

消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析

闫素

(吉林省人民医院 吉林长春 130000)

摘要:目的 对消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素进行全面的分析。方法 本次研究内选取了2020年9月至2021年10月之间我院内实施了消化内镜治疗的50例上消化道出血患者为研究的主要对象,依据患者是否再次出血的情况将其分为未再次出血组(n=34)和再次出血组(n=16),对两组别中患者的年龄、性别、出血量、入院期间血红蛋白浓度、血尿素氮浓度、血小板计数、是否发生休克和内镜下活动性出血等等资料的差别进行比较。结果 未再次出血组患者与再次出血组患者在年龄和性别上不存在显著的差异(P>0.05),再次出血患者的出血量以及血尿素氮浓度均比未再次出血患者更高,再次出血患者的血红蛋白浓度以及血小板计数均比未再次出血组患者更低,再次出血患者中出现休克和内镜下活动性出血患者的出现例数明显比未再次出血患者更大。经过Logistics多因素回归分析之后,血红蛋白浓度、休克、血小板计数以及内镜下活动性出血属于上消化道出血患者实施消化内镜治疗后出现再次出血的危险因素。结论 休克、血红蛋白浓度、内镜下活动性出血以及血小板计数均是上消化道出血实施消化内镜治疗之后出现再次出血症状的危险因素,必须对其实施强化性的预防措施,防止再出血的发生。

关键词: 消化内镜治疗; 消化道出血; 再出血; 危险因素

前言

在临床当中,上消化道出血是消化道疾病常见的一种并发症,患者临床症状主要有黑便、便血以及呕血等等,还有部分的患者会发生微循环障碍,使得病变周边的组织出现循环衰竭情况,如果不对其实施及时的治疗措施,情况严重的患者将会出现生命安全问题。在上消化道出血患者的治疗措施当中,消化内镜有着极为重要的作用,但是在实施镜下治疗之后依旧有部分的患者会出现再出血的问题,必须对其加以重视。本文正是基于此,选择了2020年9月至2021年10月之间我院内实施了消化内镜治疗的50例上消化道出血患者为研究的主要对象,对消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素进行全面的分析,研究的详细情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究内选取了2020年9月至2021年10月的这一时间段内在本院当中实施了消化内镜治疗的50例上消化道出血患者为对象,依据患者是否再次出血的情况将其分为未再次出血组(n=34)和再次出血组(n=16)。纳入标准:患者均存在不同情况的呕血、头晕、黑便、心动过速等等症状;患者自愿完成了知情同意书的签订。排除标准:有血液传染性疾病的患者;存在语言和认知障碍的患者;患有肿瘤的患者;存在器质性病变的患者;中途退出本次研究的患者。

1.2 方法 于内镜直视下局部采取冷生理盐水进行冲洗,圈套器需要将血痂部分进行去除,对患者的出血点进行暴露,之后在内镜之下套扎止血或者实施药物止血,在对止血点进行确定之后,将止血夹推进之后达到确切止血的目的。在患者溃疡四周进行1:10000肾上腺素的注射,每处的注射剂量为1至2毫升,注射的总剂量在8至10毫升之间,在血管残端位置进行1%硬化剂的注射。在患者实施手术之后对其进行处理和观察,在实施内镜治疗之后需要观察3至5分钟,确保患者不存在再次出血情况之后方可停止手术,在

患者治疗之后需要禁止进食24小时,对其实施抑酸药物的治疗,输液对其水电解质紊乱情况以及休克情况进行纠正,对患者的生命体征进行监测。如果患者不存在再次出血的情况可以在24小时之后进食流食,在48小时之后可以进食半流质饮食,在一周之后可以让患者进食清淡且容易消化的食物。患者出血停止的便准:患者胃管内抽出液性质、血红蛋白浓度、各项生命体征、呕血、红细胞压积、黑便等等指标为依据判定患者是否出现再次出血,如果患者一周之内没有发生再次出血的情况则判定患者为出血停止,如果患者再次发生出血可以对其重复实施胃镜检查且对其实施止血,患者血红蛋白发生了进行性下降或48小时之内输血量比1000毫升更高的患者需要转至外科实施后续的治疗。

1.3 观察指标 对两组别中患者的年龄、性别、出血量、入院期间血红蛋白浓度、血尿素氮浓度、血小板计数、是否出现休克以及内镜下活动性出血等等资料的差别进行比较。

1.4 统计学处理 本研究内的所有数据实施SPSS21.0统计软件进行分析,计数资料运用率进行表示,实施卡方检验方式,计量资料运用均数±标准差的方式进行表示,实施t检验,多因素分析实施非条件logistic回归,模型筛选实施的方式为逐步回归法,P<0.05说明数据的差异具备意义。

2 结果

2.1 单因素情况分析 两个组别内患者的年龄以及性别比较之后,未再次出血患者以及再次出血患者之间在年龄和性别上不存在显著的差异(P>0.05),再次出血患者的出血量以及血尿素氮浓度均比未再次出血患者更高,再次出血患者的血红蛋白浓度以及血小板计数均比未再次出血组患者更低,再次出血患者中出现休克以及内镜下活动性出血的患者例数明显比未再次出血患者更大,数据的详细内容见表1。

表1 单因素情况分析

观察指标	未再次出血	再次出血	χ^2 或者t	P
年龄(岁)	56.34 ± 5.57	56.17 ± 77.98	0.087	0.931
性别(男/女, n)	21/13	9/7	0.138	0.710
出血量(毫升)	120.52 ± 45.38	240.88 ± 104.37	5.718	0.000
血尿素氮(mmol/L)	10.65 ± 6.34	18.21 ± 4.59	4.263	0.000
血红蛋白(g/L)	104.47 ± 8.85	86.52 ± 7.86	6.923	0.000
血小板(×190/L)	156.72 ± 34.32	104.29 ± 44.46	4.577	0.042
休克(n, %)	2(5.88)	4(25.00)	3.766	0.049
内镜下活动性出血(n, %)	9(26.47)	7(43.75)	2.493	0.022

2.2 多因素 Logistic 回归分析情况 实施非条件 Logistic 回归分析再次出血风险因素之后,纳入血尿素氮、出血量、血小板计数、是否出现休克、血红蛋白浓度以及内镜下活动性出血至模型,实施逐步回顾法进行分析,具体的结果情况如表2。

表2 多因素 Logistic 回归分析情况

自变量	$\bar{x} \pm s$	P	OR 值	95%CI
休克	1.453 ± 0.54	0.025	2.94	1.35~6.97
活动性出血	1.796 ± 0.46	0.029	2.47	1.46~4.03
血红蛋白	1.324 ± 0.38	0.021	1.55	1.15~2.89

3 讨论

上消化道出血包括食管、胃、十二指肠或胰胆等病变所发生的出血情况。呕血、黑便是患者临床内主要的症状,此外,患者还伴随存在血容量降低所导致的急性周围循环衰竭。上消化道出血属于临床急症,成人发病率为150/10万人。在上消化道出血患者中约10%为持续出血或反复出血,死亡率较高。一旦发生消化道出血,需马上到医院就医。急诊内镜是当前对上消化道出血的首选诊疗方式,依据患者的疾病临床特征可以将其分为静脉曲张性上消化道出血以及非静脉曲张性上消化道出血。非静脉曲张性上消化道出血常见病因:食管癌、食管炎、食管损伤、贲门粘膜撕裂综合征、消化性溃疡、十二指肠溃疡、急性慢性胃炎、吻合口溃疡、粘膜及粘膜下病变切除后出血等^[1]。常用的方法有药物喷洒、局部药物注射、钛夹止血法、热凝固法以及其他方法。上消化道出血系指食道、胃、十二指肠、胆管及胰管等处的出血。在日常生活中,患者常以呕血、黑便的症状而就医。呕血,顾名思义,出血最终由口腔呕出^[2]。应当排除来自鼻腔、口腔、咽腔的血,咽入胃内后再经口呕出的血。要与咯血相鉴别。通常呕血前伴有恶心,呕出的血可混有食物残渣。由于胃酸的作用呕吐咖啡样物,表明少量出血;若呕出红色、暗红色血,则出血量大。黑便是因为血红蛋白内的铁元素在患者的肠道当中和硫化物一同作用转变称硫化铁所导致。若一次出血50毫升以上时,粪便呈现柏油样黑便;一次出血1000毫升以上时,可持续几天黑便;出血量大而在胃肠道停留时间较短,血液在肠道中不能被完全破坏,血便可呈暗红色^[3]。上消化道出血的病人,呕血一般都伴有黑便,而黑便不一定都伴有呕血。若呕血同时伴有黑便,则出血量较大。上消化道出血有慢性、病程长的周期性发作上腹痛病史,且疼痛有节律性,用碱性药物可以缓解,可能为溃疡性出血;大量呕血、便血、腹水、皮肤黄染、肝脾大,则肝硬化引起食道静脉曲张破裂出血的可能性大;胆道出血有呕血、便血、伴有右上腹绞痛、发热等;中年以上病人,有腹痛病史、消瘦,上腹可摸及包块,呕吐咖啡样物、柏油样便,多应考虑为胃癌出血;呕血伴有下咽困难或咽下痛时,可能为食管炎、食管癌所致出血^[4]。内镜检查方式适用于各类的上消化道炎症、糜烂以及溃疡所导致的出血,上消化道息肉摘除以及吻合口狭窄切开术等等手术方式所导致的出血情况,食道-贲门黏膜撕裂症所导致的出血以及全身性疾病所出现的应激性上消化道大出血情况

等。肺静脉曲张性上消化道出血具体由胃、食管、十二指肠等上消化道疾病所出现的出血情况,以及全身性疾病和其他各类因素所引起的出血,胃十二指肠溃疡、胆道出血、胃癌以及食道裂孔疝等均为患者主要的出血疾病因素^[5]。内镜下对凝血酶进行局部喷洒,使用去甲肾上腺素进行止血具有极为肯定的治疗效果,所使用的设备也较为简单,操作方式简单,价格较低,便于在床边进行使用,属于非静脉曲张性上消化道出血的一大首要治疗方式。这一治疗方式能够有效防止因为盲目探查手术对患者所造成的经济负担以及痛苦,让患者可以得到更为正确以及及时的救治措施,对患者的治疗所需时间进行缩短,降低患者大出血致死的概率,特别适合在广大的基层医院内进行推广和使用。临床当中使用消化内镜对上消化道出血后再出血患者进行治疗的方式极为常见,患者必须实施强化性的观察以及救治,对患者的生命安全进行保证^[6]。

综上所述,休克、血红蛋白浓度、内镜下活动性出血以及血小板计数均是上消化道出血实施消化内镜治疗之后出现再次出血症状的危险因素,必须对其实施强化性的预防措施,防止再出血问题的发生。

参考文献

- [1]李亚岭,巴黎,罗建平.消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析[J].中国处方药,2021,19(01):175-176.
- [2]邢一鸣,余晓露.消化内镜治疗上消化道出血后再出血患者的相关危险因素研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(12):188-189.
- [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]张宏义.消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素及对策[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(25):45.
- [5]罗强勇.消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析[J].中国社区医师,2019,35(01):29.
- [6]王爱萍,周维来.消化内镜治疗上消化道出血后再出血危险因素探讨[J].饮食科学,2018(24):13.
- [7]贾傲.上消化道出血行消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J].中国实用医药,2018,13(23):49-51.