

消化内镜治疗对上消化道出血患者出血控制及生存质量的影响

张利军

(山东省莘县第三人民医院单位 山东莘县 252427)

摘要: 目的: 研究消化内镜治疗对上消化道出血患者出血控制及生存质量的影响。方法: 选取 2019 年 3 月-2020 年 3 月收治的上消化道出血患者 88 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 44 例。对照组采用常规药物治疗, 观察组采取消化内镜配合药物治疗。比较两组出血控制效果及治疗前后生存质量。结果: 观察组出血控制时间 (1.81 ± 0.42) d、彻底止血时间 (3.06 ± 0.75) d, 均短于对照组, 有显著差异 ($P < 0.05$)。两组治疗前生存质量评分相比, 无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组生存质量 (90.24 ± 5.36) 分, 高于对照组, 有显著差异 ($P < 0.05$)。结论: 在上消化道出血患者的治疗中, 采取消化内镜配合药物治疗的方案, 能够使出血得到更有效的控制, 改善患者生存质量, 效果十分理想。

关键词: 消化内镜; 上消化道出血; 出血控制; 生存质量

上消化道出血指的是十二指肠、胰胆管、食管、胃等部分发生的出血症状, 临床上以呕血和黑便为主要症状, 严重时可能引发周围循环衰竭, 对患者生命安全有较大威胁^[1]。依据不同的出血原因和出血位置, 在治疗方法上也会有有一定的差异。因此需要准确掌握出血位置及情况, 才能保证治疗的针对性。消化内镜是诊断该病的主要方法, 可对病变位置及出血情况清晰掌握, 进而采取更为合理的治疗方案, 保证确切的疗效。基于此, 选取 2019 年 3 月-2020 年 3 月收治的上消化道出血患者 88 例, 研究了消化内镜治疗对上消化道出血患者出血控制及生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月-2020 年 3 月收治的上消化道出血患者 88 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 44 例。对照组男 24 例、女 20 例, 年龄 24-62 岁, 平均 (43.82 ± 3.15) 岁; 观察组男 26 例、女 18 例, 年龄 23-61 岁, 平均 (43.80 ± 3.17) 岁。两组比较性别、年龄等, 均无显著差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 均符合上消化道出血诊断标准, 有呕血或黑便等明显症状, 对本研究知情同意, 医学伦理委员会批准。

排除标准: 有肝肾功能障碍或凝血功能障碍, 有精神疾病或认知沟通障碍, 研究所用药物过敏。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采取常规药物治疗。根据血压常规、血压、出凝血时间、血红蛋白等检查结果, 补充血容量、调整饮食、抑制胃酸、止血。使用奥美拉唑注射液, 静脉注射, 每日 2 次, 每次 40mg, 连用 6d。

1.2.2 观察组

观察组采取消化内镜配合药物治疗。使用超声电子胃镜检查病变位置和出血情况。对非动脉性出血, 经胃镜活检孔插入药液喷洒导管, 用凝血酶 10000U 溶解 50ml 生理盐水局部喷洒。对动脉出血, 用盐酸肾上腺素 1ml 溶解 9ml 生理盐水, 随内镜注射针插入内径钳道, 在出血点周围点刺注射, 每次 3-5 点, 每点 0.5-2.0ml, 总量 10ml 以下。如治疗无效, 使用金属夹将血管夹闭, 经内镜活检孔推送金属夹, 在血灶部施力按套索出血灶, 喷洒生理盐水, 完全止血后将内径退出。

1.3 评价指标

比较两组出血控制效果及治疗前后生存质量。出血控制效果指标包括出血控制时间和彻底止血时间。生存质量采用自制问卷, 总分 100 分, 分数越高, 说明生活质量越好。

1.4 统计学处理

对研究得到的数据, 采用 SPSS20.0 统计处理, 用均数 \pm 标准差的形式, 代表计量资料, 并用 t 检验, $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组出血控制效果对比

观察组出血控制时间 (1.81 ± 0.42) d、彻底止血时间 (3.06 ± 0.75) d, 均短于对照组, 有显著差异 ($P < 0.05$)。

表 1 两组出血控制效果对比 ($\bar{X} \pm s$) (n=44)

组别	出血控制时间 (d)	彻底止血时间 (d)
观察组	1.81 ± 0.42	3.06 ± 0.75
对照组	2.58 ± 0.80	4.33 ± 1.49
t	5.653	5.050
P	0.000	0.000

2.2 两组治疗前后生活质量对比

两组治疗前生存质量评分相比, 无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组生存质量 (90.24 ± 5.36) 分, 高于对照组, 有显著差异 ($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后生活质量对比 ($\bar{X} \pm s$) (n=44)

组别	治疗前	治疗后
观察组	72.35 ± 4.13	90.24 ± 5.36
对照组	72.37 ± 4.10	80.27 ± 5.08
t	0.023	8.955
P	0.982	0.000

3 讨论

上消化道出血的原因有很多, 例如十二指肠或胃溃疡、门静脉高压等, 造成胃底或食管静脉曲张破裂, 因而通常合并消化性溃疡发生, 容易引起黏膜病变, 增加食管静脉曲张风险, 甚至可能转化为胃癌, 因此需要积极治疗^[2]。以往对该病主要是选择止血药、黏膜保护剂等口服或静脉给药, 但是受药物起效时间限制, 总体效果不够理想。近年来, 随着消化内镜技术的不断发展, 使用电子内镜辅助诊断和治疗上消化道出血, 取得了很好的成效。通过内镜探头能够直接观察上消化道肠壁部位清晰观察和了解出血位置、黏膜病变等情况, 实现了对疾病更为及时、准确的诊断, 为后续的对症治疗提供了依据。另外, 内镜关联器械能够直接携带药物, 对出血病灶直接发挥作用, 并观察具体的止血情况, 实现了短时间内快速有效的止血, 无需盲目手术^[3]。与传统方法相比, 利用消化内镜治疗上消化道出血, 总体效果更为显著。

综上所述, 在上消化道出血患者的治疗中, 采取消化内镜配合药物治疗的方案, 能够使出血得到更有效的控制, 改善患者生存质量, 效果十分理想。

参考文献:

[1] 庄李磊, 王海英, 童秀平等. 消化内镜治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床效果[J]. 中国药物与临床, 2019, 28(17): 115-116.

[2] 金丽雯, 胡君伟, 王森等. 内镜下金属钛夹治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床效果分析[J]. 中国医疗设备, 2020, 35(1): 3-3.

[3] 刘小娟, 文武. 内镜治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床效果及安全性分析[J]. 现代医学, 2020, 48(3): 39-42.

作者简介: 张利军, 男, 籍贯: 山东莘县欢城镇。出生: 1985-10。职称: 主治医师, 本科。研究方向: 临床内科 (消化内科)