

内镜下治疗结直肠出血的临床疗效

刘靖正 周平红 姚礼庆 徐美东 马丽黎 胡健卫 秦文政 任重

【摘要】 目的 探讨内镜下治疗结直肠出血的临床疗效。方法 回顾性分析 2008 年 6 月至 2011 年 6 月复旦大学附属中山医院收治的 104 例结直肠出血患者的临床资料。内镜下治疗结直肠疾病术后出血,内镜下即可见出血部位;无内镜治疗史者,必须在内镜下迅速找到出血部位,了解其性质。内镜下首先应用 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水充分冲洗肠腔,尽量吸引病灶周围血块,使镜下视野清晰,辨认出血部位;必要时可使用连续注水泵,以保证内镜下治疗视野的清晰。主要止血方法:(1)局部喷洒止血药物。(2)金属夹止血。(3)氩气离子凝固术。(4)硬化剂注射。(5)多技术联合止血。术后随访 1~6 个月。**结果** 104 例结直肠出血患者中内镜治疗术后出血 84 例、外科手术术后出血 16 例、结直肠原发疾病出血 4 例。初次成功止血 97 例,24 h 内再出血 7 例(再次内镜下成功止血 6 例、止血失败转腹腔镜治疗 1 例),内镜下止血总有效率为 99.04% (103/104)。内镜治疗术后平均随访 4.2 个月,患者复查肠镜均无再出血发生。**结论** 内镜下治疗结直肠出血是一种安全、有效的治疗方法。

【关键词】 结肠疾病; 直肠疾病; 出血; 内窥镜检查

Efficacy of endoscopy for the treatment of colorectal hemorrhage LIU Jing-zheng, ZHOU Ping-hong, YAO Li-qing, XU Mei-dong, MA Li-li, HU Jian-wei, QIN Wen-zheng, REN Zhong. Endoscopic Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China
Corresponding author: XU Mei-dong, Email: xu.meidong@zs-hospital.sh.cn

【Abstract】 **Objective** To investigate the clinical efficacy of endoscopic treatment for colorectal hemorrhage. **Methods** The clinical data of 104 patients with colorectal hemorrhage who were admitted to the Zhongshan Hospital of Fudan University from June 2008 to June 2011 were retrospectively analyzed. The conditions of the lesions of hemorrhage were identified directly under the endoscope. The enteric cavity was completely irrigated by 0.1% norepinephrine saline to remove the blood clots around the lesions for providing a better vision. The main hemostatic methods included hemostatic drugs, metallic hemostatic clip, argon plasma coagulation, sclerosing agent injection, and various techniques combination. Patients were followed up for 1-6 months after the treatment. **Results** Eighty-four patients were diagnosed as with colorectal hemorrhage after endoscopy, 16 patients were with colorectal hemorrhage after surgery, and 4 patients were with colorectal hemorrhage caused by primary colorectal diseases. Hemostasis was successfully completed in 97 patients. Seven patients had colorectal hemorrhage recurrence within 24 hours, and hemostasis was successfully completed in 6 patients, 1 patient was converted to open surgery. The total successful rate of endoscopic hemostasis was 99.04% (103/104). The mean time of follow-up was 4.2 months, and no colorectal hemorrhage recurrence was observed during the follow-up. **Conclusion** Endoscopic hemostasis is safe and effective for the treatment of colorectal hemorrhage.

【Key words】 Colonic diseases; Rectal diseases; Hemorrhage; Endoscopy

结直肠出血是常见的临床急症,其病因复杂多样,常见病因为恶性肿瘤、肠息肉、肠道炎症性病变、血管畸形、憩室^[1]。随着结肠镜检查的广泛应用,结肠镜诊断及治疗结直肠出血的临床价值越来越突出。本研究回顾性分析 2008 年 6 月至 2011 年 6 月我中心收治的 104 例结直肠出血患者的临床资料,旨在探讨内镜下治疗结直肠出血的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组结直肠出血患者 104 例,男 59 例,女 45 例;年龄 29~93 岁,平均 59.2 岁。出血时间 0~14 d。所有患者于治疗前被告知可能的益处和风险,并签署手术知情同意书。

1.2 术前准备

就诊时首先判断患者是否存在血流动力学异常或休克,并给予相应的抗休克和维持循环治疗,询问病史,进行体格检查和术前检查,必要时用 1000~2000 ml 生理盐水灌肠。对于处于休克状态或生命体征不稳定的患者,必须纠正休克、维持生命体征平

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2013.12.015

基金项目: 国家自然科学基金(11071046)

作者单位: 200032 上海,复旦大学附属中山医院内镜中心、内镜诊疗研究所、上海医学院外科学系

通信作者: 徐美东, Email: xu.meidong@zs-hospital.sh.cn

稳才可进行内镜下止血治疗。条件允许时可静脉注射异丙酚,在全身麻醉的状态下进行止血;如不能进行静脉麻醉,可注射地西泮 5 mg 镇静,联合静脉内推注解痉剂山莨菪碱 10 mg,缓解患者紧张、焦虑的情绪。

1.3 手术方法

内镜治疗结直肠疾病术后出血,内镜下即可见出血部位;无内镜治疗史者,必须在内镜下迅速找到出血部位,了解其性质。内镜下首先应用 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水充分冲洗肠腔,尽量抽吸干净病灶周围血块,使镜下视野清晰,辨认出血部位;必要时可使用连续注水泵,以保证内镜治疗视野的清晰。内镜下发现出血点后,依据不同的出血性质合理采用止血手段。

主要止血方法:(1)局部喷洒止血药物,多用于结直肠局灶性糜烂、溃疡、息肉摘除后出血。用 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水冲洗出血部位,也可在 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水中加入凝血酶冲洗出血部位。(2)金属夹止血,多用于小动脉喷射性出血以及息肉切除术后残端出血。使用金属夹止血时必须保证视野清晰,经内镜工作通道置入已安装好金属夹的释放器;伸出并充分张开金属夹,直视下旋转释放器手柄上的旋转装置调整方向,使金属夹开口与出血点垂直后,将金属夹两爪勾在出血点两侧组织;负压吸引,使缺损周围黏膜皱缩以缩

小创面,适时快速夹闭金属夹(图 1)。(3)氩气离子凝固术(argon plasma coagulation, APC),多用于肠内溃疡型出血、肿瘤性出血,以及内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)及内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)术后创面渗血。找到出血部位后,对准出血点进行电凝止血,功率 60 W,电凝时间要适度,一般 3~5 s 最为适宜,直至创面焦灼,出血停止(图 2)。(4)硬化剂注射,多用于血管畸形出血。注射部位一般在出血部位的周围及裸露血管旁,注射点 2~4 点,每点 1~2 ml,至周围黏膜肿胀变白,出血停止。(5)多技术联合止血。联合止血有金属夹联合注射硬化剂止血、金属夹联合尼龙绳套扎、局部喷洒止血药物联合电凝止血、金属夹联合电凝止血等。

内镜下止血成功后均需用 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水反复冲洗创面,观察 5 min 无再出血即可终止诊断治疗操作。应用大量生理盐水冲洗并抽吸干净肠腔内残留血性液体,避免术后残留液体经肛门排出时引起误诊。

1.4 术后处理

经内镜下止血成功的患者,术后禁食、补液、抗休克、补充血容量等对症治疗,适度使用维生素 K、酚磺乙胺、垂体后叶素、生长抑素等止血药物;严密监测心率、血压、呼吸、尿量及神志变化,定期检查 RBC、Hb、血细胞比容等。

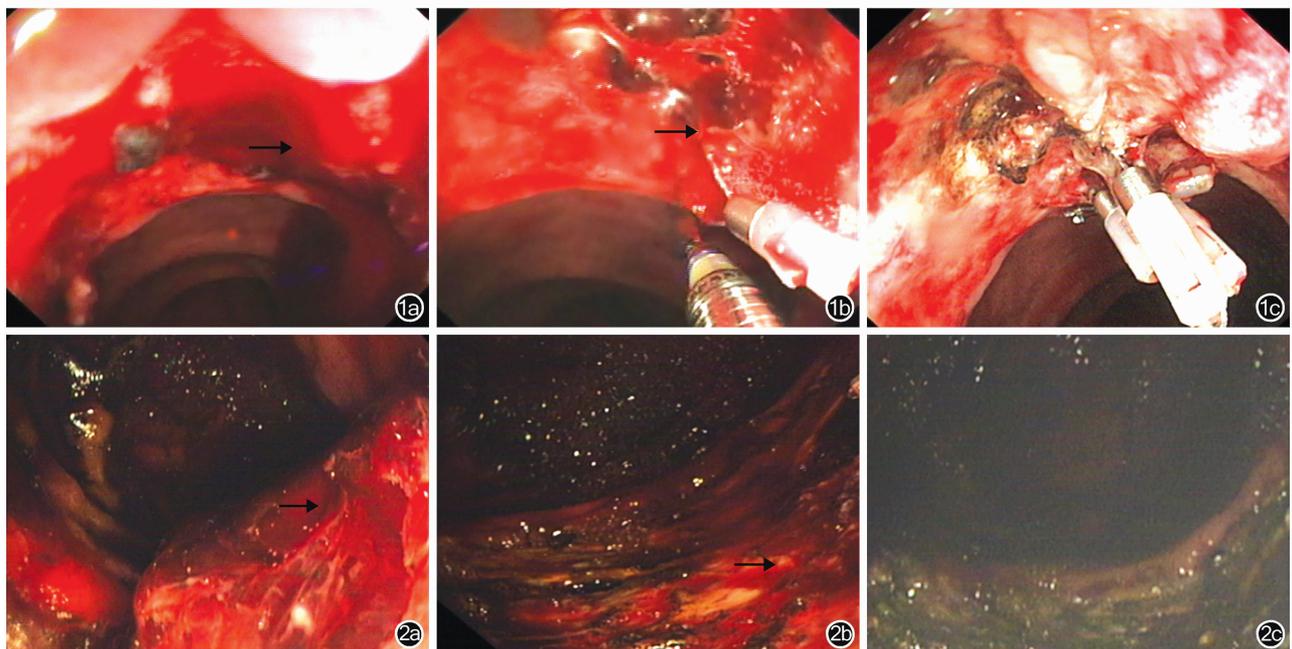


图 1 金属夹止血术治疗吻合器痔上黏膜环切术后创面出血 1a:吻合器痔上黏膜环切术后创面大量出血(→); 1b:生理盐水冲洗并应用金属夹止血(→); 1c:应用金属夹夹闭出血创面 图 2 氩气离子凝固术治疗内镜结肠黏膜下剥离术后出血 2a:内镜下发现内镜结肠黏膜下剥离术后出血部位(→); 2b:冲洗出血创面(→); 2c:氩气离子凝固术成功止血

1.5 随访

所有患者术后住院观察,成功止血后表现为鲜血便、黑便消失,血压、脉搏正常;如发生血压下降、心率增快、呕血或便血、肠鸣音亢进、Hb 进行性下降,即认为有再出血发生,若出现再出血者可再次进行内镜下止血治疗。内镜治疗后随访 1~6 个月,记录有无再出血发生。

2 结果

2.1 出血原因

内镜治疗结直肠疾病术后出血患者 84 例(息肉电切术后出血 47 例、ESD 术后出血 21 例、EMR 术后出血 16 例);外科手术术后出血 16 例[吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoid, PPH)后出血 7 例、Dixon 术后吻合口出血 6 例、全结肠切除术后吻合口出血 1 例、右半结肠切除术后吻合口出血 1 例、直肠前切除术后出血 1 例];结直肠原发疾病出血 4 例(直肠肿瘤、直肠溃疡、结肠血管畸形、放射性肠炎出血各 1 例)。出血部位:直肠 47 例、乙状结肠 28 例、降结肠 13 例、横结肠 3 例、升结肠 11 例、回盲瓣 2 例。

2.2 止血效果

104 例结直肠出血患者中,内镜下单纯应用金属夹止血治疗 50 例、APC 止血治疗 46 例、内镜下多技术联合治疗 8 例(金属夹联合尼龙绳套扎止血 1 例、金属夹联合注射硬化剂止血 2 例、金属夹联合电凝止血 5 例)。

104 例患者内镜下治疗后即时止血全部成功,即时止血成功率为 100.00% (104/104),24 h 内再出血 7 例,初次止血率为 93.27% (97/104)。7 例再出血患者中包括 4 例 ESD 术后创面渗血者、2 例结肠巨大息肉电切术者、1 例结肠血管畸形的患者。内镜下对出血部位进行再次止血,成功止血 6 例;1 例结肠巨大息肉尼龙绳联合高频电凝切除术的患者,尼龙绳滑脱,肠壁断端残蒂不可见,病变黏膜下滋养血管回缩,内镜下应用金属夹、热活组织检查钳烧灼创面止血均未成功;换用双通道内镜,应用金属夹联合尼龙绳套扎止血,创面出血停止;术后 6 h 患者再次便大量鲜血,进镜发现创面仍有鲜血涌出,终止内镜治疗转腹腔镜治疗。本组内镜下止血总有效率为 99.04% (103/104)。

2.3 随访情况

本组患者术后平均随访 4.2 个月,经肠镜检查均无再出血发生,未出现穿孔等内镜下治疗相关并发症。

3 讨论

结直肠出血易导致血流动力学变化,引起休克,需要快速明确出血原因及有效止血。临床对结直肠出血的最常用的检查方法是结肠镜检查^[2]。48%~90% 的患者可通过急诊结肠镜诊断出血,但对结肠持续大量出血仍可选择行肠系膜动脉造影检查,以明确是否为大血管出血^[3-4]。

近年来内镜治疗结直肠疾病术后出血的报道逐渐增多,本组 84 例患者为内镜治疗术后出血。这类患者出血部位明确,但不同治疗术式出血性质不尽相同。息肉电切术后出血选择内镜下金属夹止血,一般可成功止血。EMR 和 ESD 术后肠道创面缺损大,多为创面渗血,适合应用 APC 止血;由于 EMR 及 ESD 术后易发生人工溃疡,APC 止血成功后,溃疡炎性反应易引起血凝块脱落,可引起再次出血。EMR 和 ESD 创面动脉喷射性出血、管径较粗的小静脉搏动性出血,或手术面组织菲薄,用 APC 止血易引起迟发性穿孔,均应首选金属夹止血。

肠道手术后发生结直肠出血在临床上较为少见。本组患者中,外科手术术后出血 16 例,其中 Dixon 术后吻合口出血 6 例,均采取内镜下止血成功。笔者认为低位直肠手术或 PPH 术后可采用电凝止血的方法。因为吻合口位于腹膜反折以下,即使大功率电凝也不会因肠穿孔造成比较严重的后果^[5]。对于右半结肠术后吻合口出血,要慎用电凝止血,推荐局部喷洒止血药物联合金属夹可成功止血。笔者认为:内镜下多种技术均可用于治疗外科肠道吻合口出血,如果方法得当,基本可代替外科手术治疗。

结直肠癌和息肉、结肠炎、肛门直肠疾病和炎症性肠病是国内下消化道出血常见的病因^[6-9]。本组患者中结直肠原发病伴出血者 4 例,均成功实现内镜下止血。笔者认为:炎性肠病和溃疡出血患者,内镜下应用 APC 即可成功止血,无需行手术治疗。但 APC 存在电灼过度,肠壁穿孔的风险,因此必须选择合适止血方式。肿瘤出血患者不宜急诊手术,因为纠正休克与贫血以及满意的肠道准备对这类患者结直肠手术的预后有着决定性的影响。肿瘤出血患者,应用 1:1000 冰去甲肾上腺素生理盐水冲洗,或局部喷洒止血药联合 APC 进行治疗,可成功止血。对于结肠动静脉畸形出血,不主张首选硬化剂栓塞治疗,因其易造成肠壁炎性坏死。在应用金属夹或 APC 等技术联合治疗均无法成功止血时,可试用硬化剂治疗,但应严格控制硬化剂用量(1~2 ml 为宜)。

结直肠出血时无法行充分的肠道准备,肠腔血

液聚集影响内镜视野,无法明确出血原因进行内镜下止血。本组 104 例患者均存在不同程度结肠积血,笔者利用连续注水泵辅助装置,均成功到达回盲部,同时完成内镜下止血操作。笔者认为:利用带有连续注水装置的内镜,进镜时发现可疑出血部位,即可应用生理盐水反复冲洗并抽吸干净,可以达到急诊内镜下的诊断治疗操作要求。没有配备连续注水的内镜,应用 50 ml 注射器,抽吸生理盐水冲洗可疑出血面,可达到治疗的要求。

综上,结肠镜检查对于明确下消化道出血的病因有重要作用,对于结直肠出血患者,在生命体征平稳的情况下,均可进行急诊内镜下止血,从而避免外科手术治疗。

参考文献

[1] 刘萍. 注射用血凝酶治疗下消化道出血两种给药方法的疗效观察. 中国全科医学, 2011, 14(9B): 3033-3034.

[2] Whitlow CB. Endoscopic treatment for lower gastrointestinal bleeding. Clin Colon Rectal Surg, 2010, 23(1): 31-36.
 [3] 赵义, 李澄, 马占龙, 等. 128 层螺旋 CT 对急性下消化道出血的诊断价值. 实用临床医药杂志, 2010, 14(19): 146-148.
 [4] 刘凤林, 秦新裕. 不明原因下消化道出血诊治策略. 中国实用外科杂志, 2008, 28(4): 319-320.
 [5] 陈巍峰, 姚礼庆, 周平红, 等. 吻合器痔上黏膜环切钉合术后迟发性大出血的诊治分析. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(4): 420-421.
 [6] Bai Y, Peng J, Gao J, et al. Epidemiology of lower gastrointestinal bleeding in China: single-center series and systematic analysis of Chinese literature with 53,951 patients. J Gastroenterol Hepatol, 2011, 26(4): 678-682.
 [7] 颜基先, 王军, 李丽, 等. 胶囊内镜在诊断不明原因消化道出血中的临床应用. 重庆医学, 2011, 40(13): 1281-1282, 封 3.
 [8] 刘靖正, 周平红, 姚礼庆, 等. 内镜下尼龙绳套扎联合高频电凝切除治疗结直肠息肉的疗效. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3): 220-222.
 [9] 董魁星, 齐洪武. 溃疡性结肠炎发病机制的研究进展. 临床误诊误治, 2012, 25(12): 89-92.

(收稿日期: 2013-08-30)

(本文编辑: 张玉琳)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊可直接使用英文缩写词的常用词汇

本刊将允许作者对下列比较熟悉的常用词汇直接使用英文缩写词,即在论文中第一次出现时,可以不标注中文全称。

AFP	甲胎蛋白	FTTC	异硫氰酸荧光素	MTT	四甲基偶氮唑蓝
Alb	白蛋白	GAPDH	3-磷酸甘油醛脱氢酶	NK 细胞	自然杀伤细胞
ALP	碱性磷酸酶	GGT	γ-谷氨酰转移酶	PaCO ₂	动脉血二氧化碳分压
ALT	丙氨酸氨基转移酶	HAV	甲型肝炎病毒	PaO ₂	动脉血氧分压
AST	天冬氨酸氨基转移酶	Hb	血红蛋白	PBS	磷酸盐缓冲液
AMP	腺苷一磷酸	HBV	乙型肝炎病毒	PCR	聚合酶链反应
ADP	腺苷二磷酸	HBeAg	乙型肝炎 e 抗原	PEI	经皮酒精局部注射疗法
ATP	腺苷三磷酸	HBsAg	乙型肝炎表面抗原	PET	正电子发射计算机断层扫描
ARDS	急性呼吸窘迫综合征	HCV	丙型肝炎病毒	PLT	血小板
BMI	体质量指数	HE	苏木素-伊红	PT	血浆凝血酶原时间
BUN	尿素氮	HEV	戊型肝炎病毒	PTC	经皮肝穿刺胆道造影
CEA	癌胚抗原	HIFU	高强度聚焦超声	PTCD	经皮经肝胆管引流
Cr	肌酐	IBil	间接胆红素	RBC	红细胞
CT	X 线计算机断层摄影术	ICG R15	吲哚菁绿 15 min 滞留率	RFA	射频消融
DAB	二氨基联苯胺	IFN	干扰素	RT-PCR	逆转录-聚合酶链反应
DBil	直接胆红素	IL	白细胞介素	TACE	经导管(肝)动脉栓塞化疗
DMSO	二甲基亚砷	抗-HBc	乙型肝炎核心抗体	TBil	总胆红素
ECM	细胞外基质	抗-HBe	乙型肝炎 e 抗体	TC	总胆固醇
ELISA	酶联免疫吸附测定	抗-HBs	乙型肝炎表面抗体	TG	甘油三酯
ENBD	内镜鼻胆管引流	LC	腹腔镜胆囊切除术	TGF	转化生长因子
ERBD	内镜逆行胆管支架引流	LDH	乳酸脱氢酶	TNF	肿瘤坏死因子
ERC	内镜逆行胆管造影	MMP	基质金属蛋白酶	TP	总蛋白
ERCP	内镜逆行胰胆管造影	MRCP	磁共振胰胆管造影	WBC	白细胞
EST	内镜乳头括约肌切开	MRI	磁共振成像	VEGF	血管内皮生长因子
EUS	内镜超声	MODS	多器官功能障碍综合征		