

套扎器和 Willson-Cook 公司生产的 6 环套扎器。全部病例均在活动性出血后 6~24 h 内科治疗病情稳定后进行,套扎前,常规胃镜检查,确定静脉曲张的范围、程度及出血部位,观察胃底有无静脉曲张以及其它可能的出血灶,然后安装套扎器,在距贲门上 2 cm 处自下而上呈螺旋式结扎,结扎时先将套扎器呈 360 度接触靶静脉,吸引,当镜面满视野红色时,扭动把柄,橡皮圈即脱落,把静脉结扎成紫红色息肉状,再进行第二个结扎,如明显出血部位应在其远端结扎,每根静脉上两个结扎点距离约 2~3 cm,出镜前用去甲肾上腺素盐水 20 mL 注入食管。2 周后复查胃镜,如需要再次进行套扎。

## 2 结果

20 例共进行 26 次结扎,2 次结扎 4 例,3 次结扎 1 例,其中 5 环套扎器 12 例次,每次结扎 5 点,6 环套扎器 14 例次,每次结扎 6 点。经治疗后 EV 消失 9 例(45%),缩小至轻度者 8 例(35%),缩小至中度者 3 例(20%),两种套扎器的疗效相近。治疗后有 9 例出现吞咽梗阻感、胸骨后或上腹部疼痛,经观察或对症治疗后 1~3 d 缓解,无食管穿孔、食管狭窄等并发症。19 例套扎后住院期间未再出血,1 例术后 4 d 黑便经保守治疗后血止,未出现大量呕血症状。随访 3~6 个月,均未见再出血,6~12 个月再出血 3 例,肝功能衰竭死亡 1 例。

## 3 讨论

食管静脉曲张破裂出血是肝硬化的主要并发症和死亡原因,其中约 50% 死于首次大出血,多次出血,可加重肝功能的衰竭。EVL 能有效控制食管静脉曲张出血和有效根除或缩小食管静脉曲张,其近期疗效已成共识<sup>[1,2]</sup>。本文结果显示 EVL 治疗后曲张静脉完全根除率为 45%,缩小至轻度

占 35%,仍有中度曲张占 20%,与文献报道疗效类似或稍差,原因是本组病例肝功能分级 B、C 级为主,静脉曲张严重,以及部分病例患者因经济原因未能再次行 EVL 有关。本组随访 3~6 个月未再出血,1 年再出血率为 15%,说明 EVL 近期疗效肯定,再出血原因与曲张静脉未完全根除以及复发有关,因此对 EVL 治疗的患者,应尽量把所有的静脉完全根除,并在术后 6 个月左右复查胃镜,发现曲张静脉复发者及时处理,以防再出血。EVL 并早期出血,出血量大,且来势凶猛,可能与皮圈过早脱落或局部溃疡有关。本组 1 例术后早期出血仅少量,可能与门脉高压性胃病有关。如何防止 EVL 后早期大出血,我们的体会是:① 结扎时要保证对准靶静脉,把静脉完整吸入;② 皮圈释放后继续负压吸引 5~10 s,可防止皮圈过早脱落;③ 避免术后过度活动、饮食不当、用力排便、频繁呃逆等;④ 术后给予质子泵抑制剂,减少胃酸反流进食管,注意不宜过度扩容。

EVL 操作较简单,安全性好,患者痛苦轻,并发症少,疗效好,适应症广,特别适用于肝功能差,不能耐受手术或手术后 EV 复发者。有学者认为<sup>[2,3]</sup> EVL 联合硬化剂注射(EVS)效果优于单纯用 EVL 或 EVS,特别是 EVL 后对残留曲张静脉进行小剂量硬化剂注射,值得我们进一步探讨。

### 参考文献:

- [1] 江学良. 食管静脉曲张的内镜治疗[J]. 消化病诊断和治疗, 2001, 1(1): 39.
- [2] 胡中伟, 罗洁, 郭家伟, 等. 经内镜结扎和硬化剂治疗食管静脉曲张和门脉高压性胃病的疗效及预后[J]. 临床消化病杂志, 2001, 13(6): 246.
- [3] 程留芳, 王志强, 蔡逢春, 等. 食管静脉曲张出血硬化治疗十三年回顾[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(11): 658.

(编辑 张思健)

# 小儿急性肾炎合并急肾衰的临床特点

陈斌华

(江门市人民医院儿科, 广东 江门 529010)

**摘要** 【目的】了解急性肾小球肾炎(AGN)合并急肾衰(ARF)的临床特点。【方法】对 1980 年~2001 年以来 ARF 患儿的临床资料进行回顾性分析。【结果】AGN 合并 ARF 的发生率为 8.93%, 以 8 月至次年 2 月份多见, 学龄儿童多见, 均为少尿型病例, 在不具备透析条件时, 内科与中药透析联合治疗效果较好。【结论】AGN 合并 ARF 仍为临床较常见的危重症, 但预后较好。

**关键词:** 小儿; 急性肾炎; 肾衰竭; 临床特点

**中图分类号:** R692.31 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-257X(2002)5S-0109-03

为了了解急性肾小球肾炎(AGN)合并急性肾功能衰竭(ARF)的临床特点, 特对 1980 年以来我院儿科收治的 37 例 AGN 合并 ARF 患儿的临床资料进行分析, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

采用抄录病历的方法, 共查阅 1980 年 1 月 1 日至 2001

年 12 月 31 日期间我院儿科收治的 AGN 患儿病历共 414 份, 其中合并 ARF 37 例, 均有较完整的临床资料, 病史记录详细, 全面体格检查并进行血常规、血液生化及免疫指标的测定。21 年间急性肾炎及 ARF 发病人数见表 1, 其中男 24 例, 女 13 例; 年龄 2~6 岁 13 例, 占 35.3%; 7~11 岁 24 例, 占 64.7%。

收稿日期: 2002-06-03

作者简介: 陈斌华(1961-), 女, 广东江门人, 主治医师。

表1 AGN及ARF发病情况

时 间	例					
	AGN			ARF		
	n	男	女	n	男	女
1980~1990	222	130	92	23	17	6
1991~2000	159	90	69	12	7	5
2001	12	7	5	2	0	2

## 1.2 发病季节及前驱感染疾患

21年来的3~7月的时间里共有119例(28.8%)患AGN,12例(32.4%)ARF;8月至次年2月共有295例(71.3%)患AGN,25例(67.6%)患ARF,两者比较均有显著性差异( $P < 0.05$ )。37例ARF患儿中有前驱感染疾患的有35例,其中上呼吸道感染19例(51.4%),脓皮病13例(35.1%),混合感染3例(8.1%),其中4例上感患儿,8例脓皮病患儿,起病后未予治疗。

## 1.3 家族史与居住地

37例患儿中无1例有肾脏疾患家族史。37例中23例(占62.1%)居住于农村或市郊,14例(占37.9%)居住于市区,而13例前驱感染为脓皮病的患儿中,10例居住于农村或市郊。

## 1.4 临床表现

浮肿37例,尿少37例,尿量50~350 mL/d,平均209.6 mL/d。少尿期最长12 d,最短3 d。高血压25例,高血压脑病3例,腹痛、呕吐15例,上消化道出血5例,合并心力衰竭2例,胸腔积液3例。

## 1.5 实验室检查

37例中BUN为12~59 mmol/L,平均20.8 mmol/L;查血肌酐28例,为132~599  $\mu$ mol/L,平均242  $\mu$ mol/L。全部病例尿常规均有红细胞和蛋白,16例有各类管型,尿比重在1.009~1.018之间。余实验室检查异常结果有:高血钾15例(48.6%),高血镁10例(27%),高血磷12例(32.4%)低血钠10例(27%),低血钾20例(54.1%),低血钙10例(27%),低血氯18例(48.6%),代谢性酸中毒27例(72.9%),贫血20例(54%),白细胞增高19例(51.4%)。

## 1.6 治疗及转归

本组病例采用对症治疗,如限制水、盐、蛋白质摄入量,纠正酸中毒及电解质紊乱,使用抗生素及血管活性药物(如多巴胺),大剂量分次静滴或静注呋塞米。10例加用中药直肠透析治疗;3例采用腹膜透析。肾功能恢复正常者30例,占81%;好转者5例,占13.5%;自动出院2例,占5.5%,无1例死亡。

## 2 讨 论

本组37例患儿全部符合诊断标准<sup>[1]</sup>,肾衰竭发生率为8.93%(37/414)。有学者认为:一般人群中AGN发病率为25%,而其家庭成员中发病率为37.8%,提示发病与遗传因素有关<sup>[2]</sup>。本组37例ARF患儿家庭成员中无1例有肾脏疾患,提示遗传因素在ARF的发病中影响因素不大。在发病季节上,ARF以每年8月至次年2月最多见,与AGN的分布一致。而在发病年龄上,64.7%为学龄儿童。

37例患儿中,62.9%来自农村或市郊。12例在患有上感或脓皮病时未曾予以治疗,大部分均由于家人农务困身或认为“感冒”、“皮肤生疮”是小毛病,重视不足而不予诊治。提示广大医务工作者,在面向基层、面向农村、送医送药的同时应积极在幼儿园、学校、村镇中通过健康讲座的形式,把健康知识、防病治病的措施大力宣传。杨霁云<sup>[3]</sup>指出:预防感染,尤其是链球菌感染,有可能大大降低AGN的发病率。措施如:保持皮肤清洁,预防脓皮病,作好呼吸道隔离,防止猩红热、化脓性扁桃腺炎的传播等。如一旦发生链球菌感染,应及时并彻底治疗。青霉素治疗即使不能预防肾炎或减轻肾炎症状,也可及时阻止肾炎与肾炎菌株的流行,对降低肾炎发病率有一定的作用。鉴于AGN与ARF间关系密切,以上举措对降低ARF的发病,均具有积极意义。ARF可分为少尿型(尿量<400 mL/d)与非少尿型(尿量>400 mL/d)两种。本组37例全部为少尿型ARF,说明AGN合并ARF以少尿型居多。

小儿AGN合并ARF的主要发病机制是链球菌感染后抗原抗体复合物形成致组织损伤,血管活性物质释放。尤其是肾素——血管紧张素II等分泌增多使肾血管过度收缩,致肾脏缺血、损伤。而应用小剂量多巴胺,剂量为2~4  $\mu$ g/(kg $\cdot$ min),可选择性作用于多巴胺受体,除可使脑、冠状动脉、肠系膜等血管扩张外,对肾血管的扩张作用最明显,使肾血流增加,早期应用有阻断肾衰恶化之功效。利尿既有快速的利尿作用,又兼有肾血流动力学作用,一次给药作用最大时肾血管阻力明显下降,肾血流量增加。两药合用既解除了肾小球动脉痉挛,起到了扩管利尿的作用,又改善了肾自身血液供应,促进了肾炎修复,缩短了无尿或少尿病程,使患儿尽早渡过无尿关<sup>[4,5]</sup>。

众所周知,血液透析和腹膜透析是治疗急性肾衰竭行之有效的替代疗法。然而,在多数基层医院,由于不具备小儿透析的设施,或患儿家庭经济困难无法承担透析费用,此时中药直肠透析亦不失为一种较为有效的方法<sup>[6]</sup>。

ARF病死率高达50%左右<sup>[2]</sup>,而本组无1例死亡,且81%肾功能在短期内恢复正常,说明AGN合并ARF预后良好。随着医疗卫生条件的不断改善,AGN的发病率近年虽有所下降,但ARF仍为临床上较常见的危重急症。如1998年我市郊区链球菌感染流行期间,我院共收治5例AGN合并ARF的患儿,及去年12例AGN住院患儿中,又有2例发生ARF。肾小球疾患是ARF不可忽视的原因,在由肾脏疾病引起ARF中占重要位置。急性肾炎发生ARF多在发病初期<sup>[7]</sup>。另外,有些似为轻症者可在场短期内发生严重高血压脑病、循环充血肺水肿或少尿、无尿乃至急性肾衰竭<sup>[8]</sup>。因此临床医生仍应高度警惕,及时诊断,及时治疗。

## 参考文献:

- [1] 中华医学会儿科学会肾脏病学组. 小儿急性肾功能衰竭的诊断标准[J]. 中华儿科杂志, 1994, 32(3): 103.
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 600~602; 1368~1370.
- [3] 杨霁云, 白克敏. 小儿肾脏病基础与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 149~150.

- [4] 黄雪梅, 李应芝, 高超. 酚妥拉明、多巴胺、速尿治疗急性肾炎合并肾衰竭[J]. 实用儿科临床杂志, 1998, 13(5): 263.
- [5] 徐琦新. 新生儿急性肾功能衰竭的治疗问题[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(1): 62.
- [6] 邓燕, 谈柏浓. 小儿急性肾炎合并急肾衰临床分析[J]. 实用医学杂志, 1999, 15(4): 288.
- [7] 张晓峰. 急性肾衰竭 47 例临床分析[J]. 临床荟萃杂志, 1997, 12(6): 254.
- [8] 杨霁云. 急性肾炎防治的进展[J]. 新医学杂志, 1997, 88(10): 510.

(编辑 张思健)

## 维持性血液透析并发心力衰竭 96 例患者的治疗

陈志锵

(顺德中西医结合医院, 广东 顺德 528333)

**摘要:**【目的】观察维持性血液透析患者心力衰竭的治疗。【方法】按不同病因将维持透析并心力衰竭患者分为 3 组: 高血压组、高血压伴水钠潴留组、重度贫血组, 采用不同治疗方案。【结果】3 组观察对象均获明显疗效。【结论】控制高血压, 调整干体重, 纠正重度贫血和重建血管通道是治疗维持性血液透析患者并发心力衰竭的方法。

**关键词:** 肾功能衰竭, 慢性; 血液透析; 心力衰竭, 充血性

中图分类号: R692.5; R541.61

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0111-02

心力衰竭是尿毒症患者的严重并发症之一, 尤其是维持血液透析患者。我们收集我院 1995 年 1 月~2000 年 12 月间, 维持血液透析患者 197 例, 对其中的 96 例并发心力衰竭的病因进行分析并探讨不同病因引起心力衰竭的治疗方法。

### 1 临床资料

#### 1.1 病例选择

96 例维持血液透析病例符合下列诊断标准: ①符合慢性肾功能衰竭的诊断<sup>[1]</sup>; ②符合心力衰竭的诊断标准<sup>[2]</sup>; 急性左心衰符合下列诊断标准: 心悸、气促、半坐卧位、咳嗽、咯粉红色痰、心率加快, 出现舒张期奔马律, 双肺底有湿啰音及哮鸣音。

#### 1.2 一般资料

本组全部 96 例为慢性肾功能衰竭维持血液透析时间 1~8 年(平均 5 年), 男性 65 例, 女性 31 例, 年龄 18~78 岁, 平均(48±12)岁。心功能 II 级 32 例, III 级 37 例, IV 级 27 例。按不同病因将维持透析并心力衰竭患者分为 3 组: ①高血压组: 共 48 例, 血压超过 26~24/16~14 kPa, 服用 2 种以上降压药如血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)加钙离子通道阻滞剂(CCB), 血压仍难以控制者; ②高血压伴水钠潴留组共 24 例, 血压超过 26~24 kPa/16~14 kPa, 下肢水肿, 血钠为 146~149 mmol/L, 平均(147±3) mmol/L; ③重度贫血组共 24 例, 血红蛋白为 3.0~5.5 g/L, 平均(4.0±1.2) g/L。

#### 1.3 病因及诱发因素

在本组病例中, 慢性肾小球肾炎 64 例, 多囊肾 9 例, 糖尿病肾病 12 例, 高血压肾病 4 例, 狼疮肾 6 例, 伴有严重贫血 48 例, 低蛋白血症 52 例。诱发因素有透析不充分 8 例, 并发肺部感染 11 例, 饮食不节制等因素 6 例。

#### 1.4 治疗方法

对高血压组病例, 调整治疗高血压药物剂量, 同时加用洋地黄治疗使血压达到理想目标值时, 洋地黄减量至停用。

对重度贫血组病例, 分次输入红细胞, 使血红蛋白达到 7 g/L 以上。上述 2 组的透析方案一样, 对高血压伴水钠潴留组的病例, 在上述治疗基础上, 加强透析, 增加脱水, 调整干体重。对出现急性左心衰的病例, 急诊行序贯透析治疗, 同时吸入体积分数 30% 酒精氧气, 洋地黄强心辅助治疗, 透析至症状缓解, 对于并发肺感染、饮食不节制的病例, 针对不同病因进行抗感染治疗及宣传教育, 并进行饮食指导治疗。

#### 1.5 治疗结果

维持血液透析并慢性心力衰竭的 3 组病例(高血压组、高血压伴水钠潴留组、重度贫血组), 经上述方法治疗后, 心力衰竭症状明显改善, 均达到临床透析充分的指标<sup>[1]</sup>, 急性左心衰病例在序贯透析治疗急性左心衰后, 根据不同病因, 归入上述分组继续治疗, 均得到满意效果。

### 2 讨论

#### 2.1 发生率

本组病例尿毒症并发症并发心功能不全发生率为 48.7%(96/197)与国内报道相仿, 说明在维持血液透析病人中, 尤其是 65 岁以上的高龄患者, 容易产生慢性心力衰竭导致死亡, 临床上应提高警惕, 及时调整透析剂量, 以降低心功能衰竭的发生。

#### 2.2 发病机制

慢性肾功能衰竭并发心力衰竭, 国内学者认为<sup>[1]</sup>: ①水、钠潴留: 在透析间期, 心脏的前后负荷增加, 左心舒张末容量增加, 心搏出量及心排出量增加, 增加心脏做功和耗氧, 均促使心肌肥厚, 久之导致心力衰竭; ②高血压: 高血压可引起心室壁肥厚, 心脏扩大, 心肌耗氧量增加导致心力衰竭, 有学者认为<sup>[3]</sup>, 高血压是血浆肾素与血容量两者平衡失调, 以及血容量增加肾素活性增高两者混合作用所致; ③贫血: 慢性肾功能衰竭时, 肾小球萎缩, 肾小球旁细胞促红细胞生长素分泌不足, 伴患者营养不良, 导致贫血, 使心肌缺血、缺氧, 心肌

收稿日期: 2002-06-10

作者简介: 陈志锵(1960-), 男, 广东顺德人, 主治医师。