

消化系统病诊治 争议病案集

姒健敏 主编

Selection of controversial cases
in the diagnosis and treatment
of digestive diseases



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

姒健敏 主编

消化系统病诊治 争议病案集



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系病诊治争议病案集 / 姒健敏主编. —杭州: 浙江大学出版社, 2009. 10

ISBN 978-7-308-07123-9

I. 消… II. 姒… III. 消化系统疾病—诊疗—病案—汇编 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 182195 号

消化系病诊治争议病案集

姒健敏 主编

责任编辑 严少洁

出版发行 浙江大学出版社

(杭州天目山路 148 号 邮政编码 310028)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排版 杭州中大图文设计有限公司

印刷 杭州杭新印务有限公司

开本 787mm×960mm 1/16

印张 12.75

字数 212 千

版印次 2009 年 10 月第 1 版 2009 年 10 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-308-07123-9

定价 32.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部邮购电话 (0571)88925591

前 言

医学不断地进步发展,对疾病的认识也经历了一个又一个新的阶段。但由于医学的复杂性和疾病预后的不可预测性,在临床诊治过程中必将遇到争议。减少争议的发生,维护患者和医生的双方权益,是目前普遍关注的热点。近年来国内外出台越来越多的相关疾病诊治指南,使我们在诊治中能有章可循,有据可依。但是,诊治过程中还是有许多复杂的案例,需要结合实际病情,灵活掌握,适时运用。基于提高医术水平和提高医疗质量、规范医疗行为的需要,我们收集了近年来消化系统疾病相关的若干争议病例,在浙江省内多次组织消化专科医生讨论会,对这些争议病例对照诊治规范或共识进行分析,发现或多或少都有教训可供汲取。当然这些争议的发生既有医学技术本身的局限,也有医生认识上的不足,或没有按诊治规范进行诊治,或存在医患沟通不够,患者未充分理解,部分也确实是由于某些医务人员的医疗技术水平不高、责任心不强所致。本书对这些病例逐个进行点评,并附有国内外对相关疾病的诊治指南,解读其中所存在的疑问。

编者期望此书能供临床医师和医学教育者在临床医疗活动和临床教学中参考,能使阅者从中汲取经验,提高医术,规范医疗行为,减少临床诊治过程中的偏差,改善医患沟通技巧。



书中非专业内容和一般资料有些经过编改,如有与你所诊治的患者相似纯属巧合。由于一些病例材料不够完整,无法进行更深入的讨论,加之编者水平有限,书中难免有误,望广大读者批评指正。

衷心感谢病例资料提供者,感谢相关疾病诊治规范、共识的编著者对本书出版做出的贡献!

姒健敏

2009年7月1日于浙江大学

目 录

CONTENTS

一、食管、胃疾病

病例 1	食管异物	1
病例 2	孤立性胃底静脉曲张伴破裂出血	5
病例 3	上消化道大出血:食管胃底静脉曲张破裂出血?	9
病例 4	贲门溃疡术后输入袢梗阻	13
病例 5	胃溃疡穿孔	17
病例 6	胃癌术后吻合口狭窄	21

二、肝脏疾病

病例 7	重型肝炎合并病毒性心肌炎可能	25
病例 8	妊娠合并肝病	30
病例 9	肝硬化、脾功能亢进	36
病例 10	肝功能损害:药物性肝病?	41
病例 11	肝硬化并发水、电解质紊乱	46
病例 12	肝硬化并发肝性脑病	50

三、胆道疾病

病例 13	胆囊息肉术后并发胆管狭窄	54
病例 14	胆石症合并肝脓肿	58
病例 15	胆囊结石手术大出血	62
病例 16	ERCP 术后胆漏	66
病例 17	黄疸待查:肝衰竭? 胆总管结石?	72



四、其 他

病例 18	成人斯蒂尔病并发药物性肝病	77
病例 19	结核病并发药物性肝病	82
病例 20	多发伤后腹痛	88
病例 21	酒精中毒	92
附录一	常用缩写词	96
附录二	相关疾病诊治指南	97
1.	美国消化道异物处理指南	97
2.	肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识 (2008,杭州)	101
3.	美国肝病研究学会最新推荐的慢性乙型肝炎诊治指南	117
4.	慢性乙型肝炎防治指南	124
5.	急性药物性肝损伤诊治建议(草案)	152
6.	酒精性肝病诊疗指南	159
7.	关于“肝硬化腹水伴自发性细菌性腹膜炎”的实践指南	165
8.	肝衰竭诊疗指南	169
9.	肝胆管结石病诊断治疗指南	179
10.	中国抗生素应用指南 ——2005 年中国抗生素应用指南	190

一、食管、胃疾病

病例 1 食管异物

一、病史摘要

患者,女,50岁。主诉“反复发热伴吞咽不适1月,高热5d”,于××年3月28日下午入住A医院。病历记录:患者1月前吃鱼后感喉中有异物,当天开始发热,体温39℃,有畏寒,伴右侧前胸及背部酸痛,无头痛,无咽痛,无咳嗽咳痰,无胸闷气急,在当地医院诊为“上呼吸道感染”,予抗炎降温治疗后体温下降,但仍感吞咽困难。16d前因上腹不适在B医院门诊就诊,经胃镜检查诊断:非糜烂性食管炎、慢性浅表性胃炎、十二指肠球炎。5d前患者再次出现高热,当地医院抗感染治疗后体温未下降,遂来A医院。入院查体:神志清,贫血貌,体温39℃,血压144/80mmHg,心率105次/min,呼吸20次/min,两侧胸廓对称,叩诊清音,两肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音,右侧背部6~7肋轻压痛,无红肿,心律齐,未闻及杂音,腹平软,未及压痛,肝脾肋下未及,下肢无水肿。急诊胸片提示:左下肺可疑斑片状影。入院诊断:发热待查,左下肺炎?入院后检查:大便隐血++,Hb 110g/L,予抗炎、补液等治疗。入院第5日凌晨2时50分患者诉上腹不适,随即呕出鲜红色血约100ml,伴烦躁不安,小便失禁,四肢苍白湿冷,测血压收缩压90mmHg,舒张压不能测及,立即组织抢救,随后患者出现神志不清,血压测不出,行气管插管,并心肺复苏抢救,4时15分许转ICU,凌晨5时33分,患者病情再度恶化,经抢救无效于6时44分死亡。

二、医患双方争议意见

患方认为:A医院在对患者的诊治过程中存在以下过错:内科收治外科患者,未行相应的内镜及影像检查,30多个小时内误诊误治,延误治疗时机,最终导致患者抢救无效死亡。



医方认为:医方对患者的病情诊断、治疗符合规范,处理得当,不存在过错,不应承担责任。

三、争议相关诊疗事件分析

1. 关于诊断的及时性和准确性

食管异物约 80% 发生于儿童和老年人,90% 的异物可以进入胃肠道,而 10% 进入呼吸道。异物可以引起消化道出血、穿孔形成瘘,甚至累及主动脉,后果严重。对食管异物的诊断,病史非常重要。①大多数患者有明确的异物误吞史,应进一步了解异物性质、形状及存留时间。②当异物位于食管上段时,患侧颈部常有轻微压痛,间接喉镜检查,有时可见梨状窝积液。③对于鱼刺、肉骨等在 X 线下不显影的异物,应行食管钡剂 X 线检查。对于在 X 线下显影的异物,可直接做 X 线定位。④对于少数异物病史明确,但 X 线检查不能确诊,药物治疗后症状改善不明显者,可酌情行食管镜检查,以明确诊断。

诊断食管异物损伤的分级标准:根据胸食管异物损伤程度,临床上可将其分为 4 级。Ⅰ级指的是食管壁非穿透性损伤(食管损伤达黏膜、黏膜下层或食管肌层,未突破食管壁全层),伴少量出血或食管损伤局部感染;Ⅱ级指的是食管壁穿透性损伤,伴局限性食管周围炎或纵隔炎,炎症局限且较轻;Ⅲ级指的是食管壁穿透性损伤并发严重的胸内感染(如纵隔脓肿、脓胸),累及邻近器官(如气管)或伴脓毒症;Ⅳ级指的是濒危出血型,食管穿孔损伤,感染累及主动脉,形成食管主动脉瘘,发生难免的致命性大出血。

此例患者从 1 个月前吃鱼后感喉中有异物并出现发热到当地医院就诊,诊断为“上呼吸道感染”,到半月前至 B 医院就诊,诊断为“非糜烂性食管炎”,再到 A 医院时诊断“左下肺炎?”,到最后因“消化道大出血”死亡。分析整个疾病过程,可能正好经历了疾病的 4 个阶段。但因未做尸体解剖,确切出血原因无法明确。

2. 食管异物的处理原则

食管异物一旦确诊,必须决定是否需要治疗、紧急程度以及治疗方法。下列因素影响处理方法:患者年龄及临床状况,摄入异物的大小、形状和分类,异物存留部位,内镜医师的技术水平。原则上应在 24h 内紧急处理。约 10%~20% 的异物需内镜取出,1% 需外科处理。

治疗上应根据病情给予补液等全身支持疗法;局部有感染者,应使用足量抗生素。

内镜介入的时机,取决于发生误吸或穿孔危险的可能。并且应根据食管异物的损伤程度分级处理:

I级可予内镜取出或推入胃腔,对食管尖锐异物的处理,98.1%可经内镜发现并取出,一般在异物发生的4~6h内进行,但检查时应注意以下各点:①对于尖锐异物,位于食管狭窄处,由于与周围血管和动脉联系紧密,提倡先行胸部CT或超声胃镜检查,明确两者关系,再决定是否可行内镜取异物。②根据异物部位及其形状、大小,选用合适的手术器械。③合并感染或全身情况较差者,可先用抗生素治疗并给予补液,待病情稍有改善后再行检查。④食管镜检查一般在局麻下进行。儿童或异物较大如假牙等,或因其他原因估计局麻有困难者,可选用全麻,使食管松弛,有利于异物的取除。⑤在食管镜下窥见异物时,还须查清异物与食管壁的关系。如异物尖端刺入食管壁时,应先使其退出管壁,再将异物转位,尽力使其长轴与食管纵轴平行后取出。不可强行外拉,以免加重管壁损伤。

II级损伤发病24h内行单纯食管修补。

III级损伤发病48h后,予食管旷置、纵隔灌洗及空肠造瘘。

IV级损伤时手术死亡率已经很高。

本例患者若在当天能够明确诊断,有超过80%的可能经内镜取出鱼刺,若在B医院就诊时或入住A医院5d内明确诊断,则尚有手术治疗的机会,到出现呕血时,已经属于IV级损伤,死亡率极高。

四、专家点评

本例患者主诉吃鱼后感喉中有异物,当天开始发热,有明确的“食管异物”误吞可能,在当地医院未行任何检查作明确诊断,而简单诊为“上呼吸道感染”。而B医院根据患者“上腹不适10余天”的主诉,仅仅给予胃镜检查,忽视了患者有误吞鱼刺及此后始终都有吞咽困难的病史。若能行胸部CT或超声胃镜等进一步检查,有可能帮助诊断,可为患者进一步治疗赢得时间。即使不能发现问题和确诊,也尽到医疗责任,不留遗憾。最后入住A医院时,病史中已明确提到“患者1月前吃鱼后感喉中有异物,当天开始发热”,说明此时医生已考虑到患者的喉中异物感和发热与吃鱼有关,



且入院后检查大便隐血++，又有轻度贫血，胸片提示左下肺可疑斑片状影，从疾病一元论的角度来说，此时应高度怀疑鱼刺刺入食管和纵隔继发感染可能，如行胸部CT、MRI等检查明确左下肺病灶和食管周围情况，也来得及采取措施施救。虽然不能肯定医院医疗行为与患者确诊和及时治疗有直接关系，也不能说做了这些检查患者就一定不会死亡，但从医疗技术和医德角度去反思，前后三家医院，入院最后5d，未做任何有价值的和有助于鉴别诊断的检查，任凭疾病发展直至患者死亡。应接受教训。

参考文献

1. Mark B Taylor 主编. 胃肠急症学. 第2版. 潘国宗主译. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000.
2. 孔庆印, 曾宪忠, 李兆申. 美国消化道异物处理指南. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(1): 69-70.
3. 昌盛, 程邦昌, 黄杰, 等. 胸食管异物损伤病变的分级和外科治疗. 中华外科杂志, 2006, 44(6): 409-411.
4. 陈龙. 医疗纠纷司法鉴定争议案例点评——食管异物梗阻后食管穿孔与医疗行为是否直接相关. 上海医学, 2007, 30(4): 302-304.
5. [美]戈德曼. 西氏内科学. 第21版. 王贤才译. 北京: 世界图书出版公司, 2003.

病例2 孤立性胃底静脉曲张伴破裂出血

一、病史摘要

患者,因“突发呕血 1h,量约 150 ml”于××年 7 月 16 日 3 时 50 分送 A 医院急诊。门诊检查:神清,呼吸平稳,贫血貌,皮肤湿冷,心率 64 次/min,律齐,两肺呼吸音清,腹平软,血压 89/60mmHg,即予吸氧、输液、止血等治疗。当日上午拟诊“上消化道大出血”收住院。入院查体:一般情况差,急病容,面色苍白,体温 36.3℃,脉搏 90 次/min,呼吸 20 次/min,血压 144/69mmHg,巩膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大,心肺(一),腹平软,肝脾肋下未触及。辅助检查:7 月 16 日 4 时 20 分,WBC $4.0 \times 10^9/L$,Hb 90g/L,PLT $66 \times 10^9/L$;5 时 20 分,WBC $4.8 \times 10^9/L$,Hb 65g/L,PLT $46 \times 10^9/L$ 。TBIL $29.7 \mu\text{mol/L}$,TP 41.4g/L,ALB 22.5g/L,总胆汁酸 $72.9 \mu\text{mol/L}$,Cr $31 \mu\text{mol/L}$,葡萄糖 7.62mmol/L ,钾 4.16mmol/L ,钠 141mmol/L ,氯 115mmol/L ,钙 1.87mmol/L 。入院诊断:①肝炎后肝硬化、门脉高压大出血;②肝功能失代偿期;③重度贫血。入院后予输血、禁食、胃肠减压、肾上腺素盐水胃管内注入止血、护肝等对症支持治疗。7 月 17 日复查:TBIL $54.6 \mu\text{mol/L}$ 。7 月 19 日 B 超报告:肝硬化伴腹水(大量)、门静脉高压、胆囊壁水肿、脾中度肿大、脾静脉扩张。胃镜示:孤立性胃底静脉曲张伴破裂出血。7 月 19 日 10 时 30 分呕出暗红色血性液 200ml,11 时解暗红色血便,15 时在全麻下行门静脉断流加脾切除术。手术中见腹腔内大量腹水、肝脏明显小,结节型肝硬化、右肝明显萎缩,脾肿大约 $20 \text{cm} \times 15 \text{cm}$ 。术后胃管内继续药物止血、输血、补液等治疗。7 月 21 日患者病情恶化,11 时患者感胸闷、气促,血氧饱和度 90%~93%,予纠正低氧血症、利尿、强心、护肝等抢救治疗。至 21 时抢救无效死亡。

公安局法医学尸体检验报告:患者系肝炎后肝硬化、门奇静脉断流加脾切除术后,因心肺功能衰竭死亡。

二、医患双方争议意见

患方认为:①患者存在手术禁忌证:患者有肝硬化腹水,肝功能差;②不存在急诊手术止血的情况:患者上消化道出血已止,病情稳定,没有做该



手术的指征;医院违规对其手术,术后又处理不当;③出现明显的肾衰情况,没有及时采取措施,导致继发性肺功能衰竭、多脏器衰竭死亡;④院方存在的明显过错与病人死亡有直接因果关系,构成医疗事故。

医方认为:对患者的诊断正确,处理及时,抢救措施得力,手术方式及手术时机把握恰当。在整个医疗过程中,没有违反诊疗常规和操作规范,其最后死亡与医院的医疗行为没有因果关系,不属医疗事故。

三、诊疗过程分析

1. 胃底静脉曲张的诊断

根据 2007 年美国肝病学会肝硬化食管胃底静脉曲张及出血诊治指南,静脉曲张诊断的金标准为胃镜检查。本例患者呕血入院,经实验室检查、B 超和胃镜检查,“上消化道大出血、肝硬化失代偿期(Child-Pugh C 级)、门脉高压症、胃底静脉曲张破裂出血、重度贫血”诊断明确。患者胃镜示孤立性胃底静脉曲张,但孤立性胃底静脉曲张在肝硬化患者中并不常见,约占 2%,其他主要原因为胰腺疾病引起。这主要与其特殊的血管解剖位置有关,胃底静脉的血供主要来自于胃短静脉和胃后静脉,在胰腺、脾脏、腹膜后疾病等引起脾静脉回流不畅时,均可引起区域性门脉高压,导致孤立性胃底静脉曲张发生。

2. 胃底静脉曲张出血的规范化治疗

根据 2008 年中华医学会消化病学分会等关于肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识,对于静脉曲张急性大量出血,首先应迅速扩容,目标为维持血液动力学的稳定,对有明显凝血机制障碍和(或)血小板减少的患者应考虑输注新鲜血浆和血小板。

药物治疗是静脉曲张出血的首选治疗手段,主要药物有:血管加压素联用或不联用硝酸酯甘油、特利加压素、生长抑素等。血管加压素可降低门脉压力,但有血管强力收缩相关的多种不良反应。虽然联合硝酸酯类可增强血管加压素的疗效和安全性,但联合治疗的不良反应仍高于特利加压素、生长抑素或生长抑素类似物。生长抑素及其类似物疗效和病死率与血管加压素大致相同,但不良反应更少;此外,生长抑素可有效预防内镜治疗后的 HVPG 升高,从而提高内镜治疗的成功率。 H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂能提高胃内 pH 值,促进血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成、避免血凝块过早溶解、有利于止血和预防再出血。另外活动性出血时常存在

胃黏膜和食管黏膜炎性水肿,预防性使用抗生素有助于止血,并可减少早期再出血及预防感染。荟萃分析表明,抗生素可通过减少再出血及感染提高存活率。因此,肝硬化急性静脉曲张破裂出血者应短期应用抗生素。

气囊压迫可使出血得到有效控制,但出血复发率高。当前只用于药物治疗无效的病例或作为内镜下治疗前的过渡疗法,以获得内镜止血的时机;且有一定的并发症,包括吸入性肺炎、食管坏死和穿孔、气管阻塞等,严重者可致死亡。

内镜检查应在患者入院后 12h 内尽快实施,如静脉曲张出血诊断明确,应即时给予内镜治疗。对于没有技术条件进行内镜治疗的内镜探查应该禁止。胃底静脉曲张出血患者,首选内镜下注射黏合剂如氰基丙烯酸酯闭塞血管,但组织黏合剂治疗后可发生出血、败血症和异位栓塞等并发症,且有一定的操作难度及风险。如果没有此类制剂,或操作者不熟悉这种治疗,TIPS 应作为一线治疗方法。另外胃底静脉曲张出血不能控制,或药物与内镜联合治疗后仍再出血者,应考虑 TIPS。TIPS 对急诊静脉曲张破裂出血的即刻止血成功率可达 90%~99%。但其中远期(≥ 1 年)疗效尚不十分满意。影响疗效的主要因素是术后分流道狭窄或闭塞,主要发生在术后 6~12 个月,且会明显增加肝性脑病发生的风险。

尽管有以上多种治疗措施,但仍有约 20% 的患者出血不能控制或出血一度停止后 24h 内复发,对这些患者外科治疗亦是可行的抢救措施。外科治疗方式需结合患者肝功能水平。Child-Pugh A 级者行急诊分流手术有可能挽救患者生命,但可增加肝性脑病风险;Child-Pugh B、C 级者多考虑实施急诊断流手术,因断流手术操作简单易行,不降低门静脉压力,可保证肝脏的门静脉血供,不易出现术后肝损及肝性脑病,但 Child-Pugh C 级者急诊手术的死亡率较高。另外肝移植是可考虑的理想选择。

患者在入院 3d 后行门静脉断流加脾切术。

四、专家点评

本例患者诊断和死因明确。入院后医方予输血补液、止血、护肝等支持治疗,但没有采取降门脉压治疗措施。再次紧急出血的情况下,结合医院具体条件、医生经验和患者病情综合考虑行急诊门静脉断流加脾切除术符合医疗原则,肝功能差并非手术的绝对禁忌证。应该说手术也达到了止

血目的,肝功能及多脏器功能衰竭是患者死亡的主要原因。但院方在诊疗过程中也存在明显不足,医方在降门脉压治疗方面措施不力;不能行内镜下治疗的情况下不该采用内镜探查术,有可能诱发二次大出血;对患者手术风险估计不足,没有取得家属的充分理解;今后类似患者应考虑三腔二囊管气囊压迫后,转院治疗或请上级医院内镜介入治疗。

参考文献

1. Guadalupe Garcia-Tsao, Arun J Sanyal, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology*, 2007,46:922—938.
2. 中华医学会消化病学分会,中华医学会肝病学分会,中华医学会内镜学分会. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识. *中华保健医学杂志*, 2008,10(4):241—248.
3. [美]萨比斯通主编. 克氏外科学. 第15版. 王德炳译. 北京:人民卫生出版社,2002.

病例3 上消化道大出血:食管胃底静脉曲张破裂出血?

一、病史摘要

患者,女,55岁,因“腹部不适、乏力8年,呕血2h”于××年1月19日22时入A医院。患者8年前开始渐现上腹部不适、乏力、口干,经超声、肝功能等检查诊断为“肝硬化”,曾服中药治疗,2h前呕血两次,量约250ml,混杂食物残渣,急诊入院。

入院体检:体温37℃,脉搏98次/min,呼吸26次/min,血压113/75mmHg,担架抬入病房,意识清醒,全身皮肤无黄染、皮疹及出血点,睑结膜苍白,巩膜无黄染,可见肝掌,未见蜘蛛痣,肝颈静脉回流征阳性。气管左偏,右侧肋间隙增宽,右侧语颤增强,右肺叩诊呈实音,右侧肺听诊呼吸音消失,心脏听诊无殊,腹平坦,腹壁静脉不曲张,右下腹有一手术疤痕,上腹部轻压痛,无反跳痛,肝肋下未触及,脾肋下4cm,移动性浊音(+).辅助检查:Hb 94g/L, WBC $4.8 \times 10^9/L$,中性51%, PLT $82 \times 10^9/L$ 。乙肝三系:HBsAg(+), HBeAb(+), HBcAb(+). B超示:肝硬化,脾大,少量腹水,右胸腔大量积液。胸透示:右侧胸腔大量积液。入院诊断:肝硬化伴食道胃底静脉曲张破裂大出血,右侧胸腔积液。

入院后有黑便,给予制酸、止血、降低门脉压力、护肝、输血及对症治疗,病情一度好转。8d后行胸腔穿刺,抽出液体1200ml。11d后患者又出现呕血、黑便,予善得定静脉滴注、去甲肾上腺素口服止血等治疗。16d后晚因患者再次呕血、解黑便,予三腔二囊管压迫止血,并告家属病危,三腔二囊管压迫止血3d后上午在放气留管观察24h未出血的情况下拔除三腔二囊管。约20min后患者再度呕血,量约600ml,立即给予输血和立止血、凝血酶原复合物等止血治疗,拟再次行三腔二囊管压迫止血,但患方拒绝。

据医方护理记录,因患者出血量较大,经患方同意,2月9日晚7时40分左右再次予三腔二囊管压迫止血。晚8时左右,患者突发心跳呼吸骤停,血压下降,经心脏胸外按压、气管插管、强心等抢救无效,于晚9时宣告死亡。死亡诊断:肝硬化伴食道胃底静脉曲张破裂大出血致心肺功能衰竭。



二、医患双方争议意见

患方认为:由于院方在治疗过程中多次出现严重的医疗失误、过失(寒冷环境下做胸穿、插管不当损伤血管、耽误抢救时间等),治疗措施上不积极,未行胃镜诊治或手术治疗,造成患者病情急剧恶化,对患者的死亡负有责任。

医方认为:对患者的疾病诊断明确,治疗方案选择恰当,医疗护理规范,抢救及时,措施得力,无诊疗过失,因此没有责任。

三、诊疗过程分析

1. 诊断分析

本例患者属于上消化道大出血。肝硬化患者上消化道出血,可能的病因有:食管胃底静脉破裂出血、消化性溃疡、急性胃黏膜病变、门脉高压性胃病等。食管胃底静脉破裂出血是最凶险的原因,本例患者食管胃静脉曲张出血可能性大。内镜检查在有条件医院尽量在患者入院后 12h 内尽快实施,明确出血原因。

2. 食管胃静脉曲张出血(EGVB)的诊治规范

约 1/3 的食管静脉曲张或胃底静脉曲张合并出血,年出血率 10%~30%,急性出血住院死亡率 30%~50%。不同国家对于 EGVB 的处理推荐了不同的流程。主要诊治指南包括英国、中国和美国的推荐治疗指南。

(1)中国食管胃静脉曲张出血的诊治建议(2008),见附图。

(2)美国消化内镜学会 ASGE 指南(2007):对于肝硬化病人急性消化道出血的处置包括:①快速输血补液,维持 Hb 在 80g/L(B 级证据);②预防性使用抗生素(<7d, A 级证据);③生长抑素或垂体后叶素,持续使用至诊断明确后的 3~5d(A 级证据);④出血 12h 内进行胃镜检查明确诊断,进行曲张静脉的套扎或硬化剂注射治疗(A 级证据);⑤药物和内镜下治疗均无法控制的曲张静脉出血,可行 TIPS 手术(C 级证据);⑥三腔二囊管可作为临时处置措施,使用不超过 24h(B 级证据)。

食管胃底静脉曲张手术治疗指征包括:年轻,初次出血;食管静脉曲张程度重,部位广泛;伴胃底静脉曲张;伴明显脾大和脾亢;多次内镜治疗仍有活动性出血;Child A 或 B 级。

在有条件医院尽量、尽快实施内镜检查,如存在血流动力学不稳定,