

内镜下金属钛夹联合黏膜注射治疗溃疡病出血的疗效观察*

刘 杲, 张 丽, 周 济, 吴泉峰[△] (湖北省恩施土家族苗族自治州中心医院胃肠外科 445000)

【摘要】 目的 观察内镜下金属夹联合黏膜注射治疗溃疡出血的疗效, 为临床治疗溃疡出血寻找新方法。**方法** 选取 2011 年 5 月至 2013 年 5 月该院收治的非静脉曲张性溃疡病出血患者 66 例, 随机分为三组: 联合止血组(钛夹止血联合黏膜注射止血) 22 例、钛夹止血组 22 例和黏膜注射止血组 22 例, 比较三组患者治疗后的即时止血情况、再出血情况、止血有效率、转外科手术率及并发症发生情况。**结果** 三组即时止血率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射组, 三组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 三组患者 72 h 后再出血发生率及有效止血率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射组, 三组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 三组患者外科手术发生率: 联合止血组小于钛夹止血组小于黏膜注射止血组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 内镜下金属钛夹止血联合黏膜注射止血治疗溃疡病出血较之于单纯钛夹止血和单纯黏膜注射止血的临床效果更优, 且并发症发生率和单纯注射治疗及单纯钛夹治疗无明显差异, 故该治疗方案作为治疗溃疡出血可进行更深入的研究, 以规范治疗方法, 稳定治疗效果。

【关键词】 溃疡出血; 钛夹; 黏膜注射; 临床疗效;

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.14.055 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)14-2104-02

溃疡病出血会直接影响患者病情发展, 若不能及时有效地止血, 持续性失血会降低患者血容量, 患者有呕血、柏油样黑便, 引起红细胞、血红蛋白和血细胞比容明显下降, 脉率加快, 血压下降, 出现休克前期症状或休克状态。治疗原则是补充血容量, 防治失血性休克, 尽快明确出血部位并采取有效止血措施^[1]。溃疡基底血管被侵袭导致破裂出血, 大多为动脉出血。大出血的溃疡一般位于胃小弯或十二指肠后壁, 因此胃溃疡出血的来源常为胃左右动脉及其分支, 而十二指肠溃疡出血多来自胰十二指肠上动脉或胃十二指肠动脉及其分支^[2]。本院对临床溃疡出血患者应用内镜下金属钛夹止血结合黏膜注射止血治疗, 得到了满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 5 月至 2013 年 5 月本院收治的 66 例溃疡病出血患者。患者主要表现为呕血和黑便, 且经输血、补液、止血等治疗不能止血。随机分为联合止血组(钛夹止血联合黏膜注射止血) 22 例、钛夹止血组 22 例和黏膜注射止血组 22 例。联合止血组中, 男 14 例, 女 8 例, 年龄 20~78 岁, 平均(58.6±5.3)岁; 溃疡类型: 消化性溃疡 9 例、吻合口溃疡 2 例、Dieulafoy 病 2 例、血管畸形 5 例、黏膜糜烂 2 例、Mallory-Weiss 综合征 1 例。钛夹止血组中, 男 15 例, 女 7 例, 年龄 20~77 岁, 平均(58.7±5.6)岁; 溃疡类型: 消化性溃疡 8 例、吻合口溃疡 2 例、Dieulafoy 病 2 例、血管畸形 6 例、黏膜糜烂 2 例、Mallory-Weiss 综合征 1 例, 十二指肠憩室 1 例。黏膜注射止血组中, 男 13 例, 女 9 例, 年龄 20~77 岁, 平均(58.5±5.5)岁; 溃疡类型: 消化性溃疡 9 例、吻合口溃疡 1 例、Dieulafoy 病 2 例、血管畸形 7 例、黏膜糜烂 1 例、十二指肠憩室 1 例。三组患者的基本资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 (1) 钛夹止血组: 经内镜活检通道将止血夹持放器插入, 伸出金属钛夹, 并将其对准出血两端, 张开钛夹至其最大

程度, 调整前端方向与钳夹目标对应, 再准确推进止血夹, 最大程度保证止血夹可以有效顶住出血病灶, 之后再止血钛夹套锁住, 在听到“咔嚓”声后夹子完全合拢。最后, 止血夹持放器缓慢退出, 局部喷洒 8 mg/100 mL 去甲肾上腺素, 核出血是否停止, 若仍有出血则要二次钛夹止血。观察 5 min, 确定不存在活动性出血点后拔出内镜。(2) 黏膜注射止血组: 先经电子胃镜检查定位病灶, Forrest 分级 I 级者或者 I b 级血凝块清除后存在活动出血点的患者, 在胃镜直视下以黏膜注射针在出血病灶周围或裸露血管旁注射肾上腺素溶液(1 mL 肾上腺素+1 000 mL 生理盐水稀释), 注射 3~4 点, 每点 1 mL 左右, 一般以周围黏膜开始肿胀变白、出血停止为宜, 注射后观察 5 min, 确认出血是否停止。(3) 联合止血组: 按照上述钛夹止血和黏膜注射止血方法进行联合治疗。

1.3 观察指标 比较三组患者治疗后的即时止血情况、术后再出血情况、并发症情况等。判断止血成功标准: 胃镜检查结果显示出血停止, 生命体征稳定, 且不呕血、无黑便, 治疗后 5 d 内粪便转黄, 复查大便隐血结果为阴性。

1.4 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件进行处理, 计数资料以率表示, 比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组即时止血率及 72 h 再出血率 三组即时止血率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射止血组, 三组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 三组患者 72 h 后再出血发生率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射止血组, 三组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 三组有效止血率及外科手术发生率比较 三组患者有效止血率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射止血组, 三组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。外科手术发生率: 联合止血组小于钛夹止血组小于黏膜注射止血组, 三组比较差异有

* 基金项目: 湖北省自然科学基金项目(2011CDC146)。

作者简介: 刘杲, 男, 硕士, 主治医师, 研究方向为胃肠道肿瘤的基础与临床研究。 △ 通讯作者, E-mail: lgkinki@163.com。

统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 三组患者的即时止血率和 72 h 再出血率比较[n(%)]			
组别	<i>n</i>	即时止血	72 h 再出血
联合止血组	22	22(100.00)	1(4.55)
钛夹止血组	22	20(90.90)	2(9.09)
黏膜注射止血组	22	19(86.36)	3(14.29)
χ^2		6.925	6.781
<i>P</i>		0.044 7	0.043 9

表 2 三组患者有效止血和行外科手术发生率比较[n(%)]			
组别	<i>n</i>	有效止血率	外科手术率
联合止血组	22	21(95.45)	1(4.55)
钛夹止血组	22	18(81.81)	3(14.29)
黏膜注射止血组	22	16(72.73)	4(18.18)
χ^2		5.385 0	4.075 0
<i>P</i>		0.045 3	0.046 7

2.3 并发症情况 三组患者治疗期间均未发生任何严重性并发症。

3 讨 论

临床常用的内镜下止血手术包括金属夹止血术、喷洒药物止血、注射药物止血、电凝灼烧止血等。金属止血夹止血中钛夹是最常用的一种,其主要优势为迅速止血、且不复发,而且金属夹在新血管形成后会自行脱落,无需二次手术取夹。金属架止血对可见血管残端的非曲张静脉活动性出血是一种简便有效的快速止血方法^[3-5]。注射止血机制在于溃疡黏膜被液体浸润和压迫后,所用血管收缩药物促进血管收缩,从而有效凝血^[6-8]。

本研究比较了不同止血方法对溃疡出血的止血效果,结果

表明三组即时止血率为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射止血组,三组比较差异有统计学意义($P<0.05$);三组患者 72 h 后再出血发生率及有效止血率分别为联合止血组大于钛夹止血组大于黏膜注射止血组,三组比较差异有统计学意义($P<0.05$);外科手术发生率为联合止血组小于钛夹止血组小于黏膜注射止血组,三组比较差异有统计学意义($P<0.05$);三组患者治疗期间均未发生任何严重性并发症。

综上所述,将内镜下金属钛夹结合黏膜注射来治疗溃疡病出血效果更好,且不会因子增加并发症,值得推广应用。

参考文献

[1] 韦锦兰. 内镜下止血联合 PPI 治疗溃疡病出血 54 例分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(12): 601-602.

[2] 酒龙根, 唐文香, 侯靖武, 等. 内镜下治疗消化性溃疡活动性出血分析[J]. 中国当代医药, 2010, 17(19): 243-243.

[3] 吕新芝, 李仙丽, 汤得真, 等. 经胃镜止血钛夹治疗上消化道出血患者的配合及护理[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(2): 358-359.

[4] 张宝阳, 蔡旭华, 李伟平. 经内镜金属钛夹在消化道出血中的应用[J]. 浙江医学, 2010, 32(6): 897-898.

[5] 郑小梅, 王颖. 溃疡病出血内科保守治疗的护理[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 13(35): 290.

[6] Stanciu C, Trifan A, Khder SA. Accuracy of colonoscopy in localizing colonic cancer[J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2011, 111(1): 39-43.

[7] 李兆申. 消化道出血的内镜治疗[J]. 中国实用内科杂志, 2008, 28(3): 164-167.

[8] Raju GS, Gajula L. Endoclips for GI endoscope[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 59(2): 267-269.

(收稿日期: 2015-01-25 修回日期: 2015-03-15)

• 临床探讨 •

认知行为干预对胶质瘤患者焦虑情绪的影响*

吉 佳, 邓燕宏, 张照莉, 王国碧[△] (重庆市肿瘤研究所 400030)

【摘要】 目的 探讨认知行为疗法对胶质瘤患者焦虑情绪的影响, 初步为胶质瘤临床护理提供依据。**方法** 选择 2013 年 2 月至 2014 年 8 月收治的 90 例胶质瘤住院患者, 随机分为对照组和干预组, 每组 45 例。干预组在接受常规治疗护理的同时接受认知行为干预, 对照组接受常规治疗护理。两组患者在入院当天及 2 周后进行 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)评分并进行比较。**结果** 干预组经治疗后焦虑患者由干预前的 30 例(66.7%)明显减少至 18 例(40.0%)($P<0.05$), 而对照组入院当天及 2 周后焦虑患者无改变, 均为 29 例(64.4%)($P>0.05$)。经认知行为疗法干预后, 干预组患者评分较入院时明显降低($P<0.01$), 且与对照组患者入院 2 周后评分相比, 经认知行为干预后干预组的评分更低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 认知行为干预疗法可有效改善胶质瘤患者焦虑情绪, 辅助患者治疗与康复, 为胶质瘤认知行为干预提供可行性依据。

【关键词】 认知行为疗法; 胶质瘤; 焦虑
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.14.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)14-2105-03

目前, 胶质瘤的发病率和病死率呈逐年上升趋势^[1]。肿瘤的占位效应, 手术操作及术后放化疗等因素除了对患者躯体造

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研项目面上项目(2012-2-489)。 [△] 通讯作者, E-mail: 934544843@qq.com。