时机，临床亦积累了成功的经验。应用纤维内镜检查提高了诊断的准确性，使治疗可以按既定的方案进行，并可控制高危病人早期出血，从而降低了并发症和死亡率。

许多作者应邀撰写了治疗的有关章节，又增写了下消化道出血等新题目，为阐述某一问题，作者们参考了大量文献，特别是一些尚有争论的问题，并根据完整的资料及病理生理学规律，对今后的发展作了预测。

我感谢作者们的辛勤努力！

丕·斯·亨特

1986年于墨尔本

告 新

京北干季1991

目 录

上消化道出血的死亡率·····	(1)
胃肠出血治疗的前瞻性研究和计算机分析·····	(15)
临床分析和早期内镜诊断·····	(23)
监护和麻醉·····	(36)
慢性消化性溃疡出血的外科治疗·····	(51)
老年人急性上消化道出血·····	(66)
贲门粘膜撕裂综合征·····	(79)
应激性溃疡的发病机理、预防和治疗·····	(87)
药物、酒精与上消化道出血·····	(99)
气囊填塞止血的现状·····	(109)
食管静脉曲张的硬化治疗·····	(118)
食管静脉曲张的治疗和治疗方案·····	(130)
食管静脉曲张的选择性分流术·····	(148)
消化性溃疡出血预测和治疗中的内镜方法·····	(161)
急性结肠出血·····	(173)
慢性肠道出血·····	(185)
胆道出血·····	(196)
全身性出血状态的胃肠出血·····	(208)

上消化道出血的死亡率

一、死亡率和病因学

由于原发病的发病率不同，病因不明以及有无其他危险因素等，故对急性上消化道出血的许多死亡数据结果很难进行解释。上消化道出血病人大致分为3类：

1. 入院之前发生出血的消化性溃疡，除应激性溃疡以外，由于死亡率不同又可再分成3组，即慢性胃溃疡、慢性十二指肠溃疡和急性溃疡。

2. 入院以后发生急性应激性溃疡出血，由其他严重疾病，如严重的创伤、危重的内科疾病、烧伤等引起，其死亡率较高。

3. 食管或胃静脉曲张、胃癌和血液病（如紫癜、白血病等）出血，其死亡率包含急性出血及原发病，如肝病、癌症等病的死亡率。

二、不同时期的死亡率

为便于讨论，分三个时期进行分析。

第二次世界大战以前，输血尚未开展，引起出血的病因诊断亦很不明确。

1940~1975年期间，广泛采用现代诊疗技术，开展抗休克治疗，选择性外科手术，广泛应用抗生素，在重症治疗中

还常使用其他许多检查方法，并明确了急性上消化道出血的原因，特别是消化性溃疡出血。内、外科急诊治疗静脉曲张出血的方法均有进步，如使用加压素、食管气囊填塞、紧急门体分流术和食管曲张静脉结扎术等。

1976~1983年期间，急性上消化道出血的治疗和诊断都达到了很高的水平，包括广泛使用了纤维内镜，手术技术更为成熟，设有先进的监护病房等。

1. 1940年以前的死亡率 这些资料是 Auan 和 Dykee (1976) 根据自己和他人的资料整理而成 (见表 1)，死亡率在 10~22% 之间。静脉曲张出血的死亡率较高，Ratnoff 和 Patter 1938 年以前治疗的 108 例病人，即刻死亡率为 33%，一年死亡率为 70%。但限于当时缺乏诊断设备，不能区分食管静脉曲张出血和溃疡出血，所以静脉曲张出血病人也包括在内，因此消化性溃疡的死亡率实际低于表中所列数字。表 1 资料中的死亡率一般在 10% 左右，其中有 3 组死亡率最低 (2.5%、1.1% 和 1.0%)，并无充足的理由加以说明。

表1 急性上消化道出血的死亡率 (1900~1940)

作 者	地 点	时 间	病人数	死 亡 率 (%)
Aitken (1934)	伦 敦	1929~1933	255	11
Bulmer (1932)	伯 明 翰	1902~1926	467	10
Burger, Hartfall (1934)	伦 敦	1921~1930	137	21
Chiesman (1932)	伦 敦	1925~1931	1 812	10.8
Christiansen (1934)	哥本哈根	1923~1932	289	7.9
Cullinan 和 Price (1932)	伦 敦	1925~1929	109	18
Davies 和 Nevin (1934)	伦 敦	1924~1933	391	21.5
Hellier (1934)	利 兹	1926~1932	202	13

续表

作 者	地 点	时 间	病人数	死 亡 率 (%)
Huret (1924)	伦 敦	1919~1935	600	2.5
Huret和Ryle (1937)	伦 敦	1919~1935	371	1.1
Meulengracht (1935)	哥本哈根	1932~1936	251	1
Paterson (1924)	伦 敦	? ~1924	1 343	3.8

2. 1940~1975年的死亡率 从表2可见,死亡率大多数资料小于11%,一般在5~9%。在许多组中,又划分了消化性溃疡死亡率和全组死亡率。另外还有7组文献报告了静脉曲张出血的死亡率为45~84%。采用静脉或动脉注射血管加压素治疗的6组研究,死亡率也很高,大约在50~93%。用气囊压迫治疗也不尽理想,5组研究中,死亡率在47~82%。

Orkoff 等 (1974) 报告了115例紧急门腔分流病人,早期死亡率为52%,与1组采用结扎治疗方法的早期报告结果相似(46%),而低于内科治疗组的83%。少数研究认为分流处理的死亡率较低。Conn 综述13组报告,平均死亡率为44%,但是对这些研究结果的解释是复杂的,因为要分析死亡率的变化(23~71%),就要考虑一些混乱的变化因素,如门脉高压的不同病因,肝病的严重性和处理的及时与否等。

表2 急性上消化道出血的死亡率 (1940~1975)

作 者	地 点	时 间	病例数	死亡率 (%)
Allan和Dykes (1976)	伯 明 翰	1971~1973	300	9.7
Banning等 (1965)	Essex	1960~1965	223	3
Catex (1959)	布利斯托尔	1953~1956	300	7
			259	5*

续表

作 者	地 点	时 间	病例数	死亡率 (%)
Cocks等 (1972)	伦 敦	1953~1962	1 427	8.6*
Coghill和Wilcox (1960)	伦 敦	1947~1958	325	13
Cotton (1973)	伦 敦	1971~1972	208	3.8
			109	3.7
Duggan (1956)	纽卡斯尔 (澳)	1949~1954	363	8.3
			219	8.7
Fitzherbert和EPPS (1950)	悉 尼	1947~1949	124	7
Fraenkel和Truelove (1955)	牛 津	1948~1952	377	5.6
Hellers和Ihre (1975)	斯德哥尔摩	1968~1969	149	20
			131	11*
Jones (1947)	伦 敦	1940~1947	530	8
Jones (1956)	伦 敦		1 746	7.9
Jones (1961)	伦 敦		534	4.1*
Larse (1961)	Reading		488	5.9*
Lewin和Truelove (1949)	牛 津	1938~1947	305	19
			252	17*
MacCaig等 (1964)	伦 敦	1957~1960	559	7.7*
Main (1964)	Falkirk	1952~1961	300	8.3
			200	8.2*
Needham和Mcconachie (1950)	阿 伯 丁	1941~1948	476	14
Schiller等 (1970)	牛 津	1953~1967	2 149	9
Scott (1940)	格 拉 斯 哥	1936~1940	110	13
Smith (1945)	格 拉 斯 哥	1934~1945	180	10
Thnmas和Rees (1954)	斯 旺 西	1938~1942	160	11.8
		1942~1951	218	8.7
Walls等 (1971)	利 兹	1967~1970	165	8
Wara-McQuaid等 (1960)	Mansfield	1956~1963	200	4.5*
		1956~1958	200	8*
Waterson (1956)	剑 桥	1950~1952	154	9.7

* 组限于消化性溃疡

3. 1976~1983年的死亡率 文献报道的特点是出血部位清楚,死亡率明确。多数资料将急性上消化道出血作为一组,某些资料也分了溃疡亚组(见表3)。作为一组时,死亡率在6~12%,仅限于消化性溃疡时,一组较新的资料统计,死亡率还不到2%,明显低于其他文献报道,其成功之道值得研究。

(1) 伦敦 Middlesed 医院, Abrooy 等人(1979)报告了109例非静脉曲张、非应激性溃疡或癌症原因出血而入院的病人,年龄20~80岁,平均年龄58岁,手术治疗13例,仅死亡1例。无恶性疾病,无严重的肝脏与肾脏疾病,以及无严重贫血者预后明显较好。

表3 自1975年以后溃疡病引起的上消化道出血的死亡率

作 者	地 点	时 间	病 例 数	死亡率 (%)
Allan和Dykes (1976)	伯 明 翰	1970~1973	300	9.7
Bw rer等 (1983)	诺 丁 汉	1980~1982	GU 186 DU 202 糜烂 58 其他 230	11* 6* 5 6
Brolin和Stremple (1982)	Pittsburgh	1973~1977	520	12.
Brown等 (1981)	不利斯托尔	1953~1956 1974~1976	287 272	5.5* 4.5
Garsensen等 (1982)	哥 本 哈 根	1977~1978	88	10
Dawson等1982	伯 明 翰	1981	151	6
Dronfield等 (1977)	诺 丁 汉	1976	322	10
Gilbert等 (1979)	美 国		800	9.4
Hinal等	蒙 特 利 尔	1963~1971 1973~1976	630 334	12.5 6.7
Hoare等 (1978)	伯 明 翰	1979	66 100	1.5* 1

续表

作 者	地 点	时 间	病 例 数	死亡率 (%)	
Hunt等 (1983)	墨 尔 本	1972~1977	整组	728	8.5
			DU	225	6.2*
			GU	76	13.1
			静脉曲张	58	34.5
			急性溃疡	144	7.6*
			其他	166	6.9
			诊断不明	98	2
		1977~1982	整组	588	5.8
			DU	219	2.7*
			GU	113	6.2*
			静脉曲张	59	16.9
			急性溃疡	55	1.8*
			其他	126	4.8
			诊断不明	27	3.7
Kang和Piper (1980)	悉 尼	1976~1977	148	2	
Kittang等 (1982)	奥 斯 陆		90	0*	
La Brooy等 (1979)	伦 敦	1979	101	1*	
Morgan (1979)	Keighley	1975~1976	66	11	
Siddigui等 (1979)	Hartlepool	1979	113	8	
Vallon等 (1981)	伦 敦	1981	178	11*	
Vellacott等 (1982)	诺 丁 汉	1975~1977	GU	173	13.9*
		1978~1980	GU	225	12.9*
		1975~1977	DU	224	9.4*
		1978~1980	DU	260	9.8*
Wetterfors等 (1982)	Linkoping	1976~1980	367	10	
Wong等 (1980)	香 港		467	6.4	

* 组限于消化性溃疡 DU: 十二指肠溃疡。GU: 胃溃疡。

(2) 英格兰伯明翰城的 Hoare 等人 (1979) 在评价甲氰咪胍用于治疗出血的效果时, 报告了 66 例 45 岁以上消

化性溃疡病人，有严重肝病和肾病者除外，由于出血是继发于其他严重疾病，甲氰咪胍治疗无效，需要紧急手术者7例。

Kamg 和 Piper 报告了1976~1977年期间的184例急性上消化道出血病人，死亡18例(9.8%)，如果去除静脉曲张和癌症，死亡率为5%。非静脉曲张、癌症和应激性溃疡病人148例，仅3例死亡(2%)，14例入院后因急性应激性溃疡出血者死亡率为28%。

根据既往的文献，溃疡出血的治疗不如静脉曲张出血进展显著。1975年以后，曾有6组研究，有的属前瞻对比研究，死亡率在46~70%，再次证明注射血管加压素不能降低死亡率；据 Fogel 等(1982)随机研究证明，静脉注射加压素和安慰剂死亡率并无差别，医院内死亡率仍达45%。Grdham 和 Sinth (1983)报告了85例酒精性肝硬化病人，内镜检查确诊为静脉曲张出血，内科治疗早期死亡率为42%。Kang 和 Piper (1980)报道，医院内死亡率达63%。研究非酒精性肝病所致静脉曲张出血行手术处理的报告极少。Toduli 等报告(1983)38例急诊门腔吻合术病人，死亡率为63%。Orloff 等人(1980)报告180例行分流处理的肝硬变病人，早期死亡率为42%。

内镜注射硬化剂治疗这一古老技术，近几年再次被引用，据8篇资料报告，治疗急性静脉曲张出血的死亡率在13~50%。

在一项8年(1972~1980)的前瞻研究中，Hunt 等(1982)报告了91例静脉曲张出血病人，医院死亡率仅26%，后4年下降至18%，并在以后的资料中得到证明(见表4)。作者认为能取得这样显著效果，主要是坚持了一些

常规的作法，包括早期内镜检查，内、外科密切配合，设立监护病房，广泛使用气囊填塞和进行手术减压治疗等。这一研究和 Orloff、Aicison 等人的研究都证明食管静脉曲张病人的存活率是可以提高的。

三、急性上消化道出血的死亡率的变化

1. 消化性溃疡 综观不同时期各组死亡率有很大差别，总的来说（见表1~3）一般在8~10%，三个时期从数值上看似乎并没有什么变化，但从出血死亡以老年组较高来分析，则忽视了全世界老年人数量增加的因素，此外也忽视了慢性溃疡、急性溃疡和静脉曲张出血死亡率不同这一因素。Kang 和 Piper (1980) 曾指出，1939~1977年出版的英文文献中，急性上消化道出血的死亡率几乎没有什么变化，但若按非静脉曲张、非癌症、非应激性溃疡分组统计年龄相关死亡率时，在发表的12篇文献中，60岁以上病人的死亡率有明显的降低，这些文献用充分的资料进行了比较（见图1）。但在整组中，这种改变都被低年龄组的低死亡率掩盖。

在过去10年中，Hunt 对改善急性上消化道出血的预后作了仔细的研究，发表了另一类观察材料。他将1978~1982年治疗的588例病人，与1972~1977年治疗的728例病人分诊断组进行对比（见表4），十二指肠溃疡、胃溃疡和食管静脉曲张出血分别统计，死亡率大约降低了一半，胃溃疡组已达到统计学意义的水平。作者认为这一成绩的取得归因于三个方面：即设立了治疗急性上消化道出血的专科，合理的抢救和明确的处理方案。

在蒙特利尔 Himel 等 (1978) 观察到死亡率的降低跟

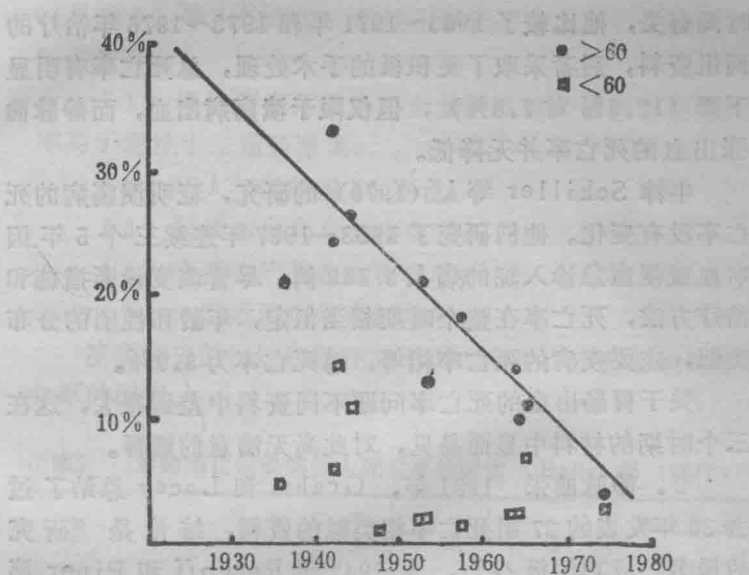


图1 急性上消化道出血病人死亡率与年龄的关系 (除应激性溃疡以外)

表4 墨尔本亨利皇家医院1972~1979和1979~1982年
急性上消化道出血死亡率与出血原因的关系

	病例数	1972~1979		1979~1982		统计学 比较
		死亡数	(%)	死亡数	(%)	
全 组	728	62	(8.5)	588	34 (5.8)	NS
十二指肠溃疡	225	14	(6.2)	219	6 (2.7)	NS
胃 溃 疡	76	10	(13.1)	113	7 (6.2)	$P < 0.05$
食管静脉曲张	58	20	(34.5)	59	10 (16.9)	NS
糜烂性胃炎	144	11	(7.6)	55	1 (1.8)	NS
Mallory-Weiss 综合征	54	1	(1.8)	45	3 (6.6)	NS
其 他	62	7	(11.3)	81	3 (3.6)	NS
诊 断 不 明	98	2	(2.0)	27	1 (3.7)	NS

对慢性消化性溃疡而言。NS: 无统计学意义。

时间有关，他比较了 1963~1971 年和 1973~1976 年治疗的两组资料，后者采取了更积极的手术处理，总死亡率有明显下降（12.5% 对 7.6%），但仅限于溃疡病出血，而静脉曲张出血的死亡率并无降低。

牛津 Schiller 等人（1970）的研究，证明溃疡病的死亡率没有变化。他们研究了 1953~1967 年连续三个 5 年因呕血或便血急诊入院的病人 2 149 例，尽管改变诊断措施和治疗方法，死亡率在整个时期相当恒定，年龄和性别的分布类似，主要疾病的死亡率相等，总死亡率为 8.9%。

关于胃肠出血的死亡率问题不同资料中差别很大，这在三个时期的材料中显而易见，对此尚无满意的解释。

2. 静脉曲张 1981 年，Grahm 和 Lacey 总结了过去 30 年发表的 27 组死亡率相类似的资料，结论是“研究的极多，成功的极少”，从 1942 年 Ratnoff 和 Piper 第一次单独报道死亡率以来，静脉曲张出血的死亡率无甚变化，一些研究者建议用门腔吻合，注射硬化剂和强化的内、外科治疗方案来提高存活率，这种设想对降低死亡率是有指导意义的。

四、对降低上消化道出血死亡率的期望

消化性溃疡出血治疗的进展：

1. 输血 Grossman 等（1950）指出，临床实验资料证明，输血不能降低消化性溃疡出血的死亡率，但是，如果否定用输血来治疗低血容量休克，则违背治疗学和生理学的规律。

2. 根据 Auerrg Jones（1947、1956），Tradove（1970），Auan 和 Dyke（1976）以及 Balint（1977）

(见表5)等人的研究,急性上消化道出血死亡危险性增加的因素有:

(1) 慢性溃疡死亡率高于急性溃疡,慢性胃溃疡死亡率高于慢性十二指肠溃疡;

(2) 病人年龄超过60岁者;

(3) 持续出血和反复出血者;

(4) 有其他严重疾病存在者;

(5) 入院后溃疡疼痛持续者。

溃疡病史的长短和既往有无出血病史,不是影响即刻死亡率的因素。

表5 影响消化性溃疡病人死亡率的因素 Balint 等 (1977)

因 素	死 亡 率 (%)	因 素	死 亡 率 (%)
溃疡类型		>60	44.0
慢性GU	16, 9.3	急性溃疡<60	1.7
慢性DU	8, 5.6	>60	22.5
急性溃疡	2.5	出血的大小	
病人年龄		收缩压	
<40	2.7	>13.3kpa	8
40~59	4.8	10.5~12.0kpa	18
60~79	13.5	<10.5kpa	
>80	17.9	出血的复发率	
病人年龄和溃疡类型		单次出血	5, 1.7
慢性GU<60	13.3	反复出血	16, 21.5
>60	42.9	持续出血	30
慢性DU<60	7.0		

从这些资料看来,年龄超过60岁,患慢性溃疡和入院后反复出血或持续出血者,危险性较高,伴有其他严重疾病