

消化病与内镜

主编 吴云林

上海科学技术文献出版社

XH222

消化病与内镜

——消化系急症现代治疗暨消化病进展
学术大会文集

主 编 吴云林
编 委 (按姓氏笔画为序)
王吉耀 江石湖 李兆申 姒建敏
金冠球 郑家驹 胡运彪 姚礼庆
钟 捷 袁耀宗 徐富星 储愉德
学术顾问 曹世植 徐家裕 萧树东



上海科学技术文献出版社



3 0001 7775 2

责任编辑：蔡 平
封面设计：何水平

消化病与内镜

主编 吴云林

上海科学技术文献出版社发行

(上海市武康路2号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

上海科技文献出版社昆山联营厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 15.25 字数 418 000

1998年4月第1版 1998年4月第1次印刷

印数：1—3 000

ISBN 7-5435-1248-1/R·239

定价：39.80元

前 言

随着我国的改革开放及现代科学技术的高速发展,消化病学科异军突起,成为我国医学事业中发展最快的新兴学科。但是,我国幅员辽阔,各地区发展很不平衡,有必要采用多种形式的交流和研讨,以积极推广消化病诊断和治疗的新技术、新方法,更好地为人民防病治病。

在业师M.Kurihara、萧树东、谈彬庸、徐家裕、唐振铎、吴裕忻、江石湖等教授的支持下,本人萌发了定期约请国内外有关专家撰写消化病专题进展,同时举行学术交流大会,促进我国消化病事业发展的构想。在此构想的实施过程中,陈敏章、曹世植、于中麟、陆星华、张齐联、汪鸿志、张志宏、黄怀德、钱可大、M.M-aruyama、H.Groitt教授以及上海消化学界众多专家和上海第二医科大学薛纯良教授、上海瑞金医院李宏为教授等都给了我很多鼓励和帮助,在此表示由衷的谢意。此外,我更深切地缅怀我的导师江绍基教授。

本文集重点介绍消化病急症现代治疗及消化系统中的有关进展。由于时间紧迫以及专家们写作风格不同,难免有许多不协调的地方。数百篇来稿反映了我国消化病基础和临床工作的现状和发展;但因种种原因,不少好文章只能作摘要甚至列题介绍,敬请作者和读者谅解。

欢迎各位专家和医学同道们提出批评和建议,我们将不断总结经验,改进工作,为发展我国的消化病事业而努力。

上海第二医科大学附属瑞金医院

内科教授 吴云林

1998年3月26日

目 录

第一篇 消化病急症

上消化道出血的现代治疗	G. Brunner (3)
非静脉曲张性上消化道出血的内镜止血治疗	李增烈 (6)
胃静脉曲张分类、诊断与治疗进展	李兆申等 (12)
贲门失弛缓症的研究进展	张忠兵 (23)
Dieulafoy病及出血的紧急诊断与治疗	晋佩瑀 (26)
暴发型肝衰竭的治疗进展	周霞秋 (31)
肝硬化顽固性腹水的研究现状及进展	姚希贤 (35)
门脉高压症手术治疗的近况	蔡伟耀 李宏为 (40)
急性化脓性梗阻性胆管炎的内镜处理	胡 冰 周岱云 (45)
缺血性肠病的临床进展	徐肇敏 (52)
VSB-推进式电子小肠镜诊断十二指肠和空肠出血	吴云林 (57)
剖腹手术中紧急内镜检查的临床应用	李兆申 许国铭 (65)
动脉造影对急性消化道出血的诊断和治疗	陆 玮 (69)
内镜检查和治疗的并发症及其对策	潘文胜 钱可大 (77)

第二篇 消化病进展

胃癌诊断的理论基础	丸山雅一 (85)
胃癌癌前病变的阻断研究	史奎雄 (89)
胃癌研究二十年	樊代明等 (95)

早期胃癌内镜治疗	程凤岐 (100)
早期胃癌内镜诊断与治疗进展	藤野雅之 (105)
硬型胃癌的X线诊断	松川正明等 (108)
胃MALT淋巴瘤研究的若干进展	欧阳钦 (111)
细胞凋亡与胃癌治疗	江石湖等 (119)
十二指肠胃返流与碱性返流性胃炎	罗金燕 (126)
经皮内镜胃造瘘术 (PEG) 临床应用进展	赵幼安 (132)
肥大细胞与胃肠道疾病	王亚雷 侯晓华 (139)
表皮生长因子 (EGF) 与消化道疾病	夏璐等 (144)
一氧化氮 (NO) 与胃肠疾病	林庚金 (153)
腹腔内温热化疗防治胃肠道癌术后腹膜复发的临床研究与应用	朱正纲等 (162)
消化道肿瘤化疗的最新策略	吴裕忻 (168)
美国的乙型肝炎及其预防	汤于任 (175)
慢性乙型肝炎抗病毒治疗的进展	徐克成 (178)
门脉高压药物治疗的病理生理基础	王吉耀 (191)
内镜下液电碎石术治疗胆道结石的疗效评估	王卫东 刘子贤 (197)
磁共振胰胆管造影	方文强 江浩 (201)
MRCP的临床应用	H.J. Brambs (205)
阿司匹林及非甾体抗炎药预防结直肠癌	王莉 吴裕忻 (208)
内镜下早期大肠癌诊断与治疗进展	徐富星 (214)
早期大肠癌的X线和内镜诊断及治疗	松川正明等 (216)
炎症性肠病的治疗进展	巫协宁 (223)
肠易激综合征的研究进展	姜若兰 (229)
酪酸菌制剂治疗消化道疾病的进展	唐振铎 (235)
生长抑素治疗胰腺疾病进展	许国铭 (240)
慢性胰腺炎的诊断与治疗进展	徐家裕 (244)
内镜消毒的若干问题	汪鸿志 (254)

第三篇 消化病基础与临床研究

- 硬化剂联用奥曲肽或单用硬化剂治疗静脉曲张
急性出血的研究.....M. Beauchant (259)
- 内镜微创治疗胆总管结石1 200例分析
.....秦明放等 (268)
- 内镜下 Wallstent TM 金属支架置入术治疗
恶性胆道梗阻的预后因素分析.....E.C.Forerster (270)
- 急症腹腔镜胆囊切除术的评价.....秦明放等 (276)
- 天花粉蛋白与重组干扰素 α -2b对胃癌
细胞杀伤作用的比较研究.....胡梅洁等 (281)

第四篇 附录

- 一、上海消化系急症现代治疗暨消化病进展学术大会
论文摘要..... (287)
- 食管..... (287)
- 胃和十二指肠..... (322)
- 空肠和回肠..... (401)
- 结直肠..... (404)
- 肝脏..... (419)
- 胆道与胰腺..... (430)
- 腹腔及其他..... (439)
- 二、上海消化系急症现代治疗暨消化病进展学术大会
论文列题..... (444)

第一篇 消化病急症



上消化道出血的现代治疗

德国汉诺威大学医学院医院

G. Brunner

上消化道出血是指来源于食管、胃或十二指肠球部疾病并发的出血。本文简要综述上消化道出血的当代认识及现代治疗。

食管出血

食管静脉曲张破裂出血

食管静脉曲张破裂出血是食管出血的最常见原因，绝大多数活动性肝硬化患者会发生静脉曲张，门静脉或脾静脉血栓形成也可造成静脉曲张。硬化剂注射治疗或曲张静脉结扎治疗常需有经验的内镜医师和助手协同操作，同时还需具备良好的仪器设备；简单有效和安全的止血方法是气囊填塞（三腔二囊管压迫）。这些方法通常是在活动性出血停止后的几天内进行，根据病情需要可反复治疗数次直至静脉曲张消失。硬化剂治疗的同时应于静脉内使用质子泵抑制剂以预防硬化剂治疗可能造成的糜烂和溃疡。

食管溃疡和糜烂性出血

返流相关的活动性溃疡或糜烂出血可采用肾上腺素或硬化剂（如乙氧硬化醇）注射法来止血，氩激光或热探头烧灼同样有效。经上述初步治疗后，应即行静脉内大剂量奥美拉唑治疗3~5天，随后改口服奥美拉唑维持。

食管贲门粘膜撕裂症出血

严重呕吐可在横膈裂孔处产生非常强大的压力并造成粘膜乃至贲门区肌层的撕裂。这类出血常能自然停止，但有时会发生危及生命的大出血，此时则需行紧急手术止血。内镜检查是明确诊断的有效方法，约90%的患者内镜下可见贲

门处的粘膜撕裂而出血却已停止。对于仍在活动性出血的部位,可注射肾上腺素或小剂量硬化剂。此时绝对有必要静脉内注射奥美拉唑以提高胃腔内pH值,防止糜烂加重和预防再出血发生。对仍有恶心、呕吐的患者应同时予以镇呕吐治疗,最佳的镇吐药物是胃复安,三氟丙嗪也可使用。

胃和十二指肠出血

静脉曲张出血

胃内静脉曲张出血的部位绝大多数在胃底近贲门口,胃底部和胃体上部的曲张静脉极少见。特殊形态的气囊和梨形Linton气囊压迫并以1公斤重量牵拉能使此类出血立刻停止。胃底大量的曲张静脉出血可行N-丁基-2-氰丙烯酸盐(Histoacryl)注射止血,Histoacryl能使曲张静脉管腔迅速闭合。少量的曲张静脉可在内镜倒置下反复作乙氧硬化醇注射治疗。硬化剂治疗的同时应给予能高效抑酸的质子泵抑制剂,直至硬化剂治疗造成的溃疡彻底愈合。相对于常见的胃底静脉曲张,十二指肠球部和十二指肠降部上端的静脉曲张出血则很少见。然而球部静脉曲张出血对患者的危害性较大,目前尚无压迫球部静脉曲张的气囊,常需以紧急外科手术达到止血目的,但是门脉高压造成的腹腔内弥漫性血管开放和淤血使手术非常困难,有时甚至失败。硬化剂注射治疗在此类疾病常无效,且有损伤胰腺的可能而极其危险。最佳的止血治疗是注射Histoacryl,作者用此方法成功治疗了23例患者,其中包括5例以前手术失败者。

溃疡出血

胃和十二指肠溃疡是出血的最常见原因,在刚引入能有效降低胃酸分泌药物时,溃疡出血率和手术率曾有明显的下降,但目前胃和十二指肠溃疡出血再呈上升趋势,其主要原因与非甾体类消炎药的使用有关。随着人类平均寿命的延长,易发生退行性变和/或炎症性骨病疼痛的老年人口不断增加。由于此类药物具有镇痛作用,常造成大多数服药者在无任何先驱症状情况下发生消化道出血。

幽门螺杆菌相关的消化性溃疡也有相当频繁的出血机

率,这些患者不适症状存在时间通常很长。内镜检查明确诊断,并于内镜下注射肾上腺素、硬化剂,或用热探头、氩激光治疗后,出血会立即停止。如果溃疡位置是在球部后壁或左侧壁,则禁忌行硬化剂注射治疗,因有可能损伤胰腺。约25%溃疡出血经内镜下各种治疗后止血,但在短时间内易再出血。抑制胃酸分泌,提高胃内pH值有助于预防溃疡再出血。

提高胃内pH值在防止再出血中的重要意义

经内镜治疗活动性出血停止后,维持3~5天胃内pH值在6或7左右非常重要,这个pH值是保持止血状态的最佳环境。血小板凝聚在pH值为7时最为理想,低pH值会使血凝块溶解,当pH值为5.8时血小板无法凝集。血液凝集过程的最适pH值为7.0。低pH值易使整个凝血过程遭到破坏。但从食物消化角度而言,低pH值是非常有利的。目前认为要使胃内pH值完全有利于止血状态似不可能。即使静脉内给予大剂量 H_2 受体拮抗剂也无法取得类似的效果,因人体对药物会很快产生耐受性。当前唯一能使人体胃内pH值达到6.0以上的静脉内使用的药物是奥美拉唑,其最佳剂量为80mg首剂静脉推注后以8mg/h的速度连续静脉滴注,这个剂量可使胃内pH值迅速达到6.0以上。数项对照研究结果提示,此治疗剂量能有效改善出血性溃疡的预后,并使再出血率、输血需要量和紧急手术率等明显降低。

根除幽门螺杆菌可防止复发性溃疡出血

有出血性溃疡的患者再次发生溃疡出血的机率很高,在18个月随访期内65%的患者出现溃疡复发,其中50%以上的溃疡并发再出血。数项对照研究发现,根除幽门螺杆菌可使8个月随访期内溃疡复发再出血率降低为0%。幽门螺杆菌对非甾体抗炎药诱发的溃疡出血有很重要的影响,根除幽门螺杆菌可明显降低非甾体抗炎药维持治疗时的溃疡复发率。理论上认为,对幽门螺杆菌相关的溃疡出血都应在出血停止后接受幽门螺杆菌根除治疗。

讨 论

所有上消化道出血的处理应遵循三个原则:正确的内镜

诊断,内镜下及时的止血治疗和静脉内使用质子泵抑制剂奥美拉唑使胃内pH值升至6.0以上。如果操作得当,内镜下各种治疗措施如注射肾上腺素或硬化剂和出血血管烧灼术的风险甚小。纤维素粘合剂治疗效果并不优于肾上腺素,但价格却十分昂贵。内镜下使用金属止血夹是即刻止血的一项新方法,此技术目前经验较少,仅限用于较大肉眼可见血管出血的止血。口服和静脉内使用质子泵抑制剂奥美拉唑治疗效果极佳,且耐受性良好,并证实在孕妇中使用也十分安全。内镜下各种止血措施联用质子泵抑制剂奥美拉唑强烈抑制胃酸是当代上消化道出血治疗中的重要原则,并使外科手术率明显减少。

参 考 文 献

1. Stiegmann GV, Goff JS, Michaletz-Onody PA, et al. Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *New Eng J Med* 1992;326:1527
2. Merki H, Wilde-Smith C. Do continuous infusions of omeprazole retain their effect with prolonged dosing? *Gastroenterol* 1994;106:60
3. Lind T, Adland E, Eriksson P, et al. Beneficial effects of i.v. omeprazole in patients with peptic ulcer bleeding. *Gastroenterol* 1995;108:49
4. Havelund T, Horing H, Boerby S, et al. Omeprazole improves outcome in peptic ulcer bleeding. *Gastroenterol* 1995;108:51
5. Ohta S, Yukioka T, Onta S, et al. Hemostasis with endoscopic hemoclippping for severe gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Am J Gastroenterol* 1996;91:701

非静脉曲张性上消化道 出血的内镜止血治疗

陕西省人民医院 (710068)

李增烈

上消化道出血是内科常见的急症,其原因甚多,发生率

随地区、单位和选择标准不同而各异。但综合国内外材料,仍以消化性溃疡病占首位,其次为粘膜病变或食管静脉曲张或胃癌等。虽然近年来,上述原发病和上消化道出血本身的诊断与治疗有很大进步,但世界各地的材料都说明死亡率并未下降,从1930年起始终保持在10%左右。另外,高龄出血患者有逐年增加的趋势,这对人口老龄化的我国,无疑是一个重大挑战。笔者讨论非静脉曲张性上消化道出血(UGB)内镜止血的若干进展,首重介绍实际应用方面的情况。

UGB内镜治疗的原理与方法

UGB内镜治疗的前提有两方面,一是全身性综合治疗,务必达到生命体征平稳,患者神志清醒,能够合作;其次,要求操作医生内镜技术熟练,对患者作适当的术前处置,术后必须严密观察。

UGB内镜治疗方法至今还在不断开发之中,总的说来可以分为物理学方法和化学方法两大类。

物理学方法

(1)压迫法:仅对明确的小范围出血有效。可用活检钳瓣或特制球囊直接对准出血部分进行压迫,一般30秒~1分钟,可反复施行;(2)钳夹法:用Olympus特制的止血夹对准出血部位钳夹结扎。立即止血成功率高,复发出血率低,并发症极少但操作技术较复杂;(3)电凝法:电流通过组织而生热,温度升高的程度取决于组织的电阻和电流密度。调整接触面积配大接地板(患者侧),可产生较高温度。用高频交流电能避免对神经或心肌的刺激。方法为经活检钳道送入电凝电极,先将电极接触出血灶周围粘膜,再接通电源行电凝,每次持续3~7秒,一般在出血灶周围电凝4个点,最后对出血中心部位电凝。单极电凝法止血效果好,但全层损伤发生率高,电极易与组织粘连,抽取电极时可因撕脱造成再出血,以后发展的双极以至三极装置,可克服上述缺点。本法较简单,可搬动,止血效果确实,但设备较贵,对组织有一定损伤;(4)微波法:原理是将一定频率的电磁波在组织内转变成热能,而使组织

凝固、坏死。所用微波辐射功率30~50W,时间为5~10秒,针状电极长2mm,有效率达91%~100%,少数病例治疗后有轻微上腹部灼热感,也有撕脱再出血的缺点。本疗法特点:可搬动,操作简便,易瞄准目标,组织损伤深度可以控制,价格适中;(5)热凝探头法:探头系黄铜制成,自活检孔插入,温度可达160°C,其先端部有电子半导体控制,可自动停止升温。由于是通过热传导发挥作用,损伤小,不粘连,安全但价格较昂贵;(6)激光法:将光能在组织内转变为热能,从而使组织蛋白质凝固以止血。氩激光:易为粘连表面和血液所吸收,常需要配二氧化碳嘴以清洁、干燥出血部位。经挑选的、无对照组的止血成功率为67%~96%,无并发症。有报道其即刻止血成功率为77%,对照组为39%。此法疗效确实,不良反应小。Nd-YAG激光:其激光束能穿透组织与动脉深达5mm,不被血液等吸收,故出血面无需特别清理。对于活动性出血性溃疡,止血成功率为83%~99%,设对照组的报道为77%对60%。国内报道治疗UGB优于用药物止血的对照组。使用功率40~52W,照射时间0.5~1秒,距离约1cm。Nd-YAG比氩激光对组织损伤较大,并发症发生较多(1%)。

拥有Nd-YAG激光设备的单位发展了一种新的激光纤维,用这种新的喷水引导式同轴H₂光纤与传统的非接触性同轴的CO₂光纤对比治疗消化道溃疡的血管裸露,显出其优越性。激光束通过喷水通道,水起到冷却作用,高强度能量作用到胃肠壁的深层,形成深“容积凝固”,即深层凝固和由此产生的治疗性组织水肿。此新技术治疗血管露出溃疡的结果满意,但不能直视下控制,深层凝固有穿孔危险。

化学方法

酒精注射法 纯酒精有强力脱水固定作用,引起组织收缩与细胞坏死,加上促进血栓形成而止血。方法:在出血部位(或露出之血管)旁1~2mm,每点注射无水酒精0.1~0.2ml(量过多时易形成大溃疡),共3~4点,最后对出血灶或血管残端注射。

盐水注射法 注射液的浸润,形成对出血源的压迫及使

血管收缩。用高渗盐水(15~20%)或1:10 000~20 000去甲肾上腺素生理盐水溶液,生理盐水乃至蒸馏水之一均可。注射方法同上,也有在出血灶或血管残端加注硬化剂者。用生理盐水时,每点可用2~5ml,高渗盐水量应稍减。本法疗效肯定,简便易行,价格低廉。

喷洒凝血或缩血管药 用凝血酶2万单位(加生理盐水40ml),或局部喷洒凝血酶后,再用另一注射器推洒纤维蛋白原液,两者很快在出血局部形成凝固物,有压迫作用和补充凝血因子的好处,惜此凝固物易脱落。也可单喷凝血酶原(或其复合物)或纤维蛋白原。缩血管药,可喷洒去甲肾上腺素液(0.1~0.25mg/1000ml),用冰生理盐水配制更好。

喷洒某些中药 国内报道用复方五倍子液5~10ml,或含阿胶、白芨、三七等的止血胶。

局部保护剂 硫糖铝可在溃疡底部形成保护层,其结合力在溃疡底部较正常组织强6倍,可单用于止血,也可并用于前述各种处置后。现有硫糖铝混悬剂(舒可捷)面市,使用方便,价格合理。

近年来,作者使用以 α -氰基丙烯酸高级烷基酯为主要成分的胃-1胶(商品名),通过塑料注射器及专用管向出血部位喷洒,立即止血率达85%。创面无需特别清理,不损伤组织,能加速血液凝固和血块退缩,设备简单,无毒副反应,可反复施行,但应合理操作,避免发生送水孔堵塞。

各种内镜止血方法的比较

由于可供使用的方法甚多,临床医师常选用疗效优越者,下述的部分对比研究,可提供参考。

对107例严重UGB患者作了注射肾上腺素合用或不合用乙醇胺(硬化剂)注射的对比研究。两法治疗后的患者在手术率、输血量、住院天数方面相似,均无合并症。加用硬化剂并不优于单独注射肾上腺素。香港和西班牙报道的经验与此类似。

德国学者对比了注射乙氧硬化醇与纤维蛋白胶的疗效。对象为79例活动性溃疡病出血患者或有非出血血管露出

或有附着血块。结果发现注射纤维蛋白胶后的再出血率较低。

克罗地亚学者对有血管露出或附着血块的155例溃疡出血患者,分别注射乙氧硬化醇或用Nd-YAG激光治疗并对比。结果两者疗效相同。活动性出血溃疡用激光治疗较好,因为它能迅速止血;而血管露出,用注射治疗较好,因为出血危险性低。

英国有44例活动性溃疡出血或血管露出的患者,随机接受注射肾上腺素液或Nd-YAG激光治疗,首次止血率、再出血率、住院天数两组大致相同。

近来台湾的一项研究表明,注射蒸馏水治疗活动性溃疡出血(52例患者)与注射肾上腺素一样有效,无论最初的或长期止血的效果均如此。

80例严重UGB患者前瞻性研究发现,热凝探头或酒精注射治疗,安全性和有效性相同。

影响内镜止血疗效的因素

综合各家报道认为:(1)年龄:关系不大,亦有认为高龄、高位胃溃疡易再出血;(2)内镜所见:血管露出及喷射性出血者,需外科手术者多;(3)溃疡深度:深溃疡出血多于浅溃疡;(4)出血程度:出血程度愈重,手术病例愈多;(5)病变部位:球后,广泛出血糜烂需手术者多;(6)伴随疾病:伴随有严重全身疾病者,内镜止血疗效差。

内镜止血治疗的并发症与再出血

任何内镜治疗并发症的发生都比常规内镜检查要高。UGB内镜治疗并发症虽然不多,但已有胃肠壁内血肿(注射)、急性胰腺炎、室性心动过速、短暂而严重高血压(注射肾上腺素)、穿孔(激光、微波、注射)、电击(电凝)、心跳呼吸骤停、溃疡增大乃至出血等并发症报道,应加以警惕并及早辨认和作出及时而妥善的处置。

首次内镜止血后,危险的是再次出血(20%左右),往往是导致死亡的最重要因素。再出血多发生于首次内镜治疗后的头几天。如在止血成功后再次治疗,可预防某些患者的再出