

实药物,运用现代工艺提取其有效成分,将其制备成一种新剂型,运用中医传统疗法脐疗敷法贴即将药物贴于脐上,使之渗透入腹以发挥效用。现代药理研究发现大黄能增加肠蠕动,抑制肠内水分吸收,促进排便;芒硝所含的主要成分硫酸钠,其硫酸根离子不易被肠壁吸收,存留其内形成高渗溶液,阻止肠内水分的吸收,使肠内容积增大,引起机械刺激,促进肠蠕动而致泻;枳实能缓解乙酰胆碱或氯化钡所致的小肠痉挛,可使胃肠收缩节律增加^[11]。诸药合用并应用现代工艺制成的新剂型润肠贴更能有效治疗 FC,为中医药预防和治疗便秘提供新方法,在便秘的治疗学研究方面将具有积极的意义。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2001:11.
 [2] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)[J]. 中华消化杂志,2013,33(5):291-297.

- [3] 王净净,尤俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1993:57-58.
 [4] 丁承华,窦殿清. 通便胶囊治疗便秘的临床观察[J]. 河北医学,2008,10(14):1204-1206.
 [5] 高树中. 中医脐疗大全[M]. 济南:济南出版社,2009:1.
 [6] 衣华强,王玉侠,王秀英. 浅谈脐疗法的发展[J]. 中医外治杂志,2009,18(3):57-58.
 [7] 李继伟,孙华. 脐疗研究综述[J]. 按摩与康复学,2011,2(10):58-59.
 [8] 陈德轩,马朝群,姚毅,等. 敷脐巴布剂的制备及对大鼠胃肠动力与胃肠激素的影响[J]. 中国生化药物杂志,2009,30(6):404-406.
 [9] 孟玲,张迎泉. 慢性功能性便秘的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(19):2724-2725.
 [10] 徐伟,金小晶. 脐疗在消化系统疾病中的应用及其作用机制研究进展[J]. 山西中医,2011,26(11):50-51.
 [11] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:158-159,253.

收稿日期:2014-10-12 修回日期:2014-10-22 编辑:王国品

· 临床研究 ·

老年急性下消化道出血急诊结肠镜检查 233 例临床分析

秦国涛, 赵燕颖, 李祺, 王志军, 颜波群, 孙远杰

吉林大学第四医院消化内科, 吉林 长春 130011

摘要: **目的** 分析老年急性下消化道出血的病因,探讨急诊结肠镜检查在老年急性下消化道出血诊治中的意义。**方法** 回顾性分析 2007 年 5 月至 2012 年 2 月 233 例行急诊结肠镜检查的老年急性下消化道出血患者的临床资料,根据出血程度分为轻度组(105 例)、中度组(108 例)及重度组(20 例)。均行急诊结肠镜检查,根据内镜下情况进行内镜下治疗及下一步检查,并分析结果。**结果** 233 例患者急诊结肠镜检查到达回盲部 220 例(94.4%),发现病灶 212 处,活动性出血灶 173 处。活动性出血灶发现率:轻度出血组 61.90%、中度出血组 82.07%、重度出血组 95.00%。出血病因以结肠癌最多(42.92%),其次为结肠息肉、缺血性肠炎、结肠炎等。中、重度出血组缺血性肠炎及结肠息肉的比例较高。常规口服泻药与清洁灌肠做肠道准备进行急诊结肠镜检查,结肠镜完成率无差异。部分病例行内镜下治疗,包括病变部位喷洒止血药物、电凝、微波、钛夹止血、黏膜下注射及高频电凝、圈套切除息肉治疗等。**结论** 急诊结肠镜对老年急性下消化道出血尤其是中、重度出血的早期病因诊断、早期治疗有重要意义。

关键词: 急诊; 结肠镜; 下消化道出血, 急性; 老年

中图分类号: R 574 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)01-0052-03

急性下消化道出血系指 Treitz 韧带以下的消化道,包括小肠、结肠、直肠的出血^[1-2]。常见病因包括结肠肿瘤、结肠息肉、缺血性肠炎、结肠憩室等^[3]。

部分患者尤其老年患者病程中出血量大、反复出血,故早期明确病因诊断尤其重要。本文对我院 233 例行急诊结肠镜检查的老年急性下消化道出血患者相关资料进行回顾性分析,探讨急诊结肠镜检查在老年急性下消化道出血诊治中的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对象为 2007 年 5 月至 2012 年 2 月间在本院诊断为急性下消化道出血的 233 例老年患者,男 179 例,女 154 例;年龄 65~81 岁,平均 68.3 岁。根据出血程度分为轻度出血组(105 例)、中度出血组(108 例)及重度出血组(20 例)。

1.2 临床表现及出血程度 病程 2 h~5 d。均解鲜红血色及暗红色血便。轻度出血:出血量 < 500 ml,休克指数 < 0.5,脉搏、血压、血色素均无变化;中度出血:出血量 500~1 500 ml,休克指数约 1.0,可有头晕、口渴、心烦、尿少等症状,脉搏 > 100 次/min,血压下降,血红蛋白 70~100 g/L;重度出血:失血量 > 1 500 ml,休克指数 > 1.0,可有四肢厥冷、大汗、尿少或无尿、神志恍惚,脉搏 > 120 次/min,收缩压 < 90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa),血红蛋白 < 70 g/L。

1.3 急诊结肠镜检查方法 所有患者均于入院 24~48 h 内采用 Olympus CF-240I 电子结肠镜进行检查。轻度患者检查当日早晨予肠道清洁剂(复方聚乙二醇电解质散 137.15 g 溶于 2 000 ml 温水中)于 2 h 内饮完,肠道准备不满意者予清水清洁灌肠。重度患者先予输血、输液、扩容、纠正休克状态。中、重度患者均予 0.9% 氯化钠溶液 500~1 500 ml 灌肠 3~5 次,灌出液为清水样或血水样、无粪渣即可进行结肠镜检查。其中 3 例患者不能耐受,5 例因肿块堵塞肠腔未能继续进镜,5 例发现活动性出血灶后未继续进镜,余均达到回盲部。常规取活组织行病理检查。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 13.0 统计学软件。计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 233 例下消化道出血病因分布 经急诊结肠镜检查,233 例下消化道出血的病因分布见表 1。

2.2 不同程度出血患者完成急诊结肠镜检查情况 233 例患者急诊结肠镜检查到达回盲部 220 例(94.4%),发现病灶 212 处(91.0%),活动性出血灶 173 处(74.2%)。常规口服泻药与清洁灌肠做肠道准备进行急诊肠镜检查,不同程度出血结肠镜完成率无差异($P > 0.05$)。活动性出血病灶发现率重度出血组高于轻度出血及中度出血组(P 均 < 0.05)。见表 2。

2.3 治疗及预后 肠镜检查见活动性出血病灶 173 处。结肠癌及结肠息肉均行肠镜下止血治疗,包括病

表 1 233 例下消化道出血病因分布 例(%)

病因	例数	轻度出血组	中度出血组	重度出血组
结肠癌	100	50(47.6)	41(38.0)	9(45.0)
溃疡性结肠炎	20	11(10.5)	9(8.3)	0
缺血性肠炎	31	6(5.7)	19(17.6)	6(30.0)
结肠息肉	34	6(5.7)	25(23.1)	3(15.0)
结肠炎	31	22(21.0)	9(8.3)	0
结肠憩室	2	0	1(0.9)	1(5.0)
间质瘤	2	0	2(1.9)	0
血管畸形	1	0	0	1(5.0)
不明确	12	10(9.5)	2(1.9)	0
合计	233	105	108	20

表 2 各组急诊结肠镜完成情况 例(%)

组别	例数	到达回盲部	发现病灶	发现活动性出血病灶
轻度出血组	105	102(97.1)	90(88.2)	65(61.9)*
中度出血组	108	100(92.6)	103(95.4)	89(82.4)*
重度出血组	20	18(90.0)	19(95.0)	19(95.0)
合计	233	220(94.4)	212(91.0)	173(74.2)

注:与重度出血组比较,* $P < 0.05$ 。

变部位喷洒止血药物、电凝、微波、钛夹止血、黏膜下注射及高频电凝、圈套切除息肉治疗等。31 例缺血性肠炎未予内镜下治疗,检查治疗后予改善微循环、扩容等内科药物综合治疗,其中 28 例在治疗后 2~5 d 出血逐渐停止;1 例同时发现结肠占位,病理检查示结肠腺癌,后转入外科手术治疗;2 例病情进展出现血性腹水及腹膜炎体征,转入外科手术治疗。2 例结肠憩室出血均予镜下钛夹止血及标记后转入外科手术治疗。12 例急诊结肠镜检查阴性,其中 11 例行胶囊内镜检查,2 例发现小肠占位,行小肠镜检查后转入外科手术治疗,术后病理示间质瘤;1 例重度出血患者行急诊血管造影发现空肠血管畸形,予血管栓塞治疗后出血停止。无 1 例肠镜检查并发症。无因大出血死亡病例。

3 讨论

急性下消化道出血发病率为 20/10 万~27/10 万^[4-5],其中 10% 患者因出血量较大需紧急处理,且往往是 60 岁以上的有多系统疾病基础的老年人,病死率可高达 21%^[6],故早期病因诊断极为重要。下消化道出血病因复杂,病因不同选择的治疗方案有很大不同。国内报道老年人下消化道出血的病因以大肠癌、大肠息肉最常见^[7]。本组结果显示结肠癌仍是老年下消化道出血的最常见原因。但不同程度出血患者的病因有所不同,其中缺血性肠炎及结肠息肉引起的下消化道出血在中度、重度出血组中比例明显较高,缺血性肠炎在各组所占比例分别为:轻度出血组 5.7%、中度出血组 17.6%、重度出血组 30%;结肠息肉在各组所占的比例分别为:轻度出血组 5.

7%、中度出血组 23.1%、重度出血组 15.0%。而上述两种疾病引起出血的治疗原则明显不同,结肠息肉引起老年下消化道出血的原因多为息肉癌变,故急性出血期除内科药物止血外,内镜下治疗、必要时外科手术治疗是其关键的治疗措施;随着年龄增长及高血压病、冠心病、糖尿病、脑血管疾病、动脉硬化等多种因素伴随,缺血性结肠炎在老年人群中的发病率明显增高,其引起的下消化道出血多为中至大量出血;而临床常用的抗凝类及缩血管类药物,不仅不能缓解病情,反而能进一步加重肠管缺血发生。故对老年人中、重度急性下消化道出血者行急诊结肠镜检查,临床意义重大。

结肠镜检查对于明确下消化道出血的病因有重要作用,具有清晰、直观等优点,还可行内镜下治疗。曾有观点认为急诊肠镜检查因肠道内积血的影响,无法准确发现病变,并可能发生一系列并发症^[8]。本组所有急诊结肠镜检查患者均无并发症发生。急诊结肠镜检查活动性出血灶发现率分别为:轻度出血组 61.9%、中度出血组 82.4%、重度出血组 95.0%。中度、重度出血组活跃性出血病灶发现率高于轻度出血组,考虑轻度出血组出血量小,经内科治疗后出血有自愈可能。有文献报道在急性下消化道出血患者中未行肠道准备的结肠镜检查仅 55%~70% 到达回盲部^[9-10]。但本组结果显示,急诊肠镜检查常规经口服导泻的轻度出血组与仅清洁灌肠行肠道准备的中、重度出血组急诊结肠镜完成率无差异,可能原因系下消化道大出血时,血液是较好的肠道清洁剂,同时由于反复出血冲洗肠道,在无肠道狭窄时肠腔内多以血凝块及新鲜血为主,一般无粪便或仅有少量粪渣;而肠腔狭窄堵塞引起的肠道准备欠佳,即使再次进行肠道准备,肠道内仍有大量粪水。在行急诊结肠镜检查时我们体会,部分患者病灶远端肠壁往往有较多的血液或血凝块覆盖,检查者进镜时可根据黏膜皱襞走行判断进镜方向,通过细致熟练的操作,不断地冲洗肠腔,当看到病灶或疑似病灶时,可先用冰盐水冲洗,清洁病灶周围黏膜,使视野显示更为清晰;冰盐水可同时减缓出血或暂时止血,必要时可使用洗涤管拨开血凝块等掩盖物,以便寻找到血管畸形破裂出血等微小病变,此时可再向内插入肠镜,争取到达回肠末端。检查时应反复从活检钳道中高压冲水及吸引,清除积血,达到清晰观察的效果。因为病灶表面往往附有新鲜血块,强调必须暴露血块下的肠黏膜,所以要特别注意对血凝块的清除。操作中要求技术熟练,循腔进镜,绕过血凝块和积血的液平面,尽可能避开有血液的部位,发现肠腔无积血时,表示已超过出血

灶,应退镜寻找病灶。禁用盲目滑镜、钩拉、解袢等常用手法,避免充气过度使肠壁变薄加重出血,甚至穿孔,尤其是在缺血性肠炎、溃疡性结肠炎时更应注意,应清除、冲洗每个部位的积血及粪便,改变体位,暴露肠黏膜,达到清晰观察的效果。

本组有 12 例结肠镜检查结果为阴性,以轻度(10 例)及中度出血(2 例)为主。检查阴性原因考虑系:(1)出血部位可能位于小肠,或病变位于隐蔽部位且较小;(2)肠道血管病变、结肠黏膜病变或出血量较小,检查时出血已停止,不易发现;(3)肠道准备不佳,肠腔清洁差或观察不仔细而漏诊。因此,老年急性下消化道出血在结肠镜检查无异常时,应结合全消化道造影、放射性核素扫描、选择性血管造影检查及术中肠镜检查,以提高对出血病因的诊断。

综上所述,急诊结肠镜对老年下消化道出血有直接或间接查明出血部位及病因的临床价值,同时有局部止血治疗的作用。故老年急性下消化道出血患者在输血、补充血容量和止血等综合治疗的基础上,行急诊结肠镜检查对早期病因诊断、早期治疗具有重要意义。

参考文献

- [1] 尹伯约,尹乐康,张晓雪,等.下消化道出血的诊断与治疗[J].中国实用外科杂志,1999,19(2):70-71.
- [2] 黄志强.现代腹部外科学[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:684-689.
- [3] 黄怀续,吕宾.消化道出血[M]//萧树东.江绍基胃肠病学.上海:上海科学技术出版社,2001:19,70.
- [4] Barnett J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2009, 6(11): 637-646.
- [5] Krämer SC, Corich J, Rilinger N, et al. Embolization for gastrointestinal hemorrhages[J]. Eur Radiol, 2000, 10(5): 802-805.
- [6] Schuetz A, Jauch KW. Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results[J]. Langenbecks Arch Surg, 2001, 386(1): 17-25.
- [7] 潘小炎,浦洞,黄赞松,等.下消化道出血病因分析[J].医学临床研究,2003,20(5):341-343.
- [8] Yachimski PS, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly[J]. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2008, 5(2): 80-93.
- [9] Comay D, Marshall JK. Resource utilization for acute lower gastrointestinal hemorrhage: the Ontario GI Bleed study[J]. Can J Gastroenterol, 2002, 16(10): 677-682.
- [10] Rither J, Christensen M, Kaplan LM, et al. Effectiveness of current technology in the diagnosis and management of lower gastrointestinal hemorrhage[J]. Gastrointest Endosc, 1995, 41(2): 93-98.

收稿日期:2014-09-29 修回日期:2014-10-19 编辑:王国品