

• 临床研究 •

重型病毒性肝炎合并上消化道出血的特点及处理

Clinical features and management of upper digestive tract hemorrhage in patients with severe viral hepatitis

薛建亚, 李成忠, 陈 怡, 张 迁, 朱咏梅, 张红娣, 宋 玉

(第二军医大学长海医院感染科, 上海 200433)

[摘要] 目的:探讨重型病毒性肝炎患者上消化道出血的特点及其对策。方法:回顾性调查分析1999年1月至2002年10月住院重型病毒性肝炎患者上消化道出血的原因、发生率、病死率及与其他并发症的关系。结果:241例重型病毒性肝炎患者中发生上消化道出血73例(30.29%),与上消化道出血直接相关的死亡43例(58.90%);发生上消化道出血的患者常常同时或先后出现其他并发症,尤以自发性细菌性腹膜炎(58.49%)、肝性脑病(42.47%)和肝肾综合征(38.36%)的发生率为高。结论:重型病毒性肝炎发生上消化道出血的比例较高,常与其他并发症共存,病死率亦较高。预防和治疗上消化道出血需要采取综合措施。

[关键词] 重型病毒性肝炎;上消化道出血;治疗**[中图分类号]** R 575.1;R 573.2**[文献标识码]** B**[文章编号]** 0258-879X(2004)08-0910-02

重型病毒性肝炎由于肝脏功能失代偿,肝脏合成的凝血因子缺乏,同时大部分患者伴有门脉压增高等因素,极易出现上消化道出血。上消化道出血的发生使患者的病情更加复杂,特别是一些并发症的发生,可导致病死率升高,故防治上消化道出血的出现成为临床工作中治疗重型病毒性肝炎过程中倍受重视的课题之一。为探讨重型病毒性肝炎患者上消化道出血的特点及其对策,我们对1999年1月至2002年10月间我科收治的重型病毒性肝炎患者发生上消化道出血的情况进行讨论分析。

1 资料和方法

1.1 病例来源 1999年1月至2002年10月我科住院患者中确诊为重型病毒性肝炎共241例,其中急性重型病毒性肝炎2例,亚急性重型病毒性肝炎7例,慢性重型病毒性肝炎232例。男性173例,女性68例。年龄18~69岁,中位年龄37.7岁。

1.2 诊断标准 重型病毒性肝炎的诊断符合1995年第5次全国传染病与寄生虫学术会议修订的《病毒性肝炎诊断标准》。上消化道出血的诊断参照《实用内科学》(第9版)有关诊断标准。

1.3 统计学处理 两组间率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

241例重型病毒性肝炎患者中发生上消化道出血73例(30.29%),死亡43例(58.90%),与上消化道出血有直接相关的死亡29例(39.73%),而未出现上消化道出血共168例,死亡56例(33.33%),两组比较病死率有显著性差异($\chi^2=13.75, P<0.01$)。发生上消化道出血的73例患者中,发生2例次以上的上消化道出血患者有35例,死亡25例(71.43%),与仅发生1次上消化道出血者比较,其病死率有明显升高($\chi^2=4.37, P<0.05$)。

73例发生上消化道出血的患者中食管胃底静脉破裂出血者46例(63.01%),胃部溃疡出血7例(9.59%),胃黏膜病变所致出血11例(15.07%),其他原因者所致出血9例(12.33%)。241例重型肝炎患者中经B超或CT检查明确诊断有门脉高压者183例(75.93%),46例食管胃底静脉破裂出血者均有明确的门脉高压病史。

73例发生上消化道出血的患者在上消化道出血的同时或在其后1周内常伴发其他并发症,其中发生自发性细菌性腹膜炎50例(68.49%),肝性脑病31例(42.47%),肝肾综合征28例(38.36%)。而未发生上消化道出血的168例重型病毒性肝炎患者中出现自发性细菌性腹膜炎45例(26.79%),肝性脑病者37例(22.02%),肝肾综合征24例(14.29%)。两组之间有显著差异(χ^2 分别为37.07、10.50、17.42, $P<0.01$)。

3 讨论

241例重型病毒性肝炎患者中发生上消化道出血73例,发生率为30.29%,明显高于一般住院患者水平。大多数的上消化道出血起病急,表现为呕血,便血或柏油样便。有64例(87.67%)出血后出现低热。上消化道出血后易伴发其他并发症,其中发生自发性细菌性腹膜炎68.49%(50/73)、肝性脑病42.47%(31/73)及肝肾综合征38.36%(28/71);合并上消化道出血的重型病毒性肝炎患者比不伴上消化道出血者有更高的病死率,部分患者(39.73%,29/73)死亡与上消化道出血直接相关。再次出血患者的病死率高达71.43%(25/35)。

重型病毒性肝炎患者发生上消化道出血的原因与多方面的因素有关,如血液生化和凝血机制的异常,门脉高压症所致

[作者简介] 薛建亚(1966-),男(汉族),博士,主治医师。
E-mail: jyxue@163.com

的上消化道出血是重型病毒性肝炎患者常见原因^[1],本组资料显示重型病毒性肝炎患者中门脉高压发病率达75.93%(183/241),重型病毒性肝炎发作时肝内静脉压力明显增加,增加出血的机会,食管胃底静脉曲张破裂是重型病毒性肝炎患者发生上消化道出血的最主要的病因(63.01%,46/73)。胃黏膜病变及胃部溃疡所占比例分别为15.07%(11/73)和9.59%(9/75)。这73例上消化道出血的患者中,在出血前有顽固性呃逆者20例(27.40%),进食粗糙或饮食不易消化者28例(38.36%),提示这些均可能是上消化道出血的诱发因素。

重型病毒性肝炎的根本病因是肝细胞的大量死亡而造成肝功能衰竭,同时也易发生多器官功能衰竭,其预后严重^[2,3]。积极治疗肝功能衰竭是防治上消化道出血的根本措施,本组资料显示重型病毒性肝炎合并上消化道出血的病死率为58.90%(43/73)。因此本并发症的积极防治是降低病死率的重要举措。重型病毒性肝炎患者由于肝脏合成的凝血因子减少,因此适当输用新鲜全血(血浆)或凝血酶原复合物有利于对出血的预防。本组资料提示顽固性呃逆及饮食不当是上消化道出血的重要的潜在诱因,因此对出现顽固性呃逆的患者应当积极治疗,包括采用药物治疗如甲氧氯普胺(胃复安)、多潘立酮(吗丁啉)口服,呱醋甲酯(利他林)肌注或膈神经封闭治疗,必要时亦可在耳轮膈肌反应区进行针灸治疗,

可取得较好效果。对有门脉高压者入院后即行饮食指导等宣教措施,避免进食粗糙及不易消化的饮食。对有胃黏膜病变及胃部溃疡病史的患者应给予西咪替丁或奥美拉唑(洛赛克)进行治疗。另外,这类患者常伴有低蛋白血症,在补充人血白蛋白时应注意避免在较短的时间内补充大量白蛋白,我们的体会是将患者血清白蛋白水平提升至32 g/L即应控制外源性白蛋白的输入。在补充白蛋白的同时还应注意加强利尿。在发生上消化道出血后应积极纠正低血容量,同时应当尽快清除肠道积血,适当使用抗菌素预防其他并发症如自发性细菌性腹膜炎、肝性脑病及肝肾综合征的发生,以期降低重型肝炎的病死率。

[参考文献]

- [1] 池肇春,叶维法 主编. 新编实用肝病学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1994.
- [2] 薛建亚,万漠彬,李成忠,等. 病毒性肝炎重型并发院内自发性细菌性腹膜炎的原因分析及对策探讨[J]. 第二军医大学学报, 2002,23(9):1023-1025.
- [3] 谢冬英,邓洪,邓友,等. 病毒性肝炎重型患者院内肺部感染的特点及防治[J]. 中华医院感染学杂志,1999,9(1):4-6.

[收稿日期] 2003-12-11

[修回日期] 2004-04-04

[本文编辑] 曹静

• 临床研究 •

鼻内镜下下鼻甲骨切除术

Endoscopic inferior turbinate bone resection

曹鹏宇,范静平*,吴建,廖建春,杨毓梅,王海青,叶青

(第二军医大学长征医院耳鼻咽喉科,上海 200003)

[摘要] **目的:**探讨鼻内镜技术用于治疗下鼻甲肥大引起的鼻塞。**方法:**采用鼻内镜下下鼻甲骨黏膜下切除术,对68例因下鼻甲肥大引起鼻塞的患者进行手术治疗。通过主观评分及鼻声反射评价鼻塞状况。**结果:**随访1~5年,术后鼻通气主观评分白天平均降低3.53分,夜间平均降低3.35分,术后6例(8.8%)继续使用类固醇激素鼻喷剂,5例(7.4%)使用减充血剂,6例(8.8%)间断地使用中医中药治疗。鼻声反射检查,术后鼻气道阻力(NAR)降低3.73 cmH₂O/(L·min),鼻腔最小截面积距前鼻孔距离(DCAN)后移0.70 cm,鼻腔最小截面积(NMCA)扩大0.24 cm²,鼻腔容积(NCV)增大3.39 cm³。术后不良反应小,仅2例(2.9%)有鼻腔干燥,4例(5.9%)鼻腔分泌物增加。除2例外所有患者均有程度不等的鼻通气改善。**结论:**鼻内镜下下鼻甲骨切除用于治疗下鼻甲肥大引起的鼻塞安全有效。

[关键词] 下鼻甲骨切除术;鼻内镜;鼻塞

[中图分类号] R 765.9

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2004)08-0911-03

下鼻甲肥大是临床上鼻阻塞的常见原因之一,相应的外科治疗方法较多,有的疗效短暂,有的并发症较多,本研究根据House^[1]提出的黏膜下下鼻甲骨切除手术方式,改进为鼻内镜下操作,取得满意疗效,现报告如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料 选择1997年1月至2001年1月,因鼻甲肥大入长征医院治疗并进行随访的患者68例,男37例,女31例;年龄22~61岁,中位年龄38.9岁。所有患者全部进

行完整的鼻通气评估,包括术前药物治疗情况、鼻腔有无中隔偏曲、鼻甲肥厚,并进行鼻声反射测试及鼻窦CT检查,手术仅在有明显下鼻甲黏膜或骨性鼻甲肥厚(增生),且对鼻收敛剂无反应或反应甚微者中进行,有中隔偏曲、慢性鼻窦炎者接受适当的联合手术,鼻瓣功能不全者不包括在本研究中。鼻声反射应用美国Eccovision型声反射鼻测量系统(声

[作者简介] 曹鹏宇(1980-),男(汉族),硕士,住院医师。

*Corresponding author. E-mail: fanjp99@sh163a.sta.net.cn