

消化道出血的危险因素及措施研究进展

陈泽明

遵义医科大学医学与科技学院 贵州 遵义 563000

【摘要】：消化道出血患者在消化道疾病患者中占很大比例，如果不及时采取有效的护理。导致消化道出血的危险因素有很多，特别是以下几个危险因素：社会人口学因素、疾病因素、幽门螺杆菌感染、药物因素、生活习惯和气候季节等。为此，我们探讨消化道出血患者的危险因素及护理措施的最新研究情况及变化。以2018年1月~2022年3月为研究时间区间，对选定的相关文献进行全文阅读从而获取最新研究进展。从而根据上诉危险因素采取科学合理的护理措施，进而为护理工作及日常生活提供参考。

【关键词】：消化道；危险因素；护理措施；护理；进展

Research progress on risk factors and measures for gastrointestinal bleeding

Zeming Chen

School of Medicine and Technology, Zunyi Medical University Guizhou Zunyi 563000

Abstract: Patients with gastrointestinal bleeding account for a large proportion of patients with digestive tract diseases, and if effective care is not taken in time. There are many risk factors for gastrointestinal bleeding, especially the following: sociodemographic factors, disease factors, Helicobacter pylori infection, drug factors, lifestyle habits, and climatic seasons. To this end, we explore the latest research and changes in risk factors and care measures for patients with gastrointestinal bleeding. Taking January 2018 to March 2022 as the research time interval, the selected relevant literature was read in full to obtain the latest research progress. In this way, scientific and reasonable nursing measures are taken according to the risk factors of appeal, and then provide reference for nursing work and daily life.

Keywords: Digestive tract; Risk factors; Care measures; Care; Progress

消化道是一条贯穿咽、食管、胃、小肠、大肠和肛管的肌性管道。站在解剖角度，屈氏韧带（Trietz）为界线，消化道可分为上消化道和下消化道。上消化道出血（UGIB），Trietz韧带以近的食管、胃或十二指肠部位病变导致的出血。下消化道出血（LGIB），Trietz韧带以远的盲肠、结肠、直肠、肛门部位病变导致的出血。有研究发现^[1]，UGIB占80.1%，LGIB占19.9%。为此我们需要明确UGIB、LGIB的危险因素，从而为提高患者生活质量、改善生活习惯、减轻社会负担及经济负担等方面提供重要的参考价值。

1 消化道出血概述

消化道出血（Gastrointestinal bleeding, GB），消化道溃疡和食管胃底静脉曲张一直是消化道出血的主要危险因素。消化道溃疡的占比从2015年的31.6%上升至2019年的50.9%，食管胃底静脉曲张导致的出血从2019年的41.1%逐渐下降到2019年的24.6%^[1]。但消化道出血的危险因素不仅局限于这两种疾病，下文将说明此疾病的危险因素及护理措施的最新研究情况。

2 消化道出血的危险因素的分析

2.1 上消化道出血（Upper gastrointestinal bleeding, UGIB）

2.1.1 社会人口学因素

男性UGIB构成比大于女性，且大多数的年龄不足60岁。由此可见，高龄、男性是UGIB的危险因素^[2]。为此，应该增

加对中老年男性的健康教育，加强对中老年男性自我上消化道出血护理的意识及能力的教育与培养。

2.1.2 疾病因素

张佳楠等人研究表明^[3]，PU，占百分之37.7%，是UGIB的最常见原因、主要高危因素。食管胃底静脉曲张破裂、胃糜烂出血、急性糜烂出血性胃炎和胃癌等也是重要高危因素。其中，食管胃底静脉曲张破裂，占24.3%，是第二高危因素。急性出血性胃炎，占15.8%，是第三大高危因素。呕血、黑便是UGIB的主要临床表现。十二指肠溃疡病变出血是中青年患者的主要危险因素。胃溃疡病变出血是老年患者的主要危险因素。

2.1.3 幽门螺杆菌

有研究表明^[4]，幽门螺杆菌主要在上皮细胞表面和胃黏液间的中性微环境中寄居，抑制黏膜的修复能力，其导致感染是PU合并UGIB的高危因素。消化道黏膜受胃酸长期刺激、侵袭，变薄的过程意味着自身保护能力逐步丧失。黏膜下大量的血管暴露破裂将进一步导致消化道出血。

2.1.4 药物因素

非甾体抗炎药、抗血小板药或抗凝药等有刺激上消化道副作用的药物类型是患有各种合并症的老年男性或女性上消化道出血的重要危险因素。在日常服用这几类药物期间，既要严格遵医嘱用药，又要加强对自身消化道排泄物的观察。如果有

便血或黑便情况，需要进行粪便隐血试验，进而决定是否继续服用该药。新西兰的一项病例对照试验发现^[5]，NSAIDs 是 UGIB 的独立危险因素；我国研究亦有相同发现。

2.1.5 生活习惯

长期酗酒、吸烟史及不规律饮食，导致各种疾病的风险及隐患长期存在。消化性溃疡、急慢性胃炎仍然为最常见的危险因素。嗜酒、吸烟史是上消化道出血的重要危险因素^[6]。戒除不良生活习惯，适当饮酒、避免刺激食物及饮食并养成良好的饮食习惯是远离急性上消化道出血的重要举措。

2.1.6 气候季节

春季、冬季、秋季依次是 UGIB 发病的高危季节，夏季 UGIB 的发病率最低。为此，患者及高危人群更需在气候因素变化大的秋冬季前，增强 UGIB 的预防意识，学习并掌握 UGIB 的常见应对方式，从而做到“早预防、早发现、早治疗”。

2.2 下消化道出血 (Lower gastrointestinal bleeding, LGIB)

与 UGIB 不同，LGIB 病灶的确诊率较低。明确诊断的 LGIB，最常见的高危因素有憩室、痔疮、结肠息肉及结肠炎。肠道肿瘤、结肠息肉、肛周病、憩室病、缺血性结肠炎是老年人 LGIB 前五的高危因素。结直肠癌，占 34.5%，是第一高危因素。痔疮、结肠息肉，分别占 13.7% 和 11.3%，是第二高危因素和第三高危因素。有研究表明^[1]，目前缺乏大规模流行病学证据，但炎症性肠病是不满 40 岁患者小肠出血的首要危险因素。在众多超过 40 岁的患者小肠出血因素中，血管畸形在最高因素中位居第一。除此之外，结直肠出血的首要原因可能是肿瘤。有研究表明，LGIB 更多的危险因素有药物因素、疾病因素等。

2.2.1 药物因素

导致 LGIB 症状明显加重的药物有抗凝药及 NSAIDs 等。张琼侠等人在研究^[8]表明，服用阿司匹林可能是严重 LGIB 的独立危险因素之一，另外三个 LGIB 的独立危险因素分别是晕厥表现明显，Hb 不足 100g/L 和白蛋白不足 38g/L。这些年伴随着抗血小板药如氯吡格雷、NSAIDs 抗炎药及抗凝药的使用量增加，药源性出血逐渐成为 LGIB 的高危因素。在 UGIB 预防干预中，质子泵抑制剂疗法及幽门螺旋杆菌根除治疗的广泛推广、抗栓治疗的普及，使得 UGIB 发生率逐步减少，从而 LGIB 更普遍。对于 LGIB 患者，条件允许时应停用抗凝药和抗血小板药。加强抗血小板药、NSAIDs 抗炎药及抗凝药的严格管理是预防与控制 LGIB 的重要措施。

2.2.2 疾病因素

LGIB 的高危因素有血管畸形、结肠息肉及肿瘤。随着年龄增长，LGIB 的发病率明显增加，有冠心病、缺血性脑血管等基础病的老年患者需长期服用抗血小板药，变化最大。LGIB

的发病率明显高于无基础病的老年患者。张佳楠等人关于 LGIB 的研究表明^[3]，下消化道出血的病因构成依次为结直肠癌、痔疮、结肠息肉、结肠炎、息肉切除术后出血和其他病因。为此，我们需要重视下消化道出血的各种病因及病理变化的征兆，从而更早识别下消化道出血、预防其恶化。

3 消化道出血的措施分析

应对消化道出血的原则依次为，评估病情、补充循环容量缺失部分、对疾病定位及定性，按需治疗。护理措施包括常规治疗、药物治疗、外科治疗、健康教育等。

3.1 常规治疗

首先必须等复苏后再治疗^[1]，坚持先救命再救病的原则。依次根据患者的生命体征、循环容量缺失程度、出血速度、年龄及并发症情况，建立两条及以上有效的静脉通路。其次积极给予适当的止血、补液、输血等治疗，用以维持生命体征稳定，防止进一步恶化、并发症不可逆转地发展。同时迅速启动多学科协作诊治、开通绿色生命通道，争分夺秒地挽救患者的生命。常规治疗是挽救消化道出血患者

3.2 药物治疗

病变位置不明或弥漫性病变的患者，不适合手术治疗、内镜治疗或血管造影栓塞术。这时，应考虑以下药物。①生长抑素及其类似物（奥曲肽）：一方面使其他血管的收缩增强，另一方面间接使胃肠道血管扩张肽的释放减少，从而使血管收缩增强。由此，生长抑素及类似物能有效使内脏血流减少，使门脉压力缓解。静脉曲张出血的治疗被一直推荐的是生长抑素及类似物^[9]。推荐用法：奥曲肽 100ug 皮下注射，3 次/d，共 4 周。第 2 周后采用长效奥曲肽 20mg 每月肌内注射 1 次，6 个月的疗程。或兰瑞肽（一种长效生长抑素八肽类似物）90mg 每月肌内注射 1 次。②性激素：如炔诺酮等。③沙利度胺：谷氨酸衍生物。对血管扩张引起的 UGIB 有效。不良反应有周围神经病变、深静脉血栓等。生育期女性禁用沙利度胺。④促红细胞生成素：有临床报告发现其能控制消化道黏膜弥漫性出血。⑤结直肠止血药：垂体后叶素、生长抑素、去甲肾上腺素、蝮蛇蛇毒血凝酶等。但当前缺少具有科学性的临床研究评价药物止血的疗效的有力证据。

3.3 外科治疗

患者的病因如果明确，应进行针对性治疗。如结肠肿瘤患者，行肿瘤切除术。其手术治疗指征为经保守治疗无效的大出血、小肠肿瘤、小肠梗阻、小肠穿孔和不明原因的小肠反复出血等。外科手术治疗是在常规治疗及药物治疗的基础上，仍然不能缓解消化道出血病人的休克症状时，采取的必要的外科治疗手段。如果病人出血部位的损伤程度较轻，可以采用金属夹止血及消化道内镜止血等外科治疗方法。

3.4 心理护理

消化道出血患者在病情加重或恶化之时，以紧张、焦虑和恐惧的心理状态为主要特征。患者和陪伴在此时，大多不知所措、无法在黄金时间内让患者获得挽救生命的机会并积极有效地应对病情。为此，对于陪伴患者入院的家属等陪护人员，管床护士及责任护士应做好入院教育，让陪护在患者消化道大出血之时能够妥善应对，及时寻求医护人员的救助。第一、消化道出血之时保持冷静的意识要深入患者及陪护的内心，从而能够在抢救患者的黄金时间内采取积极有效的应对方式并寻求医护人员及时的救助。第二、向患者及陪护人员讲解消化道出血患者成功应对的案例，从而帮助其树立信心和对医务人员的信任。良好的心理素质是挽救消化道大出血患者的重要主观力量。

3.5 健康教育

只有消化道出血患者对疾病的病因及病理有所了解，才可以促进其养成良好的生活习惯、适宜的生活方式和健康的生活情趣，从而在源头上规避消化道出血的病因恶化、诱因发展。对于中老年男性患者，采用符合其焦虑恐惧心理及生理需求的健康教育的形式，从而更加适宜地养成正确的生活习惯并采取正确的生活方式。只服用一种抗血小板药物的 LGIB 患者入院后再出血率是未服药者的 3 倍之多。而同时有 2 种抗血小板药

服用史，将造成住院再出血率上升到 5 倍之多。即使停用抗血小板药，再出血率也不会因此而改变。为此，低危风险的心血管事件一级预防患者，需在 LGIB 发生后不再服用抗血小板药物。而对于二级预防患者，停用阿司匹林等药物将进一步导致心血管疾病发生率增加到 3 倍之多。70% 的患者将在停药后的 7~10d 内发生心血管疾病^[1]。

4 结论

总之，消化道出血的危险因素有个人因素（男性、年龄大于 60 岁）、生活习惯（嗜酒史、吸烟史等）、刺激上消化道药物的服用史（非甾体抗炎药、抗血小板药或抗凝药等）、疾病因素、幽门螺杆菌感染和气候季节。目前，对上述疾病的治疗方法主要以常规治疗、药物治疗、外科治疗、心理护理和健康教育为主要手段，以扩充血容量、调节水电解质酸碱平衡紊乱、促进血管收缩、阻断出血部位出血、帮助患者及陪护人员形成强有力的应对态度和促进患者及潜在患者养成良好的生活习惯、适宜的生活方式和健康的生活情趣为主要治疗原则。此外，气候季节是上消化道出血的特异性危险因素。患者及陪护人员应增强对季节气候变化的敏锐识别，从而将消化道出血的危险因素有效防范——气候季节因素。更深层次的关于消化道出血的危险因素及护理措施的研究问题还需要专家进一步研究考证。本文仅代表作者观点，有不足的地方还请指正。

参考文献:

- [1] 肖雪,苏瑞亚·帕力哈提,周敏.下消化道出血的临床诊治现状与指南解读[J/OL].四川大学学报(医学版):1-9[2022-04-06].
- [2] 吴丽花.上消化道出血(UGIB)的病因构成及相关因素分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(25):39.
- [3] 张佳楠.消化道出血的病因及危险因素分析[D].南昌大学,2021.
- [4] 姚慧峰.160 例消化性溃疡合并上消化道出血的危险因素及治疗分析[J].世界华人消化杂志,2018,26(27):1605-1611.
- [5] 袁玥,郝建宇,刘心娟.影响上消化道出血的相关危险因素[J].临床与病理杂志,2021,41(07):1709-1714.
- [6] 茆明娟.消化道溃疡合并上消化道出血的危险因素及干预对策[J].山西卫生健康职业学院学报,2020,30(01):38-40.
- [7] 张岫兰,马惠民,卢启明,李淑兰,石丽青,姜瑞.上消化道出血 2247 例病因及相关因素分析[J].甘肃科学学报,2001(04):87-90.
- [8] 张琼侠.205 例急性下消化道出血患者临床特征及严重危险因素分析[D].安徽医科大学,2021.
- [9] 李鹏,王拥军,吕富靖.下消化道出血诊治指南(2020)[J].中国医刊,2020,55(10):1068-1076.

作者简介: 陈泽明(1999-),男,汉族,四川射洪人,遵义医科大学医学与科技学院学生,研究方向:消化道出血护理。