

均未发生支气管痉挛等不良反应,组间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

腹腔镜下腹股沟斜疝疝囊高位结扎术因其手术切口小、创伤小、手术时间短、术后恢复快等优点得到了患者和家属的欢迎。米库氯铵是短效的非去极化肌肉松弛药,可以快速被血浆胆碱酯酶所降解,分解产物不存在肌肉松弛作用,非常符合该手术的要求。

在本研究中, M组 ThD95 长于 R组, TOFR25 以及 RI 均明显短于 R组,表明米库氯铵相较于罗库溴铵,虽然肌松起效时间更长,但持续时间更短,且恢复迅速,无蓄积作用。与史静等^[4]的研究结论一致。

米库氯铵大剂量给药或快速静脉注射均可导致组胺的释放和毛细血管的扩张,出现颜面、躯干皮肤的潮红,甚至出现血压下降、心率增快、喉痉挛等不良反应。本研究中,两组患儿各时间点 HR、MAP 均稳定,差异无统计学意义($P > 0.05$); M组虽有 1 例发生皮肤潮红,但是未经处理,潮红自行消退,且未出现血压、心率的变化。可能与在本研

究中麻醉医师在给予米库氯铵时其推注速度较慢(推注时间大于 30 s),未引起组胺释放,从而降低了血压下降、心率增快等血流动力学波动的风险有关。

综上所述,在小儿腹腔镜下腹股沟斜疝疝囊高位结扎术进行全身麻醉时肌松药选择使用米库氯铵是安全可行的,且与罗库溴铵相比,能缩短气管导管拔除时间,具有一定的临床意义。但应注意米库氯铵静脉推注速度应大于 30 s,以减少米库氯铵组胺释放的不良反应。

〔参考文献〕

- (1) Zeng R, Liu X, Zhang J, et al. The efficacy and safety of mivacurium in pediatric patients (J). *BMC Anesthesiol.* 2017, 17(1): 58.
- (2) 杨敏. 合理安排患儿手术前禁食禁饮的时间 (J). *中国医学创新*, 2010, 7(9): 144.
- (3) 仲山, 尹宁, 黄洪强, 等. 米库氯铵与顺苯磺酸阿曲库铵在婴幼儿唇腭裂手术中的应用比较 (J). *临床麻醉学杂志*, 2014, 30(11): 1084-1086.
- (4) 史静, 石磊, 王俊霞, 等. 不同剂量米库氯铵在不同年龄儿童气管异物取出术麻醉中的应用 (J). *河北医科大学学报*, 2019, 40(4): 466-471.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0112-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.050

消化内镜下止血治疗对急性非静脉曲张性上消化道出血的疗效

弭希峰 洪顺忠 许婷婷 林志金

(福建医科大学附属泉州第一医院 泉州市第一医院, 福建 泉州 362000)

〔摘要〕 **目的:** 观察消化内镜下止血治疗对急性非静脉曲张性上消化道出血 (ANVUGIB) 的临床效果和并发症发生情况。**方法:** 采取单双号分组法, 将 2014 年 2 月至 2019 年 12 月于福建医科大学附属泉州第一医院诊治的 260 例 ANVUGIB 患者分为对照组和观察组, 各 130 例。对照组进行常规对症治疗, 观察组在对照组基础上, 开展消化内镜下止血治疗。比较两组治疗效果、症状/体征消失时间、并发症和死亡率以及再次出血情况。**结果:** 观察组患者的治疗总有效率 (93.08%) 高于对照组 (72.31%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者出血停止时间、肠鸣音恢复时间以及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组继发性腹膜炎、休克、窒息的发生率及死亡率均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 1 周内再次出血率 (0.77%) 低于对照组 (7.69%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 治疗 ANVUGIB, 在常规对症施治的基础上, 配合消化内镜下止血治疗可获得较好的止血效果, 且并发症少。

〔关键词〕 急性非静脉曲张性上消化道出血; 消化内镜; 止血治疗

〔中图分类号〕 R 573.2 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-09-06

〔作者简介〕 弭希峰, 男, 副主任医师, 主要研究方向是消化道出血内镜下治疗。

上消化道出血是发病率相对较高的一种急症^[1], 其中急性非静脉曲张性上消化道出血 (acute non-varicose upper gastrointestinal bleeding, ANVUGIB) 是因胃空肠吻合术后, 吻合口周边疾病引起, 也可能是因胆管出血或者胰管出血所致, 常见病因包括急 (慢) 性上消化道黏膜炎症、应激性 (消化性) 溃疡以及消化道肿瘤, 死亡率在 8% 左右, 发病急骤且进展快, 需要及时实施有效救治方案, 尽快止血。近年来消化内镜在临床消化道疾病的诊断和治疗中起到了非常大的作用, 应用价值逐渐升高, 本研究旨在观察消化内镜在 ANVUGIB 治疗中的应用效果, 同时观察并发症发生情况, 选择 260 例患者为研究对象, 详情报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

从 2014 年 2 月至 2019 年 12 月在本院接受治疗的 ANVUGIB 患者中选取 260 例, 采取单双号分组法将患者分为两组, 各 130 例。对照组中, 男女比例为 68:62; 年龄 26~65 岁, 平均 (43.21 ± 10.15) 岁; 内镜下溃疡出血的 Forrest 分级: I 级 (活动性出血病灶)、II 级 (近期出血病灶)、III 级 (基底清洁无近期出血迹象) 分别有 82 例、41 例、7 例。观察组中, 男女比例为 66:64; 年龄 24~66 岁, 平均 (43.54 ± 10.36) 岁; 溃疡出血的 Forrest 分级: I 级、II 级、III 级分别有 84 例、40 例、6 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 已确诊是 ANVUGIB, 具体参考《循证消化病学》^[2]; (2) 未合并其他消化道疾病; (3) 未合并其他如恶性肿瘤等重症以及属于胆管胰管出血的患者; (4) 无认知障碍和精神类疾病; (5) 临床病历资料完整; (6) 知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 中途退出研究者; (2) 同时参与其他研究项目者; (3) 存在纳入标准中任一项目者; (4) 遵医性较差者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 接受常规对症治疗。入院后, 监测各项生命体征变化, 判断出血情况, 重度出血、活动性出血者, 插入胃管, 观察尿量和颈静脉的充盈状况, 开放静脉通道, 失血过多者, 输血治疗, 禁食水, 或者冷流食, 视情况而定, 静推奥美拉唑 (山西普德药业有限公司, 国药准字 H20183131), 首次剂量为 80 mg, 之后采取静脉泵推的方式, 8 mg · h⁻¹, 给药时间为 72 h。72 h 后, 静滴, 剂量为 40 mg, 每隔 12 h 给药 1 次, 予以止血药, 对症补液, 视情况选择血管活性药物, 保证患者血压稳定, 维持脏器正常的血液灌注, 维持此治疗方案直至患者病情好转。

1.2.2 观察组 在对照组基础上, 采取消化内镜止血治疗, 择期或者急诊治疗视患者情况而定, 多科会诊, 选择 GIF-Q260J 胃镜 (带副送水), 在患者情绪稳定的状态下进

行治疗, 若是极度紧张, 则予以地西洋 (上海旭东海普药业有限公司, 国药准字 H31021864) 肌肉注射。手术开始后,

(1) 副送水反复冲洗创面完整暴露出血灶, 保证操作视野达到一定的清晰度。(2) 找到出血点, 肾上腺素 (遂成药业股份有限公司, 国药准字 H41021054) 局部注射, 联合高频电凝止血法, 观察止血是否成功, 若失败, 则利用止血夹进行止血, 若成功, 则观察数分钟, 无活动性出血后, 才可退出电子胃镜。手术结束后的 48 h 内不得喝水进食, 持续观察患者病情, 判断有无再次出血, 备好再次出血的治疗方案 (二次内镜下治疗、外科手术治疗等), 检测血红蛋白、白细胞计数等血常规指标。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗效果 统计显效率与有效率之和, 即为总有效率。成功止血且生命体征恢复正常并稳定, 24~48 h 内黑便症状消失, 胃管引流液清澈透亮, 未出现呕血的表现, 即为显效; 生命体征基本恢复稳定, 24~48 h 内有黑便但少量, 无呕血, 即为有效; 未达到有效、显效标准, 即为无效^[3]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.3.2 症状 / 体征消失时间 出血停止时间、肠鸣音恢复时间、住院时间。

1.3.3 并发症和死亡率 并发症包括继发性腹膜炎、休克、窒息, 比较并发症发生率和每组的死亡率。

1.3.4 再次出血情况 持续观察 1 周的时间, 观察是否再次出血, 比较两组的再次出血发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

两组患者的治疗总有效率相比, 观察组 93.08% 高于对照组的 72.31%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较 (n = 130, n (%))

组别	无效	有效	显效	总有效
对照组	36(27.69)	41(31.54)	53(40.77)	94(72.31)
观察组	9(6.92)	35(26.92)	86(66.15)	121(93.08) ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者症状 / 体征消失时间比较

观察组患者出血停止时间、肠鸣音恢复时间以及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者症状 / 体征消失时间比较 (n = 130, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	出血停止	肠鸣音恢复正常	住院时间
对照组	3.64 ± 1.05	3.58 ± 1.12	10.21 ± 2.28
观察组	2.02 ± 0.74 ^b	2.13 ± 0.61 ^b	7.15 ± 1.13 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者并发症发生率和死亡率比较

观察组患者并发症发生率和死亡率均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率和死亡率比较 ($n = 130, n(\%)$)

组别	继发性腹膜炎	休克	窒息	死亡	并发症总发生
对照组	10(7.69)	11(8.46)	13(10.00)	7(5.38)	34(26.15)
观察组	3(2.31)	1(0.77)	1(0.77)	1(0.77) ^c	5(3.85) ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

2.4 两组患者再次出血情况比较

持续观察 1 周的时间，发现观察组中有 1 例患者再次出血，对照组中有 10 例，观察组再出血发生率 (0.77%) 明显低于对照组 (7.69%)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

ANVUGIB 起病急，且进展迅速，有一定的死亡率，大多数是因为急性糜烂性出血性胃炎、消化道溃疡等上消化道病变引起，严重降低生活质量，严重者因此丢失生命，需要及时确诊并采取治疗方案。ANVUGIB 及时确诊是治疗的关键之一，根据研究可知^[4]，不同病因引起的 ANVUGIB 存在不同的症状表现，如恶性肿瘤引起的 ANVUGIB，患者会表现为消瘦、食欲不振、机体乏力，若是因消化性溃疡引起的，则患者应该有反复性的上腹痛症状，若有右上腹绞痛症状并且出现黄疸，则要考虑是否是胆道出血。消化内镜不但用于疾病的治疗，在疾病的诊断中也发挥着重要作用，如经消化内镜检查，可以判断有无上消化道黏膜病变，出血后 48 h 内进行最佳，提前备好相关医疗用具，内镜检查前，要检测患者的各项生命体征及血常规，若患者血红蛋白水平在 $50 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 以下，基础收缩压降低幅度超过 30 mmHg ($1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$)，或收缩压水平在 90 mmHg 以下，以及心率大于 $120 \text{ 次} \cdot \text{min}^{-1}$ ，即为循环衰竭，需立刻纠正，好转后再进行检查，并且持续监护患者的各项体征变化，内镜检查时，要着重观察胃体小弯、胃底部、贲门、十二指肠球部后壁等容易漏诊的位置，若是检查到十二指肠球部还是没有发现出血位置，则需要深插内镜，直至乳头位置，发现病变超过两处时，要确定出血病灶，为后期的治疗提供帮助。

常规对症治疗有一定效果，但存在局限性，并且止血成功后可能再次出血，止血彻底并抑制其复发，是疾病治疗的

关键。近年来消化内镜的应用使得多种消化内科疾病得到了有效的治疗，对于 ANVUGIB，经消化内镜下治疗疗效好，能够短时间内止血，结合病变性质，采取局部药物喷洒、药物注射、止血夹止血、电凝止血等多种止血方式，提高止血成功率，并且消化内镜下治疗视野清晰，可减少并发症，本研究中观察组治疗总有效率为 93.08%，高于对照组 72.31%，继发性腹膜炎等并发症的发生率低于对照组，较好地证明了消化内镜下治疗的有效性和安全性。研究中两组患者症状/体征消失时间相比，均是观察组更短，可见消化内镜下治疗 ANVUGIB 可快速改善患者的疾病症状。消化内镜下治疗 ANVUGIB 应视情况选择择期手术治疗或急诊手术治疗，如患者存在休克症状，需先纠正休克，待体征恢复正常后的 1~2 d 内展开治疗，有贫血症状者也应先纠正贫血，血红蛋白恢复到 $70 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 方可开展内镜治疗，对于失血性休克患者，无法及时纠正休克，则可考虑急诊内镜治疗的同时，纠正休克。手术过程中要积极预防躁动等情况的发生。消化内镜下金属钛夹止血技术比较成熟也应用较为频繁，金属钛夹闭合时会产生机械力，迅速夹紧出血位置的血管与周边组织，阻断血管，达到止血的效果。ANVUGIB 止血成功后，还需持续观察 1 周左右的时间，及时处理再次出血情况，研究中，观察组的再次出血率为 0.77%，对照组为 7.69%，说明观察组治疗方案的止血效果更好。

总之，消化内镜是消化内科常用的医疗器械，随着医学技术的发展，消化内镜应用范围越来越广，应用价值也越来越高，消化内镜下治疗 ANVUGIB 的效果好，且并发症少，可以预防再次出血。

[参考文献]

- (1) 薛挺, 胡锋. 红霉素输注在急性非静脉曲张性上消化道出血内镜治疗中的临床应用 (J). 胃肠病学和肝病杂志, 2018, 27(5): 551-555.
- (2) 何兴祥, 文卓夫, 陈垦. 循证消化病学 (M). 北京: 清华大学出版社, 2008.
- (3) 冯丽英, 姚金锋, 杨川杰. 上消化道出血 (M). 北京: 军事医学科学出版社, 2007.
- (4) 韦德芳. 生长抑素联合泮托拉唑对急性非静脉曲张性上消化道出血患者凝血功能及血液流变学的影响 (J). 国际消化病杂志, 2018, 38(2): 140-143.