

·论著·

消化道机械吻合术后早期吻合口出血的内镜治疗

张轶群 孙益红 沈坤堂 周平红 姚礼庆

[摘要] 目的 探讨内镜下止血治疗消化道机械吻合术后早期吻合口出血的疗效。方法 回顾性分析 2005 年 1 月至 2010 年 6 月间在复旦大学附属中山医院内镜中心接受内镜下止血的消化道机械吻合术后早期吻合口出血的 14 例患者的临床资料。结果 男性 9 例，女性 5 例，中位年龄 57.5 岁(26~74 岁)。术后出血时间 6 h 至 14 d，出血量 500~1500 ml。内镜下发现吻合口出血灶后，采取硬化剂注射、电凝止血或金属夹闭的方法进行止血。所有患者均一次止血成功，术后均未出现吻合口瘘等严重并发症。随访至今，未见再次出血。结论 内镜下治疗消化道机械性吻合术后早期吻合口出血操作简单、安全、有效，可作为首选方法在临幊上推广应用。

[关键词] 胃肠吻合术；吻合口出血；内镜下止血

Endoscopic management of early postoperative anastomotic hemorrhage ZHANG Yi-qun, SUN Yi-hong, SHEN Kun-tang, ZHOU Ping-hong, YAO Li-qing*. *Department of Endoscopic Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China

Corresponding author: YAO Li-qing, Email: yao.liqing@zs-hospital.sh.cn

[Abstract] Objective The study aimed to evaluate the efficacy of endoscopic therapy for early postoperative anastomotic hemorrhage. Methods Fourteen patients experienced an episode of early postoperative anastomotic hemorrhage and were treated endoscopically from January 2005 to June 2010. The clinical data was analyzed retrospectively. Results Fourteen patients (9 males and 5 females, median age 57.5 years, range 26~74 years) were diagnosed with postoperative hemorrhage between 6 hours to 14 days after surgery. The blood loss ranged from 500 to 1500 ml. Sclerosing agent injection, electrocoagulation, and hemoclips were attempted to control the bleeding. Endoscopic approach to control early postoperative anastomotic hemorrhage was successful in all the patients. No recurrent bleeding was observed during the follow-up. No complications associated with endoscopic therapy. Conclusion Endoscopic approach for the management of early postoperative anastomotic hemorrhage is feasible with high success rate and associated with no complications.

[Key words] Gastroenterostomy; Anastomotic hemorrhage; Endoscopic hemostasis

消化道机械吻合术后短期内偶尓会出现吻合口大量出血，如不及时处理，会导致严重后果。既往吻合口出血往往需要急诊手术进行止血，但是随着内镜技术的发展以及对消化道手术的进一步认识，内镜下止血成为了可能^[1]。2005 年 1 月至 2010 年 6 月间复旦大学附属中山医院内镜中心对 14 例消化道机械吻合术后早期吻合口出血的患者进行内

镜下止血，效果良好，现将治疗体会总结如下。

资料与方法

一、一般资料

本组 14 例消化道机械吻合术后早期出现吻合口出血的患者在接受内镜治疗前均签署手术同意书，并被告知可能的益处和风险。男性 9 例，女性 5 例，中位年龄 57.5 岁(26~74 岁)。胃大部切除术毕 I 氏吻合术后 1 例，毕 II 氏吻合术后 1 例，食管胃吻合术后 1 例，直肠前切除术后 1 例，全结肠切除术后 1 例，右半结肠切除术后 1 例，胰十二指肠切除术后 1 例，PPH 术后 7 例。术后出血时间 6 h 至

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2011.07.017

作者单位：200032 上海，复旦大学附属中山医院内镜中心
(张轶群、周平红、姚礼庆)，普通外科(孙益红、沈坤堂)

通信作者：姚礼庆，Email: yao.liqing@zs-hospital.sh.cn

14 d, 出血 1~3 次不等, 总出血量 500~1500 ml; 其中 9 例需要输红细胞或血浆治疗, 输血量 200~1000 ml。

二、治疗方法

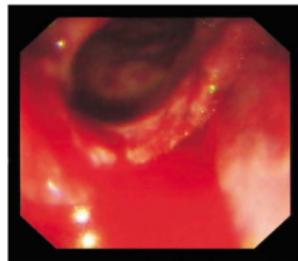
1. 术前准备: 术前给予患者补液扩容、制酸、止血或输血等治疗, 维持生命体征基本平稳, 准备 GIF-260 型电子胃、肠镜(日本 Olympus 公司), HX-5LR-1 或 HX-110LR 型内镜金属夹推送器及 HX-600-135 或 HX-610-135 (E) 型金属夹, NM-200L-0423 型注射针(日本 Olympus 公司), 硬化剂为 1% 乙氧硬化醇。氩离子血浆凝固装置(德国 ERBE 公司), Coagrasper 钳(日本 Olympus 公司)。

2. 内镜治疗: 常规胃肠镜检查, 先以 1:10 000 冰去甲肾上腺素生理盐水反复冲洗胃肠腔内的血凝块, 必要时可使用连续冲水泵, 尽可能使视野清晰。找到活动性出血点后, 可予经内镜活检孔将金属夹送至内镜的前端, 显示于视野下, 金属夹张开到最大, 调整好金属夹的张开度和方向, 使之与出血部位相对应时, 对准出血灶轻压上并稍加压力, 套锁金属夹, 将持放器脱离止血夹并退出止血夹持放器。根据病灶的需要, 可放置多枚金属夹; 见图 1。最后用冰去甲肾上腺素生理盐水反复喷洒, 观察 5 min 确认出血灶已完全止血后退出内镜, 结束诊疗操作。也可用黏膜注射针在内镜直视下注射 1% 乙氧硬化醇的方法, 注射部位一般在出血病灶的周围及裸露血管旁, 注射 3~4 点, 每点 2~3 ml, 至周围黏膜肿胀变白, 出血停止。也可选用电凝止血的方法, 清除局部血凝块, 选择适当的电凝电流强度和电凝电极。不同高频电发生器所取的电凝指数不同, 应仔细调节参数, 一般调至电极和黏膜面之间刚能产生火花, 有白色烟雾为佳。电极与黏膜面仅需轻轻地接触, 通电时间要重复间断, 每次数秒钟, 见黏膜面发白, 出血停止。

3. 术后处理: 经内镜止血成功的患者, 术后继续制酸、止血等治疗, 上消化道患者留置胃管, 密切观察患者的生命体征、胃管引流液、粪便情况并检测血红蛋白水平。若发生再出血者, 可再次进行内镜下止血或外科手术治疗。

结 果

本组 14 例患者均内镜下一次止血成功, 术后均未出现吻合口瘘等严重并发症。中位随访时间为 21 个月(5~39 个月), 未见再次出血。



A. 吻合口活动性出血灶



B. 放置多枚金属夹止血

图 1 内镜下治疗食管胃吻合术后出血

讨 论

消化道机械性吻合术后早期吻合口出血是术后早期严重并发症之一。近年来, 急诊内镜检查及内镜直视下止血技术的发展, 为消化道术后吻合口出血的处理提供了一种新的途径, 避免了再次外科手术的痛苦, 降低了治疗费用^[1]。本组 14 例术后吻合口大出血患者均采用内镜下止血治疗, 达到了满意的止血效果。

吻合口出血的患者, 通常胃肠腔内都会有大量的血凝块, 影响操作视野, 先以 1:10 000 冰去甲肾上腺素生理盐水反复冲洗, 必要时可使用连续冲水泵, 吸净积血, 尽可能使视野清晰。找到出血点后, 再根据具体情况选择不同的止血方式, 具体有:(1) 局部喷洒止血药物, 如去甲肾上腺素、凝血酶等^[2]。此方法简便易行, 可直接观察出血情况及止血效果, 实现及时止血; 但仅适用于少量渗血, 且止血效果不稳定, 再出血率较高, 多用作其他止血措施的辅助手段, 一般不作为单独的止血措施。(2) 局部注射肾上腺素或硬化剂是比较常用的止血方法^[3]。肾

上腺素可使血管收缩,出血减少;硬化剂注入黏膜下血管内或其周围,使血管壁增厚,血栓形成,周围组织纤维增生压迫血管而达止血目的。但硬化剂剂量过大、注射过深,可能会引起组织坏死,导致延迟愈合,甚至可能出现吻合口瘘^[4]。(3)低位直肠术后或 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^[5,6]。但我们不推荐电凝用于其他部位的吻合口出血,因为大量涌血时电凝无法发挥作用,同时电热深度、效果及安全性常难以量化,如过浅达不到消除小血管、减少过于丰富的断端血管分支的目的,过深则可能造成溃疡深大甚至穿孔,增加吻合口瘘的危险。(4)金属止血夹发挥止血作用的主要机制与外科血管结扎或缝合相同,是一种物理机械方法,利用止血夹闭合时产生的机械力,将其周围组织及出血血管一并结扎,从而闭合出血的血管,以阻断血流达到止血目的^[7]。我们认为,其用于治疗吻合口出血的手段,如果方法掌握得当,基本可代替外科手术治疗。金属夹一般在 1~2 周局部肉芽肿形成后自然脱落。我们体会,使用金属夹时切忌在未清楚显露出血灶时就盲目钳夹,不但不能止血,反而会影响后续的操作,达不到止血的目的。可连续冲水使出血的部位充分暴露,保持视野清晰,金属夹张开要充分,注意掌握好止血夹释放的部位及与出血灶接触的角度,钳夹要迅速,力度适中,否则易损坏金属夹持放器装置,并易引起夹子脱落导致再出血。

当然,临床实际操作中也可根据具体情况,联合应用多种内镜下止血方法,以提高止血的成功

率,降低再出血率^[8]。对于反复内镜下止血效果不好、出血量大的病例,应及时行外科手术治疗,以免失去抢救时机。内镜下治疗消化道机械性吻合术后早期吻合口出血操作简单,费用低,安全、有效,可以使患者避免开腹手术,可作为首选方法在临幊上推广应用。

参 考 文 献

- [1] Malik AH, East JE, Buchanan GN, et al. Endoscopic haemostasis of staple-line haemorrhage following colorectal resection. *Colorectal Dis*, 2008, 10(6): 616-618.
- [2] Perez RO, Sousa A Jr, Bescianini C, et al. Endoscopic management of postoperative stapled colorectal anastomosis hemorrhage. *Tech Coloproctol*, 2007, 11(1): 64-66.
- [3] Standop J, Schäfer N, Overhause M, et al. Endoscopic management of anastomotic hemorrhage from pancreaticogastronomy. *Surg Endosc*, 2009, 23(9): 2005-2010.
- [4] 冯凯祥,罗玉君,刘海,等.胃镜序贯注射治疗上消化道机械吻合术后出血.中国内镜杂志,2007,13(9):997-998,1000.
- [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] Umano Y, Horiuchi T, Inoue M, et al. Endoscopic microwave coagulation therapy of postoperative hemorrhage from a stapled anastomosis. *Hepatogastroenterology*, 2005, 52(66): 1768-1770.
- [7] Sung JJ, Tsui KK, Lai LH, et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a metaanalysis. *Gut*, 2007, 56(10): 1364-1373.
- [8] Calvet X, Vergara M, Brunlet E, et al. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*, 2004, 126(2): 441-450.

(收稿日期:2010-11-11)

第二十一届上海国际肛肠外科周会议通知

由上海第二军医大学长海医院肛肠外科、上海普通外科专业委员会结直肠肛门学组、解放军中医药学会肛肠专业委员会、《中华胃肠外科杂志》和《中国实用外科杂志》联合主办的“第二十一届上海国际肛肠外科周”将于 2011 年 9 月 24-25 日在上海复旦大学谢希德会议中心举办。会议将致力于进一步推进和提高我国肛肠外科事业的发展,展示我国肛肠外科专家在该领域的成就,促进与国际间的学术交流。届时将有国内著名结直肠肛门外科专家喻德洪、郑树、汪建平、秦新裕、张苏展、马东旺、田振国、顾晋、郑民华、傅传刚教授等及美国的 Stanley Goldberg 教授、巴西结直肠外科学会主席 Sergio Regadas 教授、日本肛肠外科主席 Yasunobu Tsujinaka 教授、俄罗斯结直肠外科主席 Petre Tsarkov 教授、澳大利亚悉尼大学 Michael Solomon 教授等就肛肠外科的最近进展和热点做精彩演讲和手术演示,内容涵盖结直肠癌、腹腔镜结直肠手术、便秘、肛门失禁、直肠脱垂、痔、肛瘘等。大会组委会热情欢迎各位同道参加。学分:国家继续教育 I 类学分 10 分;联系人:徐洪莲、刘志红;联系电话:021-81874105,13386273738;Email:zls424@126.com。