



主编 李兆申

上消化道出血典型病例 内镜诊治集萃

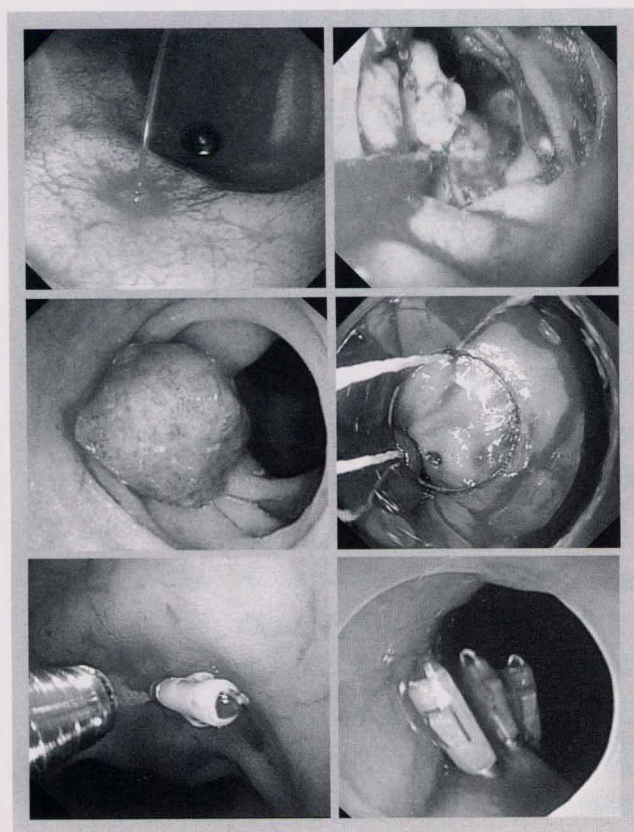
Endoscopic Diagnosis and Treatment in Upper Gastrointestinal Bleeding:
A Collection of Typical Cases



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

上消化道出血典型病例 内镜诊治集萃

Endoscopic Diagnosis and Treatment in Upper Gastrointestinal Bleeding:
A Collection of Typical Cases



主 编 李兆申

特邀编审 游苏宁

编辑秘书 胡良皞 辛 磊

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

上消化道出血典型病例内镜诊治集萃 / 李兆申主编 . — 北京 : 人民卫生出版社 , 2013

ISBN 978-7-117-17519-7

I. ①上… II. ①李… III. ①消化系统疾病 - 出血性疾病 - 内窥镜 - 诊疗 IV. ①R573.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 116852 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

上消化道出血典型病例内镜诊治集萃

主 编: 李兆申

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/16 印张: 7

字 数: 222 千字

版 次: 2013 年 7 月第 1 版 2013 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17519-7/R · 17520

定价 (含光盘): 69.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编者(按姓氏笔画排序)

- 王 雷 第二军医大学附属长海医院消化内科 主治医师 讲师
- 毛 苇 中山大学附属第三医院消化内科 主治医师 讲师
- 毛永平 中国人民解放军总医院消化内科 副主任医师 副教授
- 方 霖 南方医科大学南方医院消化内科 主治医师
- 卢忠生 中国人民解放军总医院消化内科 副主任医师 副教授
- 朱苏敏 南京医科大学第二附属医院消化内科 主治医师 讲师
- 刘 丽 河北医科大学第二医院消化内科 主任医师
- 刘 梅 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科 副主任医师 副教授
- 刘址忠 珠海市第二人民医院消化内科 副主任医师
- 许洪伟 山东省立医院消化内科 主任医师 教授
- 李 坪 北京地坛医院消化内科 副主任医师
- 李 琦 南方医科大学南方医院消化内科 讲师
- 李兆申 第二军医大学附属长海医院消化内科 主任医师 教授
- 杨建民 浙江省人民医院消化内科 主任医师 教授
- 肖 君 江苏省中医院消化病诊疗暨内镜中心 主治医师
- 何必立 浙江省台州医院消化内科 主治医师
- 辛 磊 第二军医大学附属长海医院消化内科 主治医师 讲师
- 张庆芳 广东省人民医院消化内科 主治医师
- 张其德 江苏省中医院消化病诊疗暨内镜中心 主治医师
- 张晓琦 南京大学医学院附属南京鼓楼医院消化内科 副主任医师 副教授
- 陈 洁 第二军医大学附属长海医院消化内科 副主任医师 副教授
- 邵晓冬 沈阳军区总医院消化内科 副主任医师
- 青海涛 南方医科大学南方医院消化内科 主治医师 讲师
- 季 峰 浙江大学医学院附属第一医院消化内科 主任医师
- 金 燕 陕西省人民医院消化内科 主治医师 讲师
- 胡良皞 第二军医大学附属长海医院消化内科 主治医师 讲师
- 施 斌 第二军医大学附属长征医院消化内科 副主任医师 副教授
- 秦治初 中国人民解放军总医院消化内科 主治医师
- 顾红祥 南方医科大学南方医院消化内科 副主任医师 讲师
- 凌亭生 南京大学医学院附属南京鼓楼医院消化内科 副主任医师 讲师
- 黄 锦 解放军 153 中心医院消化内科 副主任医师
- 黄 蕊 第四军医大学西京消化病医院消化内科 主治医师
- 黄子成 福建医科大学附属泉州第一医院消化内科内镜室 副主任医师
- 黄敏菁 广州医学院第一附属医院消化内科 副主任医师
- 龚 伟 南方医科大学南方医院消化内科 主治医师 讲师
- 程文芳 江苏省人民医院消化内科 副主任医师 副教授

舒 徐 南昌大学第一附属医院消化内科 副主任医师 副教授
游苏宁 中华医学会杂志社 教授
鲍柏军 南通大学附属医院消化内科 副主任医师 副教授
蔡建群 南方医科大学南方医院消化内科 主治医师
薛寒冰 上海交通大学医学院附属仁济医院消化内科 副主任医师
戴 军 上海交通大学医学院附属仁济医院消化内科 教授 副主任医师

点评专家(按姓氏笔画排序)

于中麟 首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 主任医师 教授
戈之铮 上海交通大学医学院附属仁济医院消化内科 主任医师 教授
卢忠生 中国人民解放军总医院消化内科 副主任医师 副教授
田德安 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科 主任医师 教授
令狐恩强 中国人民解放军总医院消化内科 主任医师 教授
吕 宾 浙江中医药大学附属第一医院消化内科 主任医师 教授
朱 萱 南昌大学第一附属医院消化内科 主任医师 教授
朱云清 陕西省人民医院消化内科 主任医师
刘吉勇 山东省立医院消化内科 主任医师 教授
刘思德 南方医科大学南方医院消化内科 主任医师 教授
杜奕奇 第二军医大学附属长海医院消化内科 副主任医师 副教授
吴 斌 中山大学附属第三医院消化内科 主任医师 教授
何利平 福建省立医院消化内科 主任医师 教授
邹多武 第二军医大学附属长海医院消化内科 主任医师 教授
邹晓平 南京大学医学院附属南京鼓楼医院消化内科 主任医师 教授
沙卫红 广东省人民医院消化内科 主任医师
张冰凌 浙江大学医学院附属第一医院消化内科 副主任医师
陈学清 广州医学院第一附属医院消化内科 主任医师 教授
范志宁 南京医科大学第二附属医院消化内科 主任医师 教授
金震东 第二军医大学附属长海医院消化内科 主任医师 教授
施瑞华 江苏省人民医院消化内科 主任医师 教授
姜慧卿 河北医科大学第二医院消化内科 主任医师 教授
倪润洲 南通大学附属医院消化内科 主任医师 教授
郭 文 南方医科大学南方医院消化内科 副主任医师 副教授
郭学刚 第四军医大学西京消化病医院消化六科 主任医师 教授
郭晓钟 沈阳军区总医院消化内科 主任医师 教授
韩树堂 江苏省中医院脾胃病科 主任医师 教授
智发朝 南方医科大学南方医院消化内科 主任医师 教授
谢渭芬 第二军医大学附属长征医院消化内科 主任医师 教授
廖 专 第二军医大学附属长海医院消化内科 副主任医师 副教授

前言

上消化道出血是十分常见、可危及生命的急症,是导致住院与死亡的主要疾患之一。在全球范围内,上消化道出血年发病率为(48~160)/10万,病死率高达10%~14%。引起上消化道出血的病因繁多、临床表现复杂,如何及时诊断、有效治疗是医务工作者经常面临的临床问题。其中消化性溃疡和肝硬化食管胃底静脉曲张是引起上消化道出血最常见的两大病种,而我国是这两种疾病的高发地区,因此,提高我国上消化道出血的诊疗水平具有重要的现实意义。

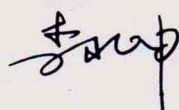
消化内镜是上消化道出血诊疗重要的一线技术。自1868年问世以来,消化内镜诊疗理念不断创新,各种新技术、新器械层出不穷,逐渐发展为上消化道出血不可或缺的诊疗手段。尤其是近30年间,上消化道出血的内镜诊断率和治疗效果得以显著提升,挽救了无数生命,避免了大量开放手术。但另一方面,随着内镜手术难度的提升,医源性出血已不再鲜见,如何在手术中避免、处理出血也成为内镜医生必须面临的问题。

我国的消化内镜事业历经几代人数十载努力,发展日新月异,涌现出一大批优秀的内镜医生,部分技术已接近甚至引领世界潮流。但我们也要清醒地看到,我国各地区在内镜技术水平、内镜医师培养等方面发展并不均衡,上消化道出血的内镜诊疗技术还需要大力推广。为更好地普及上消化道出血的内镜诊治理念、规范内镜操作、反映最新进展,中华医学会杂志社和中华医学会消化内镜学分会共同主办、阿斯利康公司独家承办了“2012阿斯利康杯·全国上消化道出血内镜摄影摄像展播”活动。这一活动得到全国近千家医院、数千名内镜医生的积极响应,共收集6000余例病例,涉及31种疾病。经国内知名专家层层筛选,40份优秀病例脱颖而出,集成此册。这些病例涉及面广、代表性强,既有胃溃疡出血内镜下止血术等基本技术,也有贲门失弛缓症POEM术中止血处理等高难度操作,还有一些临床少见病的内镜诊治。对溃疡出血、食管胃

底静脉曲张出血等常见病,我们采取“一病多例”,展示不同内镜医生的操作理念与操作技巧,利于相互借鉴。本书的每一病例均配有典型的操作图片与视频,并邀请操作者撰写诊治体会及专家予以点评,以利于读者参考借鉴。此外,鉴于我国消化性溃疡出血的诊治现状,我们结合非静脉曲张性上消化道出血的国际指南和亚太指南,对 Forrest 分级进行详细介绍,并选取典型图片、制作精美动画供读者参考。

由于我们的水平所限,编者较多,加之出版时间仓促,书中一定有不少疏漏甚至错误之处。“三人行必有我师”,我们热忱地希望各位读者和同道给予批评指正。衷心希望本书能对您开展上消化道出血诊治工作有所帮助。

中华医学会消化内镜学分会 主任委员



于第二军医大学附属长海医院 2013 年 5 月

CONTENTS

目 录

1 食管静脉曲张破裂出血内镜下硬化剂注射术·····	1
2 食管静脉曲张破裂出血内镜下套扎术·····	3
3 乙肝肝硬化食管静脉曲张破裂出血急诊内镜套扎治疗术·····	6
4 门静脉高压食管静脉曲张破裂出血急诊内镜套扎止血术·····	8
5 食管胃底静脉曲张破裂出血急诊内镜止血·····	11
6 食管贲门黏膜撕裂综合征·····	13
7 食管贲门黏膜撕裂综合征·····	15
8 食管平滑肌瘤隧道法剥离·····	17
9 早期食管癌内镜下黏膜切除术·····	19
10 贲门失弛缓症 POEM 术中食管黏膜下隧道内出血 ·····	21
11 贲门失弛缓症 POEM 术 ·····	24
12 内镜经黏膜下隧道食管固有肌层肿瘤切除术 ·····	27
13 食管化学烧伤后瘢痕狭窄扩张术 ·····	30
14 食管异物 ·····	33
15 胃溃疡并出血 ·····	35
16 胃溃疡出血内镜下钛夹止血 ·····	37
17 胃窦溃疡并出血 (Forrest Ib) ·····	39
18 胃底静脉曲张出血内镜下组织胶注射 ·····	41
19 胃底 Dieulafoy 病内镜下止血夹止血术 ·····	43
20 胃黏膜下恒径动脉破裂出血 ·····	45
21 吻合口溃疡出血 ·····	48
22 吻合口小动脉出血 ·····	50
23 残胃吻合口鞍部出血 (Forrest Ib) 内镜下止血治疗术·····	52
24 胃体下部毛细血管扩张伴出血内镜下止血夹止血术 ·····	55

25 胃息肉切除术后出血	57
26 胃癌术后 - 输出祥近端溃疡 (Forrest IIa) 内镜下止血术	59
27 嵌顿胃底间质瘤伴出血内镜下治疗	62
28 早期胃癌内镜黏膜下剥离术——术中出血处理	64
29 胃多发恶性黑色素瘤	67
30 十二指肠降部憩室内血管性大出血钛夹止血术	70
31 十二指肠溃疡出血内镜下止血术	72
32 十二指肠球部溃疡伴出血内镜下止血术	74
33 十二指肠球部溃疡并出血	76
34 十二指肠降部活动性出血内镜下注射止血术	79
35 十二指肠静脉曲张破裂出血	82
36 十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 后乳头出血	85
37 十二指肠乳头腺瘤内镜切除术	87
38 十二指肠降部淋巴瘤出血	91
39 蓝色橡皮大疱样痣综合征	94
40 大肠息肉电切除术	98
附 消化性溃疡出血的 Forrest 分级与内镜治疗	101

食管静脉曲张破裂出血 内镜下硬化剂注射术

【疾病概述】

肝硬化门静脉高压时,门静脉回流受阻致门静脉系统与腔静脉系统之间的交通支开放,门静脉系的胃左静脉、胃短静脉与腔静脉系的奇静脉之间胃底和食管黏膜下静脉开放,此即为食管胃底静脉曲张。静脉曲张破裂出血是肝硬化合并上消化道出血的重要原因,临床表现为呕血和(或)黑便,常为大量出血,可引起出血性休克,诱发肝性脑病。

静脉曲张破裂出血的治疗措施包括:①补充血容量;②监测生命体征;③药物降低门静脉压力;④应用止血剂;⑤质子泵抑制剂提高胃内 pH 值;⑥三腔二囊管压迫止血法;⑦内镜下治疗:曲张静脉硬化剂注射术、曲张静脉结扎术、组织黏合剂栓塞术;⑧介入治疗:经颈静脉肝内门-体支架分流术、经皮经肝食管胃底静脉栓塞术、脾栓塞术;⑨外科治疗。内镜下曲张静脉硬化剂注射术是其中行之有效的治疗方法之一。

【典型病例】

一般情况:患者石××,女,66岁,胃镜检查时间 2012-02-03。

主 诉:呕血 3 小时。

简要病史:患者入院前 3 小时无明显诱因出现呕血,为暗红色血液,总量约 800ml。有“肝硬化”病史 6 年。

入院时血压 105/56mmHg,脉搏 98 次/分,神志清,精神萎,可见肝掌、蜘蛛痣,心肺未检及异常,腹平软,肝肋下未及,脾肋下 5cm,腹水征阴性。

入院后经补充血容量、止血、降低门静脉压力等处理,患者仍有呕血及黑便,遂行三腔二囊管压迫止血,胃镜检查自距门齿 22cm 始至贲门见重度静脉曲张,呈瘤样,红色征阳性。遂行硬化剂注射治疗。2012-03-01 复查胃镜,静脉曲张程度明显减轻(图 1-1)。

【诊治体会】

首先,术前要有良好、及时的医患沟通,努力消除患者的恐惧心理,教会患者如何在术中与医生配合。术前备好三腔二囊管、组织黏合剂,并备血,万一注射失败,可以使患者得到及时有效的补救治疗。

第二,注射的第一针非常重要,第一针注射的曲张静脉往往是正在出血的血管或内镜下曲张程度最严重的曲张静脉,这种血管往往压力大,注射时硬化剂的量要足够,可以达 5~6ml,甚至 9~10ml,力求一针见效。

第三,在硬化剂里加亚甲蓝,加亚甲蓝后硬化剂呈蓝色,可以在血管里起到类似“示踪剂”的作用,治

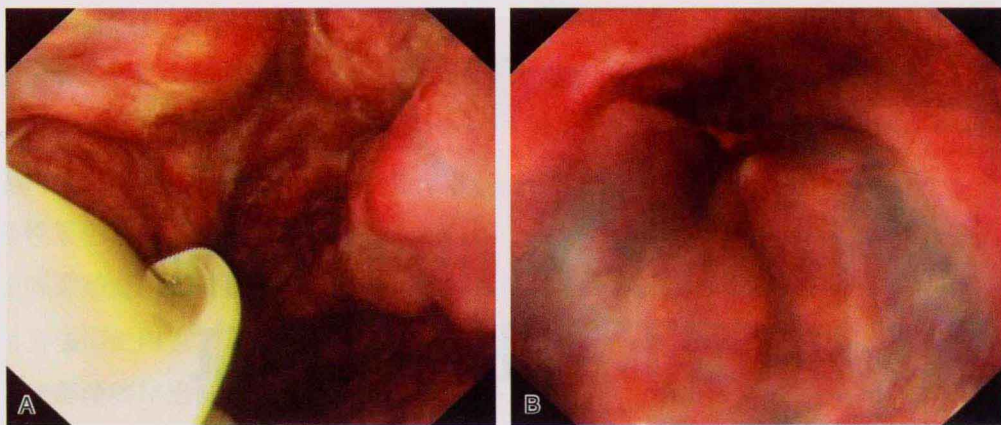


图 1-1 胃镜诊疗过程

A. 内镜示食管下段静脉曲张呈瘤状,表面红色征阳性;B. 治疗四周后复查,静脉曲张程度明显减轻

疗时若硬化剂注射在曲张静脉内,可以看到蓝色的硬化剂在血管内迅速地向四周放射,而不是在局部聚集成团,如此可以保证硬化剂注射入曲张静脉内,一方面保证治疗效果,另一方面又减少了术后并发症的发生。

最后,为达到最佳治疗效果,操作医生需有熟练的内镜技术和娴熟的助手配合。

(鲍柏军)

【专家点评】

食管静脉曲张破裂出血是肝硬化常见的并发症和死亡原因,能否获得及时有效的治疗是决定患者预后的重要因素。积极补充血容量、使用降低门静脉压力的药物及质子泵抑制剂等措施对部分患者能够达到稳定血压和暂时止血的目的,但有些患者仍无法控制出血症状。三腔二囊管压迫止血对大多数患者能够达到临时止血的效果,但患者痛苦大,拔管后容易再出血,仅能作为临时抢救的治疗手段。食管静脉曲张破裂出血往往见于肝硬化严重失代偿的患者,急诊手术死亡率很高,往往不适应急诊抢救治疗。

由于内镜技术的发展,近年来很多医院已将内镜下曲张静脉套扎术和硬化剂注射治疗作为食管静脉曲张破裂出血治疗的常用方法,取得了很好的疗效。我们在临床治疗食管静脉曲张破裂出血的过程中体会到内镜下曲张静脉内硬化剂注射治疗具有疗效好、安全性高、价格低等优点。相比于曲张静脉套扎治疗不会出现皮圈脱落导致致命性大出血的严重并发症,而且价格相对低廉。

结合我们的治疗经验,提出在硬化剂治疗过程中的几点体会供参考:①术前必须与患方充分沟通,签署知情同意书;②治疗前肌肉注射 50~75mg 盐酸哌替啶,可减少患者治疗过程中的恶心反应,有利于注射准确定位;③硬化剂中加入 1/20 容积左右的亚甲蓝,起到示踪作用。硬化剂用量根据不同情况而定,一般每点 1~3ml,如果静脉粗大,且注射后蓝色沿血管流至分支血管则可以加大注射剂量,可达 5~6ml,甚至 8ml 左右;反之静脉不粗大,注射后蓝色仅在局部积聚未能散开就不能大剂量注射,以防硬化剂流入血管外导致局部组织坏死;④要将硬化剂注入血管中,尽量避免注入血管外,以防引起疼痛和穿孔并发症;⑤如果注射拔针后出现针孔处涌血,可在同一部位再次追加注射,多能止血,但同一部位多次注射尤其要注意防止硬化剂注入血管外;⑥注射后活动性出血不止者可用三腔二囊管压迫止血,数小时后即可拔管,由于硬化剂已凝固往往不会再出现大出血;⑦尽量将有活动性出血可能的曲张血管一次性治疗,否则部分未治疗的曲张血管短期内可能会出现大出血;⑧一次注射治疗通常不能将曲张血管完全闭塞,仍有再出血的风险,治疗后间隔一周左右可进行下一次注射治疗,经过数次治疗大多数曲张静脉多能消失;⑨硬化剂种类对疗效影响不大,我们常用国产鱼肝油酸钠进行治疗,疗效满意,未发现大的副作用。

(倪润洲)

食管静脉曲张破裂出血 内镜下套扎术

【疾病概述】

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化严重的并发症,是其致死的重要原因之一。而食管静脉曲张破裂出血临床上更为多见,这是由于:①食管下段距门静脉最近,最直接受到门静脉高压的影响;②位于胸腔的食管静脉吸气时为负压,使胃冠状静脉血不断被吸入食管静脉;③食管黏膜炎症、饮酒、粗糙及刺激性食物引起的损伤;④恶心、呕吐或体位不当使腹压突然升高。

临床上治疗食管静脉曲张破裂出血的方法有药物治疗(生长抑素、加压素等)、内镜下治疗、介入治疗和外科手术治疗。随着内镜技术的发展,内镜治疗已成为食管静脉曲张破裂出血的重要而有效的治疗手段。

内镜治疗包括:套扎、硬化剂以及黏合剂注射治疗。内镜下静脉曲张套扎术(endoscopic variceal ligation)由 Stiegmann 在 1986 年首先报道,20 世纪 90 年代中后期才在我国推广。其主要适应证有:①急性食管静脉曲张破裂出血;②既往有食管静脉曲张破裂出血;③外科手术后食管静脉曲张再发者;④不适宜手术治疗者。

【典型病例】

一般情况:患者庄××,女,62岁,胃镜检查时间 2012-03-26。

主 诉:反复呕血 1 小时。

简要病史:患者一小时前无明显诱因出现呕血,反复多次,为鲜红色血液,总量约 500ml,急诊入院,入院后刚到病房再次呕血一次,量约 500ml,并伴头昏、心慌。患者有乙型肝炎病史,发病前无非甾体类消炎药(NSAIDs)服用史。

入院时血压 80/50mmHg,脉搏 120 次/分,轻度贫血貌,腹部无阳性体征。

入院后立即予输血、补液,在生命体征稍平稳后(血压达 90/60mmHg)行急诊胃镜检查。进镜距门齿 25cm 以下食管可见四条曲张静脉,局部呈球状,距门齿 35cm 处,见曲张静脉破裂,有大量血涌出。退镜装六连发套扎器后进镜在出血处套扎一环,未能成功止血。再在静脉破裂口下段套扎两环后出血停止,可清楚看到静脉破裂口,再在破裂口上端套扎一环,彻底控制出血。于 2012-04-01(套扎后一周)复查胃镜见套扎环脱落,瘢痕形成。胃底未见曲张静脉。两周后再次行食管曲张静脉套扎治疗,将其他三条曲张静脉套扎,曲张静脉彻底消失(图 2-1)。嘱半年后复查。

临床诊断:食管静脉曲张破裂出血

乙肝性肝硬化(失代偿期)

内镜诊断:食管静脉曲张破裂出血 + 急诊套扎止血术

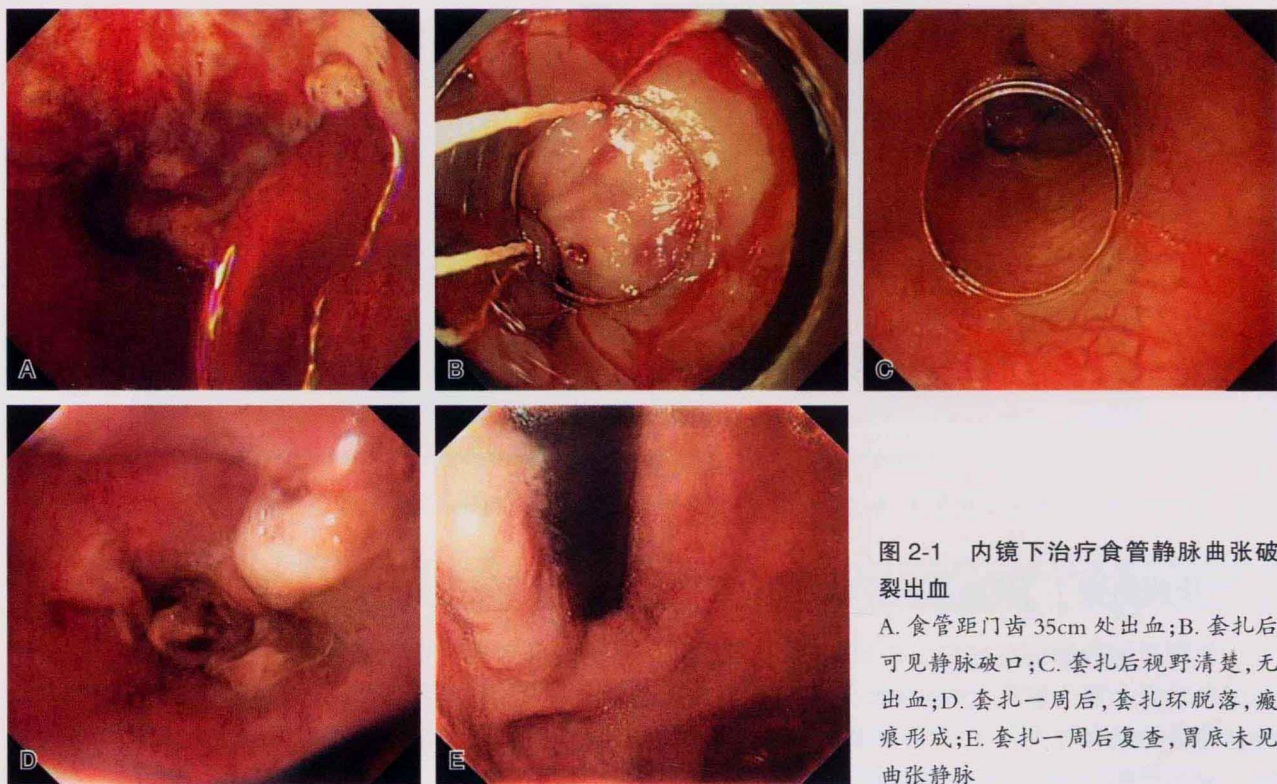


图 2-1 内镜下治疗食管静脉曲张破裂出血

A. 食管距门齿 35cm 处出血;B. 套扎后可见静脉破口;C. 套扎后视野清楚,无出血;D. 套扎一周后,套扎环脱落,瘢痕形成;E. 套扎一周后复查,胃底未见曲张静脉

【诊治体会】

食管静脉曲张破裂出血往往出血量大,容易导致休克,而药物很难有效止血,内镜治疗成为临床重要的有效手段。但在内镜治疗之前,输血、补液等生命体征的复苏非常重要。

食管静脉曲张破裂出血内镜治疗有三种方法:套扎、硬化剂以及黏合剂注射治疗,如何选择? 主要根据既往有无内镜治疗的病史、内镜下静脉曲张的状况(主要是静脉曲张的直径、部位等)。以下食管静脉曲张破裂出血选择套扎:①直径小于 1.0cm 的食管静脉曲张;②上、中段的食管静脉曲张。而曲张静脉直径 >1.0cm、既往已做过硬化剂及黏合剂注射治疗的、贲门及贲门下的,则选择硬化剂以及黏合剂注射治疗。

食管静脉曲张破裂出血套扎治疗也有两种方法:①直接套扎静脉破裂处。静脉破口套扎后出血马上停止,视野清楚,可继续其他曲张静脉的套扎治疗。②在静脉破裂处下端和上端分别套扎。由于食管曲张静脉的血流是由下向上流动的,所以首先要套扎破裂口的下端,再套扎破裂口上端。本病例就是通过第二种方法达到止血的。

对于套扎止血失败的患者,还可使用硬化剂或黏合剂的注射治疗。对于内镜治疗失败的应选择急诊介入或手术治疗。

止血成功后,根据患者的情况可选择即时或择期对其他曲张静脉进行内镜治疗,以达到食管曲张静脉完全消失。再次套扎治疗一般在急诊止血治疗 2 周后进行。这样可二级预防食管静脉曲张的出血。

在内镜的治疗过程中,保持静脉通道及呼吸道通畅非常重要。前者可以连续地补液、输血补充血容量、维持血压的稳定,以便内镜止血的顺利进行和完成;后者预防窒息,窒息是内镜止血失败的一个重要原因。因此在内镜止血过程中需要多位医护人员积极有效的合作。

(程文芳)

【专家点评】

食管静脉曲张出血是肝硬化患者危重并发症和主要死亡原因,临床上死亡率高达 20%,因此控制食

管静脉曲张出血,在临床上非常重要。由于内镜发展和技术的成熟,内镜已成为食管静脉曲张出血治疗的重要并且有效的手段。内镜治疗的方法主要有:硬化(endoscopic variceal sclerosis,EVS)、黏合(endoscopic variceal obturation,EVO)和套扎(endoscopic variceal ligation,EVL)。

硬化治疗是通过向食管曲张静脉内或静脉旁注射硬化剂从而导致组织坏死及纤维化,使静脉曲张消失。套扎是使用橡胶圈将曲张静脉物理性结扎,被结扎的组织在几天内脱落,食管曲张静脉变细或消失。在急诊止血率方面,二者没有显著性差异,但硬化治疗有更多的并发症,如肺栓塞、食管穿孔、食管溃疡出血和狭窄、菌血症等,而套扎的并发症较少,我们认为在临床上套扎比硬化更为安全。而且内镜下套扎能较好地消除食管曲张静脉,比硬化治疗预防再出血效果更好。本病例也证实,套扎对食管静脉曲张出血治疗效果明显,一周后复查食管曲张静脉消除得很明显,因此,套扎是食管静脉曲张出血内镜治疗的更佳选择。

(施瑞华)

乙肝肝硬化食管静脉曲张破裂 出血急诊内镜套扎治疗术

【疾病概述】

食管胃底静脉曲张是肝硬化引起的门静脉高压的主要临床表现之一。肝硬化患者中有 40% 出现食管胃底静脉曲张,而门静脉高压症主要是由肝硬化引起,亦是肝硬化的主要病理生理变化之一。门静脉高压症的直接后果是门静脉与体循环之间侧支循环的建立与开放,在门-体侧支循环中最具临床意义的是食管胃底静脉曲张,食管胃底静脉曲张为门静脉系的胃左静脉、胃短静脉与腔静脉系的奇静脉之间胃底和食管黏膜下静脉开放。

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化最常见的并发症,是上消化道出血的常见原因之一,可因粗糙食物、化学性刺激及腹内压增高等因素而引起,多突然发生呕血和(或)黑便,突出特点为出血量较大、来势迅猛、病情凶险、病死率高,如不及时治疗,可因急性大出血导致严重后果,成为肝硬化门静脉高压症患者最常见的并发症和致死原因。

食管胃底静脉曲张破裂大出血的止血治疗方法包括:药物止血、气囊压迫止血、内镜治疗、外科手术或经颈静脉肝内门体分流术。随着内镜技术和器械的不断进步,内镜下治疗不但能达到止血的目的,而且可有效防止早期再出血,目前已成为控制急性出血的首选方法,成功率可达 80%~90%,根据不同的情况可单独或联合使用内镜直视下注射硬化剂、皮圈套扎、组织黏合剂(用于胃底静脉曲张)。

【典型病例】

一般情况:患者卜××,男,35岁,第一次胃镜检查时间 2012-1-16。

主 诉:食欲缺乏 10 天,呕血 15 小时。

简要病史:10 天前饮酒后出现食欲缺乏,伴腹胀,无腹痛,无呕血、黑便,未予重视,15 小时前再次饮酒并进食尖锐食物(瓜子)后,出现恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,混有暗红色血凝块,量约 500ml,在就诊途中又先后呕血约 8 次,量约 2000ml,为暗红色血液,含有血凝块,期间排暗红色血便 1 次,量约 200ml,伴头晕、心慌、大汗,无意识丧失及大小便失禁。

患者既往有大量饮酒史 10 年,近 5 年来折合酒精量 96g/d;否认肝炎病史;发病前无 NSAIDs 药物服用史。

入院时查体:脉搏 120 次/分,血压 80/50mmHg,重度贫血貌,皮肤巩膜黄染,心肺查体无阳性体征,腹部膨隆,无压痛,肝未触及,脾肋下 2cm 可触及,质硬,无压痛,移动性浊音阳性。急诊辅助检查:WBC $7.78 \times 10^9/L$,Hb 49g/L,PLT $76 \times 10^9/L$;凝血常规 PT 28.2 秒,PA 38%;肝功能 TBIL 38.9mmol/L,DBIL 17.4mmol/L,IBIL 21.5mmol/L,ALT 正常,AST 122U/L,GGT 144U/L,ALB 26.3g/L,乙肝标志物为“小三阳”。

入院后补充血容量、输血,生长抑素及埃索美拉唑维持泵点,泵点多巴胺维持血压在 90/60mmHg,交代病情,签署知情同意书并积极行急诊胃镜。

镜下发现距门齿 22cm 始食管四壁有 4 条蓝色曲张静脉,迂曲呈蛇形、串珠样延伸至贲门,红色征阳性,距门齿约 40cm 食管后壁一曲张静脉上可见一裂口,鲜血不断涌出,应用 COOK 套扎器对曲张静脉自贲门向上行套扎治疗,术中顺利,术后未见活动性出血(图 3-1)。根据内镜检查结果,确定诊断为“食管静脉曲张破裂出血”。内镜治疗后予抑酸、降门脉压及对症支持治疗未再有呕血、黑便。

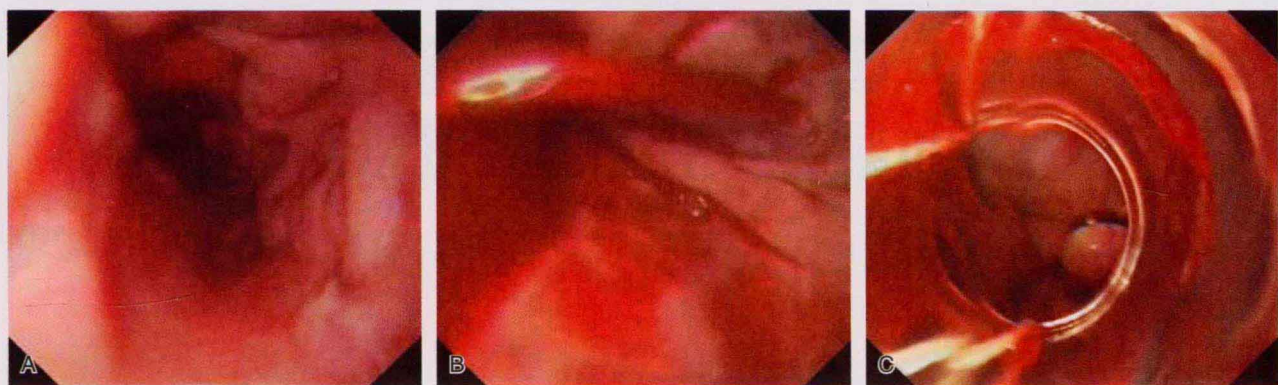


图 3-1 乙型肝炎肝硬化食管静脉曲张破裂出血急诊内镜套扎治疗术

A. 食管静脉曲张;B. 活动性出血;C. 内镜下套扎术

【诊治体会】

首先,对于食管静脉曲张破裂大出血,急诊内镜及内镜下治疗至关重要,但须选择合适的治疗方法,可以单独硬化剂注射、套扎治疗或两者结合,既要把握抢救生命、迅速止血放在第一位,又要综合评估患者情况,选择对其最有利的办法,相比硬化剂注射疗法,套扎操作相对简单和安全,且考虑患者为青年人,第一次出血,如果将来接受脾切除及贲门周围血管离断手术,套扎治疗术对手术的影响更小。

第二,内镜下紧急套扎止血时套扎部位应准确选择,第一个套扎点尽量选择出血部位的下方,其他套扎点以红色征阳性的部位为宜,每根静脉上两个套扎点的距离为 2~3cm,自下而上呈螺旋式向上套扎,套扎时先将套扎器 360° 接触靶静脉,吸引,当镜面“满红”时,释放橡皮圈。

第三,术后坏死脱痂时间约 7~15 天,有发生大出血的危险,并发症有局部溃疡、出血、穿孔、瘢痕狭窄等,警惕特殊事件发生。

第四,对肝硬化并发上消化道大出血并行内镜下治疗后,血流动力学发生改变,应注意患者的临床症状变化,如出现腹痛、腹胀、肠鸣音减弱或消失、腹水迅速增多等,要考虑到门静脉系统血栓形成、自发性细菌性腹膜炎等并发症的出现,及时对症处理,减轻病痛及死亡率。

第五,对上消化道大出血的临床诊治需要大家通力合作。内镜治疗前后的液体复苏、病情观察、病情的评估非常重要,生命体征平稳是保证治疗成功的重要条件;与家属沟通,让家属充分了解急诊内镜的必要性及风险,该病例的诊治过程中,患者病情危重,且病情变化快,与家属及时反复沟通至关重要。

(刘 丽)

【专家点评】

本病例诊断明确:肝硬化失代偿期,食管静脉曲张破裂出血,入院后 6 小时内即行急诊内镜明确诊断,且对曲张静脉进行套扎治疗,止血效果明显,挽救了患者的生命。急诊内镜止血是目前消化道出血的有效治疗措施,但是风险较大,需要操作者有较强的心理素质及娴熟的内镜操作技能,而且需要护士的密切配合,并应与患者及家属充分沟通,征得患者及家属的理解,并签署相应医疗文书。总之,食管胃底静脉曲张破裂出血的内镜治疗是一种挽救患者生命的、具备一定风险的有效治疗措施,应合理实施。

(姜慧卿)

门静脉高压食管静脉曲张破裂 出血急诊内镜套扎止血术

【疾病概述】

门静脉高压症是指由各种原因导致的门静脉系统压力升高所引起的一组临床综合征,其最常见的病因为各种原因所致的肝硬化。食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化门静脉高压症的严重并发症之一,临床表现为呕血、黑便,起病急,出血量大,出现失血性休克,诱发肝性脑病,病死率高,是消化科常见的危重急症之一。大约 50% 的肝硬化患者有食管胃底静脉曲张,与肝病的严重程度相关。其破裂出血的年发生率为 5%~15%,首次出血病死率为 20%~40%,不治疗患者再出血发生率约为 60%,大多在 1~2 年内发生。

食管胃底静脉曲张破裂出血治疗方法包括:药物治疗、三腔二囊管压迫止血、内镜下治疗、介入治疗和外科手术治疗。随着内镜下各种治疗手段的完善,使内镜治疗食管胃底静脉曲张活动性出血成为最佳选择。内镜治疗不但可以有效控制急性出血,还可以去除曲张静脉,防止再出血的发生。对于食管静脉曲张出血,可选择内镜下食管静脉曲张套扎术或硬化剂注射治疗,对于胃底静脉曲张出血患者,可使用组织黏合剂进行内镜下闭塞治疗。

【典型病例】

一般情况:患者楼 ××,女,45 岁,胃镜检查时间 2011-12-30。

主 诉:反复乏力 3 年,呕血 4 小时。

简要病史:患者 3 年前出现乏力,在外院诊断为乙型肝炎后肝硬化失代偿期,治疗后症状反复发作。4 小时前出现呕血 3 次,鲜红色,无血凝块及食物残渣,总量约 2000ml,伴头晕、乏力,无黄疸,在当地输液后,急诊转入我科治疗。患者无烟酒嗜好,既往有乙肝小三阳病史,无血吸虫病史。

入院时血压 82/42mmHg,心率 72 次/分,皮肤、结膜苍白,巩膜无黄染,心肺未见异常,腹平坦,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃。

入院后急查心电图大致正常,血常规:白细胞计数 $11.3 \times 10^9/L$,红细胞计数 $3.27 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 87g/L;凝血酶原时间 14.8 秒,纤维蛋白原 1.53g/L。立即予以输血、补液、降门脉压、抑酸、护肝、预防性使用抗生素等治疗。2 小时后生命体征相对平稳,遂行急诊胃镜。镜下见重度食管静脉曲张破裂喷射性出血,给予套扎止血治疗(图 4-1)。术后监测生命体征,继续前述药物治疗。之后患者病情平稳,未再出血,9 天后出院,予普萘洛尔口服降门脉压和抗病毒治疗。

【诊治体会】

首先,对于判断门静脉高压食管静脉曲张破裂出血者,应该在生命体征相对平稳的条件下尽快行急诊