

上消化道出血合并新冠病毒感染内镜下止血治疗 1 例

宋晓 黄达 农小欣

靖西市人民医院消化内科 广西靖西 533899

摘要：消化性溃疡是引起上消化道出血的主要原因，且再出血率及死亡率高，本例患者同时有新冠病毒感染，口服解热止痛药出现上消化道大出血，血红蛋白低、血压低，病人休克状态，予急诊内镜止血治疗风险大，新冠病毒感染当时视为传染性强的疾病，禁止出县，转运、转院困难，基层医院，用血紧缺，患者当时的状态，为规避内镜治疗的风险，国内医师多采用药物保守治疗的方式，甚至有学者将其视为内镜检查的绝对禁忌。通过对其住院过程中诊断及治疗的报道，结合文献回顾，以期为今后临床诊治此类疾病提供参考，提高消化道出血救治率。

关键词：气管插管；上消化道出血并休克；内镜下止血

1. 病历

患者：黄**，男，年龄：19岁，因“呕血、解黑便6小时”于2023-01-03 10:00急诊入院。患者因患新冠病毒感染，发热后口服布洛芬片，出现呕血、解黑便。患者入院时体征：T37.9℃，P120次/分，R20次/分，BP86/50mmHg，神清，精神差，重度贫血貌，全身皮肤粘膜苍白，无黄染、出血点及皮疹，未见肝掌及蜘蛛痣，浅表淋巴结未触及，口唇苍白，两肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，HR120次/分，节律整齐，心音有力，无杂音。腹平坦，未见腹壁静脉显露，未见胃肠型及蠕动波，腹肌软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，未触及腹内其他包块，无移动性浊音，肠鸣音活跃，双下肢无水肿，活动尚可，指（趾）甲床苍白，NS（-）；辅助检查：血常规示（2023-01-03）WBC $9.3 \times 10^9/L$ ，N84%，RBC $4.6 \times 10^{12}/L$ ，Hb117g/L；K $+6.9mmol/L$ ，血糖11.9mmol/L，BUN9.4mmol/L，Cr127umol/L；PT18秒，凝血酶原活动度41.8%；心电图示窦性心动过速（HR129次/分）。12:46护士报告患者血压70/42mmhg，考虑失血性休克，予聚明胶肽注射液另管扩容补液；患者病情重，随时可出现消化道大出血，危及生命。患者目前诊断：1、急性上消化道出血；2、失血性休克；3、失血性贫血；4、高钾血症；5、新冠病毒感染；将患者病情告知患者家属，由患者杨某某（母亲）签收病危通知书，并给予如下抢救措施：1、多参数心电监护、供氧2L/分、记24小时出入量、测血压Q1h；2、禁食；3、抑酸：0.9%氯化钠注射液50ml+奥美拉唑钠针80mg微泵注入；4、止血：0.9%氯化钠注射液250ml+氨甲环酸针

0.5g ivd；5、扩容、补液：乳酸钠林格注射液500ml ivd。聚明胶肽注射液500ml ivd；6、降低门脉压：0.9%氯化钠注射液48ml+奥曲肽0.6mg微泵注入；7、升压：0.9%氯化钠注射液42ml+多巴胺80mg微泵注入；8、对症支持等治疗；注意观察患者呕血、解黑便等出血情况。经上述抢救治疗后，至14:50患者仍解血便，休克血压、血压进一步下降，住院医师将患者病情电话汇报消化内镜室主任，宋主任了解病情后立即联系麻醉科主任，了解到患者病情危重，血压进一步降低至75/42mmHg，经沟通后16:00转至手术室在气管插管下行上消化道出血内镜下止血术，胃镜下见胃底、胃体有大量血液沉积、血迹附着，十二指肠球腔血液较多并见基底少量渗血，术中诊断为十二指肠球部溃疡并出血（Forrest Ib型），予4枚钛夹夹闭渗血处，并予硬化剂在出血点周围注射4个点，每个点注射1ml，见无渗血后退镜。术后予禁食，质子泵抑制剂静脉泵入，输血纠正贫血、对症支持治疗，硫糖铝混悬凝胶保护胃黏膜。（2023-01-04）血细胞分析：红细胞计数 $1.9 \downarrow 10^{12}/L$ ，血红蛋白测定 $49 \downarrow g/L$ ，血细胞比容 $0.15 \downarrow L/L$ ，平均红细胞血红蛋白量 $26 \downarrow pg$ ，血小板计数 $4 \downarrow 10^9/L$ ；凝血功能（2023-01-04）：活化部分凝血活酶时间 $51.9 \uparrow$ 秒，纤维蛋白原 $1.33 \downarrow g/L$ ，纤维蛋白原凝固时间 $13.8 \uparrow$ 秒；电解质+肾功能+肝功能（2023-01-04）：钾 $3.1 \downarrow mmol/L$ ，肌酐 $109 \uparrow umol/L$ ，总蛋白 $44 \downarrow g/L$ ，白蛋白 $28 \downarrow g/L$ ，前白蛋白 $154 \downarrow mg/L$ ，球蛋白 $16 \downarrow g/L$ ，胆碱酯酶 $3718 \downarrow U/L$ ，视黄醇结合蛋白 $22 \downarrow mg/L$ ；新冠病毒检测（2023-01-04）：新型冠状病毒ORF1ab基因阳性 $+(18.777)>40$ ，新型冠状病毒N

基因阳性+(18.941)>40,内标提示:正常检出,新型冠状病毒(COVID-19)核酸检测阳性(+);2023-01-05复查血常规:红细胞计数 $1.8 \times 10^{12}/L$,血红蛋白测定 $47g/L$,2023-01-06复查血红蛋白 $59g/L$,2023-01-08复查血常规:红细胞计数 $2.6 \times 10^{12}/L$,*血红蛋白测定 $72g/L$,血细胞比容 $0.22L/L$,2023-01-10复查血常规:红细胞计数 $3.1 \times 10^{12}/L$,*血红蛋白测定 $83g/L$,凝血功能:纤维蛋白原 $4.02g/L$,肝功能:丙氨酸氨基转氨酶 $90U/L$ 。之后患者未再呕血、解血便,胃引流液逐渐减少,3d后拔除胃管并进冷流质饮食,6d后复查大便常规潜血阴性,血色素可维持在 $83g/L$,生命体征正常,精神可,共住院8天,病情平稳后出院。以下为胃镜检查所见及胃镜下治疗后:

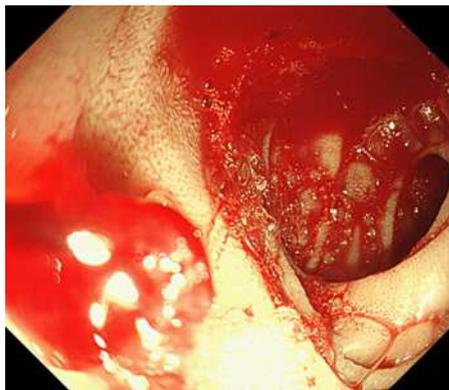


图1 胃镜检查所见

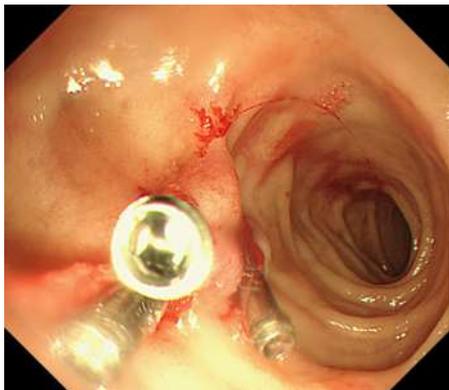


图2 胃镜下治疗后

2. 讨论

消化性溃疡是引起上消化道出血的主要原因,且再出血率及死亡率高,本例患者同时有新冠病毒感染,口服解热止痛药出现上消化道大出血,血红蛋白低、血压低,病人休克状态。予急诊内镜止血治疗风险大,新冠病毒感染当时视

为传染性强的疾病,禁止出县,转运、转院困难,基层医院,用血紧缺,患者当时的状态,为规避内镜治疗的风险,国内医师多采用药物保守治疗的方式,甚至有学者将其视为内镜检查的绝对禁忌。经过消化内科、麻醉科的多学科讨论后,将病人送手术室行气管插管下行胃镜检查内镜下治疗,内镜上金属钛夹止血及注射硬化剂止血,术后患者恢复好,未出现并发症。本例治疗成功的关键不仅在于术前积极的治疗,包括严密的心电监护、持续中心吸氧,质子泵抑制剂持续泵入,输血、对症支持治疗,还在于及时有效的内镜止血,成功挽救了一个年轻的生命,正确判断是否需要干预内镜干预及把握内镜治疗的时机十分重要,需根据患者的实际情况而定。本例体会,权衡内镜止血治疗的风险与效益,对病情危重且有活动性出血表现的上消化道出血,血压低生命体征不平稳,应该予在尽早在气管插管下,行内镜止血治疗。

参考文献:

- [1] 阳文俊,覃山羽,姜海行,等. 上消化道出血合并急性心肌梗死的内镜止血治疗一例[J]. 中华消化内镜杂志,2016(1):57-58.
- [2] 郑琴芳,农伟,张国,等. 床旁气管插管麻醉后行急诊内镜下止血治疗老年急性非静脉曲张性上消化道出血的临床效果和安全性[J]. 广西医学,2020,42(11):1337-1339,1344.
- [3] 许景芝,周丽,金月娥,等. 上消化道出血继发急性心肌梗死二例诊治分析[J]. 临床误诊误治,2014,27(4):24-26.
- [4] 陆德文,许丰. 内镜下金属钛夹保守治疗与药物注射治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效比较[J]. 国际消化病杂志,2017,37(3):180-183.
- [5] 韩敏,张顺利. 内镜金属止血夹联合硬化剂注射治疗95例溃疡性上消化道出血患者的临床效果观察[J]. 首都食品与医药,2023,30(22):21-24.
- [6] 张燕,董海燕,李国栋,等. 内镜治疗难治性十二指肠球后溃疡出血一例[J]. 中华消化内镜杂志,2017,34(8):597-598.

作者简介:

姓名 宋晓(1980—),性别:女,民族:壮族,广西靖西市人,学历:本科,单位:靖西市人民医院,职务:科副主任;职称:副主任医师;研究方向:消化系统疾病诊疗。