

●临床报道●

金属夹与硬化剂治疗上消化道动脉性出血

毕青

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311201)

关键词:上消化道出血;动脉出血;金属夹;鱼肝油酸钠;内镜治疗

中图分类号:R 573.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)01-0036-01

近年来,上消化道活动性出血经内镜治疗已成为首选方法^[1]。1998 年~2003 年我们对 56 例上消化道动脉性急性出血患者分别应用金属夹和硬化剂局部注射治疗,取得了满意疗效。现报告如下:

1 一般资料

56 例患者,均有上消化道急性出血史,24h 内行急诊内镜检查证实有活动性出血,并排除是由静脉曲张引起的。出血按 Forrest 分类法^[2]:喷射性活动性出血(I a),渗出性活动性出血(I b),血管显露(II a)。56 例分为金属夹及硬化剂 2 组。金属夹组 32 例,男 21 例,女 11 例;年龄 18~71 岁,平均 43.2 岁;胃溃疡 12 例,十二指肠球部溃疡 9 例,食管贲门粘膜撕裂症 6 例,胃癌 2 例,Diculafoy 病 3 例;I a 9 例,I b 17 例,II a 6 例。硬化剂组 24 例,男 13 例;女 11 例;年龄 21~66 岁,平均 46.7 岁;胃溃疡 6 例,十二指肠溃疡 16 例,Diculafoy 病 2 例;I a 6 例,I b 11 例,II a 7 例。

2 器械

Olympus-EVLS­-V 型电子胃镜,HX-5LR-1 型内镜,金属夹持放推送器及 MD-850 型金属夹。注射针型号为 NM-200L-0421,硬化剂为 5%鱼肝油酸钠。

3 方法

所有患者检查前均予输液、输血补充血容量治疗,休克者待血压回升后进行。金属夹组,用 400g/L 去甲肾上腺素冰盐水充分冲洗、吸引,仔细观察找到出血部位,经内镜活检孔将金属夹送至内镜的前端,显示于视野下,金属夹张开到最大约 1.2cm。当金属夹的张开度和方向与出血部位相适应时,接近直角,对准出血灶轻压上并稍加压力,套锁金属夹,将持放器脱离止血夹并退出止血夹持放器。根据病灶的需要,可放置多枚金属夹,最后用生理盐水反复喷洒,确认出血灶已完全止血后退出内镜结束治疗。分别在 24h、5d 和 1 月作内镜复查。硬化剂组,插镜后清除食管内积血,以除外食管静脉曲张,用同样的方法发现病灶后,经活检孔插入注射针,在出血灶周围约 1~2mm 范围内选择 3~4 个注射点,注射 5%鱼肝油酸钠,每点约 0.5mL,总量控制在 2mL 左右。注射后观察出血部位变为紫红色或白色,出血停止。于注射后 2、3 周复查胃镜。以上 2 组治疗后禁食 24h 后半流食,洛赛克 40mg 静注,每日 2 次,疗程 3~7d,以加强止血效果。口服羟氨苄青霉素 1.0g,每日 2 次,疗程 7d。

4 结果

金属夹组 32 例,共放金属夹 75 枚,平均 2.3 枚。其中 I

a 9 例,用金属夹 28 枚,平均 3.1 枚;I b 17 例,用金属夹 36 枚,平均 2.1 枚;II a 6 例,用金属夹 11 枚,平均 1.8 枚。即时止血率 100%;其中 1 例 Diculafoy 病,4d 后病灶活动渗血,再行金属夹治疗成功。24h 及 5d 后复查胃镜分别见 2 例、3 例病灶轻微渗血,占 6.3%和 9.4%,局部喷洒凝血酶出血停止。1 个月复查胃镜,金属夹自行脱落,随大便排出,创面仅留下清晰线状痕迹。本组患者平均随访 6.4 个月,未见再出血,无明显并发症及不良反应。硬化剂组 24 例,23 例 0 患者达到即时止血,即时止血率为 95.8%,1 例 I a 型在硬化治疗失败的情况下改用金属夹治疗成功,另 2 例分别在 3d 和 5d 时再出血,行金属夹治疗也获成功。术后 2 周复查胃镜,注射部位可见大小约 0.3~0.5cm 浅溃疡,3 周复查胃镜,溃疡愈合。注射时患者均出现轻重不一腹痛,2~3min 自行缓解。

5 讨论

上消化道出血除静脉曲张外,常见原因为消化性溃疡、粘膜撕裂、肿瘤、血管病变及内镜治疗后出血等。内镜止血操作简单,止血可靠,可重复治疗,对患者损伤小,特别对于年老体弱、病重者更为适宜。目前内镜治疗的主要方法有电凝法、热探头、激光、射频、硬化治疗及金属夹治疗等。它们可单独应用,也可联合应用,并均在各自的适应症范围内取得了满意的疗效。我们用内镜金属止血夹治疗急性活动性出血的患者立即止血率 100%,长期止血率 84.4%。止血夹可以准确的钳夹出血灶,截断血流,封闭创口,达到马上止血的目的,有利于创口的愈合,1~3 周后金属夹自行脱落并经消化道排出^[3]。应用金属夹治疗前首先要确定适应症,对大直径的动脉性出血及弥漫性粘膜出血等不宜使用。治疗时视野要清晰,充分暴露出血灶,术者要技术熟练,金属夹张开要充分,角度尽量与病灶成直角^[4],钳夹迅速,力度适中,以免损坏金属夹持放器装置。金属夹治疗后应用生理盐水反复喷洒,以确认是否完全止血,必要时可在病灶周围喷洒去甲肾上腺素。硬化剂局部注射治疗疗效显著,但要选准适应症。与其它方法比较具有设备简单、技术易于掌握、花费低、复发率低等优点,但须谨防发生医源性溃疡甚至消化道穿孔,不宜反复注射;在首次治疗失败后可改用金属夹治疗。出血治疗后,静注奥美拉唑、抗酸治疗,可加强治疗效果和减少再出血危险性,特别是溃疡性出血。

参考文献

[1]唐洁婷,房静远.非静脉曲张性消化道出血的内镜治疗[J].临床内科杂志,2004,21(5):294~296
[2]Forrest A,Finlayson ND,shearman DJ. endoscopy (下转第 45 页)

中西医结合治疗类风湿性关节炎 60 例临床分析

张细凤 唐虹 指导：喻建平
(江西中医学院 南昌 330006)

关键词：类风湿性关节炎；中西医结合疗法；活络通痹方；活血化瘀法；扶他林；甲氨喋呤
中图分类号：R 593.22 文献标识码：B 文献编号：1671-4040(2005)01-0045-01

我们于 2002 年 12 月~2004 年 1 月，用中西医结合疗法治疗类风湿性关节炎（RA）取得较好效果。报告如下：

1 临床资料

治疗组 30 例，均为江西省中医学院附属医院的门诊或住院病人，其中男性 6 例，女性 24 例，男女之比为 1:4.0；年龄 15~70 岁之间，其中 15~35 岁 6 例，36~50 岁 16 例，51 岁以上 8 例；病程最短者为 3 个月，最长为 26 年。对照组 30 例，病例来源同治疗组，其年龄、性别、病程均与治疗组相仿。诊断标准：2 组 60 例病例均符合 1987 年美国风湿协会修订的类风湿性关节炎诊断标准^[1]。实验室检查：2 组 60 例病例均在治疗前后进行血常规、血沉、类风湿因子定量检查。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用活络通痹方加西药治疗。活络通痹方方药组成：丹参 20g，当归 10g，制乳、没各 6g，威灵仙 15g，姜黄 15g，赤、白芍各 15g，乌梢蛇 10g，炙甘草 5g，制成袋装煎剂，每袋 150mL，由江西中医学院附属医院制剂室代煎加工。用法：口服 150mL，每日早晚各服 1 次，疗程 2 个月，并辨证加减。如寒甚者，加川草乌 10g、麻黄 10g；热甚者，加忍冬藤 30g、虎杖 15g；湿甚者，加苍术 15g、蚕砂 10g；肝肾精血虚者，加鸡血藤 30g、枸杞子 15g；肾督阳虚者，加补骨脂 15g、巴戟天 15g；痰盛者，加白芥子 10g、胆南星 6g；久病服药伤胃者，加木瓜 10g、佛手 10g。西药治疗同对照组。

2.2 对照组 纯西药治疗：（1）一线药——非甾体抗炎药（NSAIDS）常用药扶他林、布洛芬、赛可斯、可塞风等。（2）二线药——慢作用抗风湿药（DMARDS），如甲氨喋呤（MTX）、柳氮磺吡啶（SAPA）、雷公藤多甙片、爱若华等。（3）三线药——糖皮质激素，常用强的松、地塞米松等。（4）其它药物——乐力钙等钙剂及其它改善软骨微循环的药物，如谷强等。1 个月为 1 个疗程，共治 2 个疗程。用法：关节肿痛及晨僵等症状较轻、病程短、未正规治疗、X 线仅见关节周围软组织肿胀阴影及关节端的骨质疏松，即相当于自限性^[2] RA，只用 NSAIDS 治疗；病程超过 1 年，经治疗未能完全控制症状，反复发作，疼痛尚可忍受者，NSAIDS 联合应用 DMARDS；对疼痛不能耐受者，加用激素（三线药并用）；对症状明显改善，血沉及类风湿因子降至正常水平的缓解期患者，只留 DMARDS 固守。另钙剂及谷强等可酌情合用。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 按《中药新药临床研究指导原则》。临床治愈：症状全部消失，功能活动恢复正常，主要实验室检查指标正常。显效：全部症状消除或主要症状消除，关节功能基本恢复，能参加正常工作和劳动，实验室检查指标基本正常。有效：主要症状基本消除，主要关节功能基本恢复或有明显进步，生活不能自理转为较能够自理，或失去工作和劳动能力者的劳动和工作能力有所恢复；主要实验室指标有所改善。无效：与治疗前相比较，各方面均无进步。

3.2 治疗结果 见表 1。观察结果证明：治疗组治愈率 20%，总有效率达 90%；对照组治愈率 13%，总有效率为 77%。经统计学处理 $P < 0.05$ ，2 组疗效有显著性差异。

表 1 2 组疗效比较						
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	30	6	13	8	3	90%
对照组	30	4	10	9	7	77%

注：经 Radit 分析，2 组疗效比较有显著性差异， $P < 0.05$ 。

4 讨论

类风湿性关节炎是一种以关节为主的慢性、全身性、免疫性疾病，其发病与机体的免疫系统功能异常有密切关系。中医认为，在诸多病因中，瘀血与 RA 关系最为密切，无论风、寒、湿、热，或正气虚弱，均导致血瘀的产生^[3]。故以活血化瘀的活络通痹方加减治疗。方中丹参有活血祛瘀、凉血消痛、养血安神之功；当归养血活血止痛；乳香、没药功擅活血散瘀、消肿止痛；姜黄活血通经止痛；乌梢蛇祛风湿通络；赤芍清热凉血，散瘀止痛；白芍、甘草缓急止痛，固护气阴以防伤正。实验研究表明，活血化瘀药物能降低血液粘稠度，具有镇静、减轻炎症反应等作用；补肾活血中药可抑制软骨侵袭，延缓骨破坏；白芍有镇痛、调节免疫等作用。

本组病例在活络通痹方治疗的基础上，结合西药治疗，见效快，不良反应少，说明活络通痹方加减治疗类风湿性关节炎疗效确切，安全可靠。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京：人民卫生出版社，2002.900
[2] 吴启富.类风湿性关节炎中西医结合治疗前景[J].中国中西医结合杂志，2002，22（8）：565~567
[3] 梁幼雅.类风湿性关节炎与中医瘀血证关系探讨[J].中医研究，1997，10（4）：1~3

（收稿日期：2004-04-21）

（上接第 36 页）in gastrointestinal bleesing[J]. Lancet, 1974,2:394~397
[3]Rollhauser C,Fleischer DE.Nonvariceal upper gastrointesinaaal bleeding:an update[J]. Endloscopy, 1997,29:91~105

[4]郭世斌,郝艳香,马菁.Mallory-Weiss 综合征的内镜下诊治[J].中华消化内镜杂志，2004，21(2): 140~141

（收稿日期：2004-06-23）