

# 非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特征及再出血的危险因素分析

邓丰华

(大英县人民医院 四川省遂宁市 629300)

**摘要:** 目的: 探讨分析非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特征及再出血的危险因素。方法: 研究对象为2020年06月~2021年12月期间我院收治的98例非静脉曲张性上消化道出血患者, 根据患者消化内镜术后是否存在出血情况进行分组, 其中70例未出血患者纳为参照组, 而另外28例发生再出血患者则为研究组。分析非静脉曲张性上消化道出血患者再出血的危险因素。结果: 导致影响非静脉曲张性上消化道出血患者的再出血因素主要有肿瘤出血治疗、输血治疗、肝脏疾病、多器官衰竭、单内镜治疗、A级出血治疗、出血病变直径 $\geq 2.0\text{cm}$ 、开始内镜治疗时间超过24h、Rockall评分大于5分以及Blatchford评分高于6分等多种影响因素, 两组之间的数据对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 而不会造成再出血的因素有性别、饮酒史、入院心率超过100次/min、休克指数超过1分、血红蛋白浓度超过90g/L以及尿素氮浓度超过10.32mmol/L等因素, 两组的数据对比无明显差异 ( $P < 0.05$ )。研究组患者的黑便发生率 (100.00%) 要高于参照组的发生率 (64.29%), 同时呕血的发生率 (71.43%) 也要高于参照组 (45.71%), 其组间数据对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 但两组患者的呕吐以及晕厥发生率对比无明显差异 ( $P > 0.05$ )。结论: 非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特征表现为血便及呕血, 而影响患者再出血的因素较多, 通过对患者实施治疗干预前对患者的再出血影响因素进行评估分析, 可为患者的治疗提供有效的参考依据。

**关键词:** 非静脉曲张性上消化道出血; 临床特征; 再出血; 危险因素

非静脉曲张性上消化道出血指的是屈氏韧带以上的消化道非静脉曲张性疾病导致引发的出血情况, 同时也包括胰管或者是在胆管部位的出血以及胃空肠吻合术后吻合口附近疾病导致引起的出血情况<sup>[1-2]</sup>。非静脉曲张性上消化道出血属于临床中较为易见的一种消化道出血疾病, 同时此疾病具有多发的特点。目前非静脉曲张性上消化道出血的发病机制尚未明确, 其主要是与机体中上消化道溃疡、肿瘤等有关。消化道内镜术属于临床非静脉曲张性上消化道出血患者的有效治疗手段, 其能疗效较为确切, 但是患者在术后可能会引发再出血的情况, 而患者术后再出血将会提高患者的死亡风险性<sup>[3-5]</sup>。为了进一步的了解非静脉曲张性上消化道出血患者再出血的影响因素, 本文将我院在 2020.06~2021.12 期间收治的 98 例患者为研究对象, 研究分析非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特征及再出血的危险因素, 详见下文。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

择取 2020 年 06 月~2021 年 12 月期间我院收治的 98 例非静脉曲张性上消化道出血患者为此次研究的观察对象, 根据患者消化内镜术后是否存在出血情况进行分组, 其中 70 例未出血患者纳为参照组, 而另外 28 例发生再出血患者则为研究组。参照组: 男性患者为 38 例, 女性患者 32 例, 患者的年龄区间最大值为 69 岁, 最小值为 56 岁, 平均年龄为 (51.64 ± 1.46) 岁; 研究组: 男性患者为 16 例, 女性患者 12 例, 患者的年龄区间最大值为 70 岁, 最小值为 55 岁, 平均年龄为 (51.66 ± 1.43) 岁。疾病类型: 胃溃疡患者 21 例, 十二指肠球部溃疡患者 48 例, 食管中下段溃疡患者 7 例, 胃恶性淋巴瘤患者 4 例, 上消化道恶性肿瘤出血患者 11 例, 急性胃粘膜病变患者 7 例。比较两组患者的相关基础资料, 其对比数据无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 可进行组间对比。

纳入标准: (1) 所有患者及其家属均对此次研究知情, 患者自愿参与研究, 且家属同意; (2) 患者均无手术禁忌症; (3) 近期 (3 个月内) 未进行其他手术治疗干预者。

排除标准: (1) 合并存在血液系统疾病、严重脏器疾病者; (2) 处于哺乳期或者是妊娠期患者; (3) 有精神病史者。

### 1.2 方法

(1) 内镜术方法: 在两组患者接受内镜术干预前, 指导患者在术前进行常规禁食; 同时予以患者输液、血糖控制以及抑酸等针对性的治疗干预措施, 并且对患者的心率以及血压水平进行密切检测。通过有效的借助内镜观察患者的出血情况, 若发现出血点, 及时的使用生理盐水对出血点进行冲洗, 将出血点进行彻底的暴露, 同时根据患者的实际情况选择适宜的内镜。在内镜辅助作用下, 对患者注射肾上腺素以及乙氧硬化醇, 以点凝止血, 金属钳对患者实施止血操作。

(2) 再出血判断标准: 在患者完成首次内镜止血干预后再次出现出血情况。

### 1.3 观察指标

分析对比两组患者的再出血因素情况, 并进行组间对比。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件进行处理。 $(\bar{x} \pm s)$  表示计量资料, 百分比 (%) 表示计数资料。计量资料用 t 检验, 而计数资料用卡方 ( $\chi^2$ ) 检验。P 评定检验结果,  $P > 0.05$  提示无统计学差异,  $P < 0.05$  提示有统计学差异。

## 2. 结果

### 2.1 对比分析非静脉曲张性上消化道出血患者的再出血因素

从表 1 中可以看出, 导致影响非静脉曲张性上消化道出血患者的再出血因素主要有肿瘤出血治疗、输血治疗、肝脏疾病、多器官衰竭、单内镜治疗、A 级出血治疗、出血病变直径 $\geq 2.0\text{cm}$ 、开始内镜治疗时间超过 24h、Rockall 评分大于 5 分以及 Blatchford 评分高于 6 分等多种影响因素, 两组之间的数据对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 而不会造成再出血的因素有性别、饮酒史、入院心率超过 100 次/min、休克指数超过 1 分、血红蛋白浓度超过 90g/L 以及尿素氮浓度超过 10.32mmol/L 等因素, 两组的数据对比无明显差异 ( $P < 0.05$ )。

表 1 对比分析非静脉曲张性上消化道出血患者的再出血因素[n (%)]

出血因素	参照组 (n=70)	研究组 (n=28)	P
肿瘤出血治疗	6 (8.57)	13 (39.29)	< 0.05
男性	39 (55.71)	14 (50.00)	> 0.05

饮酒史	12 (17.14)	5 (7.14)	>0.05
入院心率超过 100 次/min	41 (58.57)	14 (50.00)	>0.05
休克指数超过 1 分	43 (61.43)	16 (57.14)	>0.05
血红蛋白浓度超过 90g/L	34 (48.57)	15 (53.57)	>0.05
尿素氮浓度超过 10.32mmol/L	44 (62.86)	10 (35.71)	>0.05
输血治疗	12 (17.14)	15 (53.57)	<0.05
肝脏疾病	16 (22.86)	18 (64.29)	<0.05
多器官衰竭	16 (22.86)	17 (60.71)	<0.05
单内镜治疗	15 (21.43)	17 (60.71)	<0.05
A 级出血治疗	28 (40.00)	22 (78.57)	<0.05
出血病变直径≥2.0cm	9 (12.86)	15 (53.57)	<0.05
开始内镜治疗时间超过 24h	13 (18.57)	17 (60.71)	<0.05
Rockall 评分大于 5 分	27 (38.57)	23 (82.14)	<0.05
Blatchford 评分高于 6 分	26 (37.14)	24 (34.29)	<0.05

2.2 分析非静脉曲张性上消化道出血患者的临床表现特征

参照组 (45.71%)，其组间数据对比差异有统计学意义 (P<0.05)；

从表 2 可以看出，研究组患者的黑便发生率 (100.00%) 要高于参照组的发生率 (64.29%)，同时呕血的发生率 (71.43%) 也要高于

但两组患者的呕吐以及晕厥发生率对比无明显差异 (P>0.05)。

表 2 非静脉曲张性上消化道出血患者的临床表现特征情况[n (%)]

临床表现症状	参照组 (n=70)	研究组 (n=28)	P
黑便	45 (64.29)	28 (100.00)	<0.05
呕吐	44 (62.86)	18 (64.29)	>0.05
晕厥	23 (32.86)	9 (35.71)	>0.05
呕血	32 (45.71)	20 (71.43)	<0.05

3. 讨论

上消化道出血是发生于屈氏韧带以上部位的消化道出血，其发生出血部位主要包括食管、胃、十二指肠以及胆囊等部位，同时也包含胃空肠吻合术后吻合口附近的病变引起的出血<sup>[6]</sup>。上消化道出血的症状与患者的出血量以及出血速度等有关，其中最为典型的表现症状为呕血以及黑便；并且随着患者的失血量增大，患者还可能会出现头晕、面色苍白、浑身无力及发冷等表现症状，情况严重的甚至会出现休克，对患者的生命健康安全造成严重的影响。临床中对于非静脉曲张性上消化道出血患者的治疗主要采用内镜对患者实施治疗干预，其治疗效果确切，同时也能够有效的控制患者的出血，且止血率较高，但是患者在术后会有再出血的风险。而导致非静脉曲张性上消化道出血患者再出血的影响因素繁杂多样，因此，为了能够有效的降低患者的再出血发生率，对导致患者再出血的影响因素进行详细的分析研究，对于患者的治疗及预后具有重要作用及意义<sup>[7-8]</sup>。

此次研究中通过分析影响非静脉曲张性上消化道出血患者再出血的主要影响因素有以下多种因素：(1) 肿瘤出血治疗因素：由于中晚期消化道肿瘤出血患者的主要表现症状为呕血以积极黑便等症状，而内镜治疗干预无法有效的对伴随着肿瘤转移而出现的出血点进行一次性止血干预，需要经由多次止血干预操作并且配合其他相应的手术干预措施，以此实现止血目的，因此容易导致患者出现再出血情况。(2) 出血病变直径：患者的体学病变知情的大小将会对手术止血效果造成影响，内镜术主要是通过应用电刀对出血部位进行气化作用，将出血点闭合，若是出血直径过大，而电刀气化的部位也会增加，不仅会延长止血时间，同时能够会容易出现遗留止血点的情况，引发患者再出血<sup>[9-10]</sup>。(3) Rockall 评分大于 5 分以及 Blatchford 评分高于 6 分：Rockall 评分是目前临床中被广泛应用的评分，此评分主要是用作于评估分析上消化道出血患者的再出血风险以及患者的死亡风险。Rockall 评分通过根据患者的年龄、休克情况、伴发病状况、内镜诊断结果以及内镜下的出血征象等共五项评估指

标进行评估，根据患者的评分将其分为高、中、低危险 3 个等级，患者的评分≥5 分即表示为高危，3-4 分即为中危，若评分在 0-2 分则表示为低危。Blatchford 评分是目前临床中用于评估非静脉曲张性上消化道出血中的有效评估系统，通过根据患者的评分对患者的输血其概况以及死亡情况进行评估，将 6 分作为临界点，高于 6 分即表示为高危患者，而低于 6 分则表示为低危患者。对非静脉曲张性上消化道出血患者的再出血危险因素进行详细的评估分析，能够有效的为患者的后续治疗提供有效的依据，同时能够有助于提高患者的预后效果，促进患者的病情恢复。

综上所述，非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特征表现为便血及呕血，而影响患者再出血的因素主要有肝脏疾病、多器官衰竭以及出血病变直径等多种影响因素，通过对患者的再出血影响因素进行仔细的分析，促进为患者治疗提供针对性的治疗方案，促进降低患者的再出血发生率。

参考文献

- [1]高境蔚, 李罗红, 欧艳, 等. 消化道出血行内镜治疗后发生早期再出血的危险因素分析[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(2): 6-10.
- [2]逯越, 陈利红, 程威娟. 探究消化内镜治疗非静脉曲张性上消化道出血后再出血的危险因素[J]. 辽宁医学杂志, 2021, 35(5): 58-60.
- [3]张慎听. 上消化道出血采用消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(28): 79, 81.
- [4]王蓉. 分析消化内镜治疗非静脉曲张性上消化道出血后再出血的危险因素[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(2): 63-65.
- [5]张阳, 吕宜光, 郭启阳, 等. 急性上消化道出血再出血的危险因素及临床特征分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(17): 59-60.
- [6]孙雯, 邓全军. 非静脉曲张性上消化道出血患者在消化内镜治疗后复发的影响因素分析[J]. 国际生物医学工程杂志, 2021, 44(5): 379-382, 387.