

十二指肠球部溃疡伴出血的治疗方案探讨

毛芳 朱建军

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠或胰胆等病变引起的出血,以及胃空肠吻合术后的空肠病变出血。上消化道出血的病因很多,以消化性溃疡出血最常见,其中十二指肠球部溃疡占33%,胃溃疡占15.7%。本研究探讨不同的止血方法在十二指肠球部溃疡出血中的应用及其临床价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2011年1月至2015年12月浙江舟山医院诊治的十二指肠球部溃疡伴出血的住院患者434例,均有相应的临床症状,均用质子泵抑制剂(proton pump inhibitors, PPIs),并经胃镜检查确诊。其中男性332例、女性102例,年龄15~85岁,平均年龄(44.47±16.74)岁。根据治疗方案分为三组:单用PPIs组($n=345$),其中男性261例、女性84例;平均年龄(45.07±16.80)岁;PPIs+内镜组($n=52$),其中男性45例、女性7例;平均年龄(40.08±15.00)岁;PPIs+内镜+血管夹组($n=37$),其中男性26例、女性11例;平均年龄(46.91±19.62)岁。三组患者的基础资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 治疗方案标准 对于上消化道出血不同分级的病灶,国际指南指出:①对高危的活动性出血及血管显露(Forrest I 和 II a)进行内镜治疗;②对低危的黑色基底或基底洁净(Forrest II c和 III)则不主张行内镜治疗;③对血凝块附着(Forrest II b)是否进行内镜治疗尚存在争议,近年建议先试图去除血凝块,依据其下方的病变情况进行治疗^[2,3]。

1.3 方法 单用PPIs组采用PPIs药物治疗。PPIs+内镜组在PPIs基础上加用内镜下注射止血治疗。PPIs+内镜+血管夹组在PPIs基础上加用内镜下注射止血+血管夹联合止血治疗。

1.4 疗效判断 本次研究将治疗后患者不再出血判定为治疗成功;内镜下出血停止为即时止血,3 d内再无出血为有效止血,否则为再出血。

1.5 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者的即时止血率和再出血率比较见表1

表1 三组患者的即时止血率和再出血率比较/例(%)

| 组别 | n | 即时止血率 | 再出血率 |
|-----------------|-----|------------|-----------|
| 单用 PPIs 组 | 345 | 344(99.71) | 47(13.62) |
| PPIs+ 内镜组 | 52 | 52(100) | 8(15.38) |
| PPIs+ 内镜 + 血管夹组 | 37 | 37(100) | 6(16.22) |

由表1可见,三组患者的即时止血成功率及再出血率比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.27、0.27, P 均>0.05)。

2.2 并发症情况 三组患者均未出现消化道穿孔、栓塞及心肺意外等并发症。

3 讨论

消化性溃疡伴出血是常见急重症,国内占上胃肠道出血的构成比高达80%左右,其中十二指肠溃疡较胃溃疡多,约为后者2~3倍^[4]。如何积极并合理处理溃疡出血是治疗的关键。目前治疗上主要以PPIs、内镜下止血和手术治疗为主,而手术治疗仅在上述治疗方法失败后使用。PPIs是目前治疗消化性溃疡最先进的一类药物,通过高效快速抑制胃酸分泌和清除幽门螺旋杆菌达到快速治愈溃疡的目的^[4],控制患者的出血病症,可明显改善患者的预后。PPIs即 H^+/K^+-ATP 酶抑制剂,阻断胃酸分泌的最后通道,其抑酸作用强、特异性高、持续时间长。但也由于胃内PH值改变,导致胃黏膜屏障受损,酸相关物质吸收减少。目前,临床上在内镜下止血的方法主要有药物止血和机械止血。内镜下药物止血,即在出

血病灶及其周围黏膜部位通过注射、喷洒止血药物进行止血,常用的注射剂包括肾上腺素、10%孟氏液、硬化剂,其中肾上腺素为应用最广泛的注射剂,通常稀释后在病变周围注射,其作用机制为收缩血管、激活血小板及凝血系统,注射后局部血管收缩、周围组织肿胀压迫止血,但有可能导致组织损伤,扩大溃疡面。对于一些弥散性出血以及非动脉出血,药物止血是一种有效的治疗方法,而且操作方便、易行、效果明确,凡稍有经验的医师在内镜下皆可顺利完成,具有较好的治疗效果,更易为患者接受,适合用于现场的紧急治疗。机械止血为在内镜视野下通过结扎或者局部压迫进行止血。血管夹是最常用的止血工具,尤其对于血管残端病变和活动性出血止血效果最好^[5],通过对出血部位直接进行夹闭,不引起黏膜组织的凝固、坏死,止血见效快,二次出血的几率较低^[6]。须注意的是如操作不当,夹子早期脱落有引起再出血的可能。对大直径的动脉性出血,大穿孔出血及弥散性黏膜出血等不宜应用血管夹。本次研究中对单采用PPIs药物治疗、在PPIs基础上加用内镜下注射止血治疗以及在PPIs基础上加用内镜下注射止血+血管夹联合止血治疗十二指肠球部溃疡伴出血患者进行比较,结果显示,三组患者的即时止血成功率及再出血率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),随访三组患者均未出现消化道穿孔、栓塞及心肺意外等并发症。

总之,PPIs应尽可能早期使用,内镜检查前应用可以改善出血病灶的内镜表现,从而减少内镜下止血的需要;内镜止血后,可以降低患者再出血的发生率,并降低病死率^[7]。PPIs的广泛使用可较好的治疗上消化道出血,但10%左右的患者仍不能止血,

以致于必须行内镜下止血及手术治疗。在急性出血的治疗中除了考虑治疗方法外,还应评估患者的全身状况进行危险分层,尽早进行评估和治疗,充分的术前准备和制订治疗流程,以提高疗效与节约医疗资源,也期待有更多来自我国的消化性溃疡的研究与创新。

参考文献

- 1 李兆申. 消化性溃疡出血的Forrest分级与内镜治疗[J]. 中华消化内镜杂志,2013,30(11):601-603.
- 2 张伟锋,施瑞华,许迎红. 不同内镜治疗非静脉曲张性消化道出血205例临床分 [N]. 南京医科大学学报,2014,34(10):1408-1418.
- 3 Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding[J]. Ann Intern Med,2010,152(2):101-113.
- 4 周巍,白珩. 内镜止血联合大剂量质子泵抑制剂治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床研究[J]. 中国医药科学,2014,4(11):177-179.
- 5 侯俊. 内镜止血在治疗急性非静脉曲张性上消化道出血中的应用[J]. 现代临床医学,2014,40(6):426-427.
- 6 Nonaka M, Kataoka M, Tachibana H, et al. The new styp-tic treatment that used a bipolar hemostat for an acute hemorrhagic rectum ulcer[J]. Ulcer Res,2009,36(1): 82-86.
- 7 《中华内科杂志》编委会,《中华医学杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会,等. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2015,南昌)[S]. 中华内科杂志,2016,55(2): 164-168.

(收稿日期 2016-05-26)

(本文编辑 蔡华波)

欢迎投稿

欢迎征订