

功能,有助于刺激肠道的蠕动。部分的便秘与结肠炎症有关,治疗结肠炎症有利于便秘的改善^[9],我们选用甲硝唑、庆大霉素、地塞米松杀灭大肠杆菌等有害细菌,使肠道环境有利于有益菌群的生长,改善肠道菌群,促进结肠炎症的消失、肠功能恢复,通过 A、B 两组患者的临床研究对比表明,结肠水疗及胃肠动力药对 CFC 有很好的治疗作用,如联合治疗效果更好。经结肠水疗后,CFC 治愈后复发率低,克服了患此病患者需长期服胃肠动力药的不足。

参考文献

- 徐静,范效琴,王琦,等. 结肠水疗治疗 36 例习惯性便秘疗效观察. 临床医药实践杂志 2002;11:619-620.
- 梁仲惠,宁梅,耿焱. 结肠途径治疗系统与微生态活菌制剂联合治疗肠易激综合征. 中国现代医学杂志 2004;14(15):92-93,96.
- Thmpson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional

bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999;45(Suppl 2): II 43-47.

- 王晓娟,闫皓. 功能性便秘治疗进展. 医学综述 2003;9:99-101.
- 罗金燕. 慢性功能性便秘. 中华内科杂志 2000;39:787-789.
- 袁耀宗,许斌,夏璐,等. 西沙必利对慢性功能性便秘患者结肠转运时间的作用. 中华消化杂志 2000;22:182-184.
- 丁宁. 西沙必利治疗青年慢性功能性便秘的疗效观察. 临床荟萃 2000;15:883.
- 吴君平,叶香芳. 西沙必利治疗老年慢性功能性便秘 50 例. 浙江临床医学 2003;5:73.
- 孙炼. 中医药综合治疗便秘型结肠炎 7 例的临床研究. 中医外治杂志 2005;14:14-15.

(收稿日期:2008-02-18)

(本文编辑:智发朝)

·临床经验·

上消化道出血 235 例诊治失误分析

骆楚钢

【摘要】目的 分析基层医院上消化道出血诊断和治疗过程中的失误,为临床诊治上消化道出血提供借鉴的经验。**方法** 对确诊为上消化道出血的 235 例患者病例资料进行回顾性分析。**结果** 诊断中的失误表现为询问病史和体格检查不仔细,对于全身疾病引起的上消化道出血易漏诊原发病,对早期的患者病情仅根据血红蛋白值来判断以及不重视急诊胃镜检查;治疗中的失误表现为对患者的饮食指导存在偏差,不重视胃管或三腔二囊管的应用,过分依赖一般止血剂的应用而轻视 H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂的应用,肝硬化食管胃底静脉曲张出血患者使用垂体后叶素剂量过小,输血前不合理应用地塞米松,外科会诊指征掌握不准;轻视出院前患者健康教育和后续治疗。**结论** 提高对上消化道出血的诊断方法和治疗原则的正确认识是减少临床失误的关键。

【关键词】 上消化道出血;诊断;治疗;失误

上消化道出血是内科常见急危重症。现将我科从 2000 年 1 月~2007 年 6 月间收治的 235 例上消化道出血患者的诊治情况以及存在的失误,作如下报告。

临床资料

一、一般资料

选择我院自 2000 年 1 月~2007 年 6 月确诊的上消化道

出血病例 235 例作为研究对象,所有病例均为首次上消化道出血。其中男性 151 例,女性 84 例,平均年龄 53.6 岁(21~86 岁)。最后确诊引起上消化道出血的病因为消化性溃疡 102 例(其中胃溃疡 49 例、十二指肠溃疡 44 例、复合性溃疡 9 例),急性胃黏膜病变 42 例,肝硬化食管胃底静脉曲张出血 25 例,食管贲门黏膜撕裂症 11 例,消化道肿瘤 26 例(其中食管癌 6 例、胃癌 15 例、十二指肠癌 2 例、胃息肉 3 例),Dieulafoy 病 1 例,原因不明 28 例。

二、临床表现

发病前有消化道症状或者相关疾病史的 169 例(病程 2 月~14 年,平均 4.7 年),其余 66 例在出血前无消化道症状或者相关疾病史。235 例病人发生出血过程中主要临床表现为腹痛 165 例(70.2%),便血 94 例(40.0%),呕血 74 例(31.5%),头昏 42 例(17.9%),发热 22 例(9.4%),腹部包块 9 例(3.8%),其中绝大多数患者同时有 2 种以上主要症状。有 3 例早期仅表现为口干、烦躁、血压低。经诊断、治疗后确认的病情分级^[10]为:轻症 56 例,中度 111 例,重度 68 例。

结 果

诊断过程中,早期表现为口干、烦躁和血压偏低的 3 例患者均误诊为其它疾患。急性胃黏膜病变 42 例中 29 例有服用非甾体类药物史,但在早期问诊中未问出此类用药史者 13 例(44.8%)。急性胃黏膜病变中有 6 例最后确定为应激性溃疡,其中小脑出血 1 例、丘脑出血 2 例、脑梗死 3 例,早期均

诊断为单纯的上消化道出血。病情程度判断中,早期仅根据血红蛋白值将5例重度患者判断为轻、中度患者。235例患者出血24~48小时进行胃镜检查者仅82例(34.9%),找到出血原因80例(97.6%),出血48小时至1周内进行胃镜检查125例(53.2%),找到出血原因108例(86.4%),1周后胃镜检查28例(11.9%),找到出血原因19例(67.9%)。对于原因不明28例上消化道出血患者,为了慎重起见,进一步行全消化道钡餐透视和结肠镜检查,排除了下消化道病变。

治疗过程中,有呕血症状的74例患者,其中55例(74.3%)给予禁食,161例无呕血症状者有53例(32.9%)给予禁食,所有出血停止的患者仍继续禁食者39例(17.0%)。在抢救中、重度的179例患者中,有5例在入院后10分钟内未建立静脉通路而影响了抢救。中度患者均未下胃管,重症下胃管者仅6例。25例食管胃底静脉曲张出血患者下三腔二囊管者仅3例。235例患者应用一般止血药物如止血敏、抗血纤溶芳酸、维生素K₁等比例为219例(93.2%);而155例消化性溃疡、急性胃黏膜病变和食管贲门黏膜撕裂症所致的出血患者用H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂者103例(66.5%)。25例食管胃底静脉曲张出血患者,早期抢救时每日垂体后叶素用量仅10~20U者达9例。在中、重度的179例患者中,共输血261次,其中输血前常规应用地塞米松5~10mg静脉输入215次(82.4%)。本组共死亡6例,死亡的6例中,有3例已经有手术指征未及时请外科会诊。

对于上消化道出血停止的229例患者,通过电话或者入户随访,出院前对患者能做到详细康复指导的仅有106例(46.3%)。

讨 论

本组临床诊断过程中的失误统计资料显示:3例早期表现为口干、烦躁、血压下降的患者均误诊;服用非甾体类药物所致的急性胃黏膜病变问诊遗漏服药史者达44.8%;6例应激性溃疡早期均误诊为单纯的上消化道出血。因此,细心询问出血前的消化道相关症状、发病诱因,并进行细致的体格检查,以及对这些资料的综合分析,是诊断上消化道出血的关键。对于患者已有口干、出汗、血压下降等休克表现时,接诊医师应该意识到上消化道出血的可能,在排除心源性、感染性和过敏性休克的同时,若发现肠鸣音活跃,肛检有血便,则提示消化道出血,应尽快确诊。对于上消化道出血患者,应将询问服用非甾体类药物史作为常规问诊内容。更应注意临床思维不能把出血原因局限在消化道本身疾病,而忽视了全身性疾病的可能,致使一些急性脑血管病、血液病等原发疾病延误诊断。本组有5例早期仅根据血红蛋白值将重度患者判断为轻、中度患者,对于早期失血量评估不能仅根据数值较高的血红蛋白测定值就草率地认为患者出血量少、病情轻,应该结合其它症状和体征进行综合评估,必须明确急性大出血后因有周围血管收缩与红细胞重新分布等生理调节,血红蛋白、红细胞和血细胞压积的数值可无变化。不久,大量组织液(包括水分、电解质、蛋白质等)渗入血管内以补充失去的血浆容量,此时血红蛋白和红细胞因稀释而数值降低。

这种补偿作用一般在出血后数小时至数日内完成,平均出血后32小时,血红蛋白可稀释到最大程度^[2]。在本组判断失误的5例患者中,有一上消化道大出血患者,出血当天就诊时血红蛋白为89g/L,住院后经输血800ml后病情稳定,可次日血红蛋白复查为75g/L,患者家属认为输血无效、医生治疗有误,并引起医疗纠纷,教训深刻。本组胃镜检查资料显示:235例患者进行急诊胃镜检查者病因发现率达97.6%,而出血48小时至1周以及1周后病因发现率分别为86.4%和67.9%,说明急诊胃镜检查对确诊疾病的重要性,而本组急诊胃镜检查患者仅占34.9%,所以基层医师应重视急诊胃镜检查,积极做好患者和家属的工作,克服患者对胃镜检查的恐惧心理,在病情允许的情况下,尽早发病后24~48小时进行胃镜检查,以提高对出血的原发病确诊率。

本组临床治疗过程中的失误统计资料显示:有呕血症状患者禁食比例74.3%,无呕血症状者禁食比例32.9%,出血停止后患者仍继续禁食者比例17.0%。我们应该明确:合理的饮食有助于止血,促进康复,相反饮食不当可诱发和加重出血。一般对呕血患者需禁食,而对于溃疡病少量出血者可给冷流质,这样既可增加热量及营养,补偿血浆蛋白的损失,又可提高胃壁张力,压迫血管使出血停止,同时还可中和胃酸保护溃疡面,使之早期愈合,防止再度出血。有5例中、重度患者抢救时,静脉通路在10分钟内未及及时建立,这些患者往往伴有休克症状,而休克患者血管萎陷,有些患者还伴有烦躁不安,增加了穿刺的难度,这就要求护士应加强穿刺基本功的训练,能在第一时间用粗针头建立有效静脉通路,为抢救患者赢得时间,对于极其危重的病人,可行静脉切开。重症患者下胃管者仅6例。25例食管胃底静脉曲张出血下三腔二囊管者仅3例。对于上消化道出血的患者,最好常规留置鼻胃管,这样便可随时抽取胃内容物判定出血是否停止,并可向胃内灌注药物,提高止血效果。针对食管胃底静脉曲张破裂所致的大出血,应放置三腔二囊管压迫止血,此种止血方法作用迅速,操作简单,效果可靠,适合在基层医院常规使用。235例患者应用一般止血药物比例达93.2%。而155例均需应用H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂者使用率仅66.5%。在上消化道出血中,有些医生常常习惯使用大剂量一般止血剂,而少用甚至不用抑酸剂和(或)降低门静脉压力药物。实践证明,上述一般止血药物对上消化道出血的止血作用疗效甚微^[3],滥用此类药物尤其是抗纤溶类止血药导致老年人发生心肌梗死^[4]和脑梗死^[5]的病例也时有报道。而要达到止血目的,应针对病因用药,对因消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管贲门黏膜撕裂症、门脉高压性胃病等所致的出血应该用抑酸剂,对肝硬化食管胃底静脉曲张出血应该用垂体后叶素或生长抑素。25例食管胃底静脉曲张出血垂体后叶素用量不足9例。对于食管胃底静脉曲张出血,垂体后叶素由于价廉有效,为基层医院常用药物,大剂量治疗有效率为75.9%。剂量为:0.2~0.4U/min静滴,止血后改为0.1~0.2U/min维持静滴,8~12小时后酌情停药。但由于某些医生知识老化,用药剂量偏小,常常达不到止血效果,应引以为戒。在本组中,输血前应用地塞米松5~10mg静脉输入占82.4%。在基层医

院,常规用地塞米松预防输血反应。本组1例十二指肠球部溃疡大出血患者,经过积极救治后仍反复出血不止。经过仔细分析,发现问题就出在每次给患者输血都用地塞米松上,经及时纠正,患者病情迅速稳定。须知肾上腺皮质激素可以导致溃疡面积扩大、加深,严重者发生出血、穿孔,对于活动性消化性溃疡是禁止使用的。本组有3例已经有手术指征未及时请外科会诊而导致死亡,说明主管医师对手术指征掌握不够。对食管胃底静脉曲张出血,经非手术治疗仍不能控制出血者,应做紧急静脉曲张结扎术,如能同时作门体静脉分流手术或断流术可能减少复发率;对溃疡病出血,当超过48小时仍不能停止;24小时内输血1500ml仍不能纠正血容量、血压不稳定;保守治疗期间发生再次出血者;内镜下发现有动脉活动出血而止血无效者;中老年患者原有高血压、动脉硬化,出血不易控制者,应尽早行外科手术^④。

本组出院前对患者能做到详细康复指导的仅46.3%,说明医护人员轻视了患者的健康教育和后续治疗,未将预防再次出血的注意事项向患者交代。如有一位患者因上呼吸道感染服用“感冒通”,出现上消化道大出血,经急诊胃镜确诊为非甾体类抗炎药引起急性胃黏膜病变,治疗痊愈出院。但医生并未向患者强调以后需禁用此类药物,不久患者再次因上呼吸道感染又服用“感冒通”出现了二次出血来院治疗。所以医生一定要向患者详细交代注意事项。对于一些合并心脑血管疾病的患者使用阿司匹林治疗者,应同时口服抑酸剂保护胃黏膜或者用其他替代药物。对消化性溃疡患者,应继续按疗程服用抑酸剂,对有幽门螺杆菌感染者必须作幽门螺杆菌根除治疗。对肝硬化食管胃底静脉曲张患者应服用降低门静

脉压力的药物,并避免吃粗糙食物。对消化道肿瘤患者和有关科室协商确定下一步治疗方案。对出血原因不明者建议患者定期来院复查。

从以上分析来看,基层医院在上消化道出血的诊治中存在较多的失误,只有基层医务人员重视接受继续教育,提高对上消化道出血诊疗方法的正确认识,善于从失误中得到教训和启发,对于接诊的每一位患者,仔细询问病史和体格检查,结合实验室和内镜检查结果,及时明确诊断,合理用药,有临床指征时,及时请外科医生或内镜医生会诊,寻求手术治疗或者内镜下治疗,并应做好出院前的健康教育和后续治疗指导,才能最大限度地减少临床失误。

参考文献

- 1 刘新光. 上消化道出血. 见: 张树基, 刘新光. 主编. 现代消化内科诊疗手册. 北京: 北京医科大学, 中国协和医科大学联合出版社 2005:138-146.
- 2 杨蕊敏, 沈希中. 消化道出血. 见: 陈灏珠. 主编. 实用内科学. 第11版. 北京: 人民卫生出版社 2001:1717-1721.
- 3 宋国培. 上消化道大出血药物止血治疗的评价. 中华消化杂志 1995;11:1-2.
- 4 樊莞仙. 3例老年急性上消化道出血并心肌梗塞报告. 实用老年医学 1995;9:184-185.
- 5 刘凤芹, 张学军, 马立新. 老年性上消化道大出血合并脑梗塞3例. 河北医学 1998;4(11):108.

(收稿日期:2007-11-19)

(本文编辑:何美蓉)

中华医学会第四届全国老年消化专业学术会议征文通知

中华医学会老年分会消化病学组研究决定,拟于2008年9月在北京召开第四届全国老年消化专业学术会议。此次大会将就老年消化疾病的特点和近年来老年消化疾病研究成果进行广泛交流和深入讨论。会议将邀请国内老年医学和消化病学知名专家作专题报告,邀请相关学科的专家就老年消化疾病典型病例的诊治进行分析点评。专题报告:①NSAIDs及相关类药物对老年人胃肠黏膜的影响;②老年人肠道微生态状况及调整;③老年人肠内外营养;④老年人消化不良及便秘的诊治;⑤老年消化系统肿瘤早期诊断与综合治疗;⑥老年人肠道血管病变诊断与治疗;⑦中药在消化系统疾病中的应用及注意事项。欢迎从事老年病学、消化病学专业的医务工作者积极投稿,踊跃参加会议。现将征文有关事项通知如下:

一、征文内容 (1)消化系统恶性肿瘤的早期诊治与癌前病变的基础与临床研究;(2)幽门螺杆菌相关性疾病的诊治及最新进展;(3)消化系统动力性疾病的诊治的基础及临床研究;(4)消化系统疾病如:①消化道大出血②消化道血管病变③炎性肠病④肝硬化、门脉高压及胆、胰等疾病的诊断及治疗;(5)消化内镜在消化系统疾病中的诊治进展;(6)老年消化系疾病典型、疑难病例。

二、征文要求 (1)论文内容应体现先进性、科学性、观点明确、论据充分、数据准确、文字简洁规范。(2)请寄800~1200字中文摘要一份(不需全文),并写清作者姓名,单位及邮编,摘要应包括目的、方法、结果、结论四个部分,用计算机打印。请同时将摘要用电子邮件寄至下面信箱:wangcz2003@yahoo.com.cn(恕不退稿)。(3)截稿日期2008年6月31日(以当地邮戳为准)。

邮寄地址:北京市复兴路28号解放军总医院南楼消化科,王昌正 李园 收,邮编:100853,请注明老年消化会议征文。

联系人:王昌正、李园,联系电话:010-66876063 13693253908

中华医学会老年医学分会消化病学组