

# 消化内镜下治疗上消化道出血后再出血的危险因素及预防措施

李亚琳

云南省昆明市寻甸县中医医院 云南寻甸 655200

**〔摘要〕**目的 对上消化道出血经消化内镜下治疗后再出血的危险因素进行分析,并提出有效预防对策。方法 选择的 85 例患者均为 2017 年 10 月至 2019 年 12 月收治的上消化道出血患者,都接受消化内镜下治疗,按照有无再次出血分为 2 组,记录患者再出血的影响因素,如血小板、内镜下活动性出血以及尿素氮水平等。结果 两组在性别、年龄方面处理没有显著区别 ( $P>0.05$ );再出血组休克、内镜下活动性出血、出血量、尿素氮均比未再出血组高 ( $P<0.05$ );再出血组血小板、血红蛋白水平均比未再出血组小 ( $P<0.05$ )。结论 上消化道出血经消化内镜下治疗后再出血的危险因素主要有休克、内镜下活动性出血、出血量、尿素氮、血小板、血红蛋白等,对危险因素加强防护,一定情况下可及早手术,避免耽误病情。

**〔关键词〕**消化内镜;上消化道出血;再出血;危险因素;预防对策

**〔中图分类号〕**R573.2 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2020)10-048-02

上消化道出血属于常见的一种急症,通常借助消化内镜止血,有一定临床效果,但依然不能达到理想的状态。于内镜下止血后一般会出现再出血的情况,占 10-30% 左右<sup>[1]</sup>。再出血是导致上消化道出血患者死亡的关键因素,因此,对上消化道出血再出血危险因素充分了解,并立即科学处理,对挽救患者的生命有积极影响<sup>[2]</sup>。现对上消化道出血经消化内镜治疗后再出血的危险因素与防范对策予以分析:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择的 85 例患者均为 2017 年 10 月至 2019 年 12 月收治的上消化道出血患者,都接受消化内镜下治疗,按照有无再次出血分为 2 组,再出血 33 例患者中,有男性 21 例,女性 12 例,活动性渗血 20 例,动脉喷血 7 例,血管渗漏 6 例。未再出血组 52 例患者中,有男性 33 例,女性 19 例,活动性渗血 33 例,动脉喷血 11 例,血管渗漏 8 例。处理两组出血类型等无明显不同 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

全部患者都予以消化内镜观察,并借助冷生理盐水有效冲洗。按照出血情况,在消化内镜辅助下借助药物或套扎的方式止血,对出血点有效探寻,借助止血夹完全止血;针对溃疡者而言,在溃疡附近将 1-2ml 的肾上腺素注射,总量不能大于 12ml,于血管

残端将 1% 的硬化剂注射。治疗完成后观察 5 分钟,再次确定止血后可停止手术,指导患者术后 24 小时禁止饮食,对水电解质紊乱有效纠正,采用抑酸药物,如果 24 小时没有再出血情况可给予流质食物,慢慢过渡到普食,术后 7 天没有再次出血,就可以判定为出血停止。倘若 1 周内出现再出血,再开展消化内镜检查并予以有效止血,患者 2 天的出血量超过 1000ml 需马上予以外科手术治疗。

### 1.3 观察指标

记录患者再出血的影响因素,如血小板、内镜下活动性出血、血小板以及尿素氮水平等。

### 1.4 统计学

予以 SPSS21.0 处理,计数资料(如内镜下活动性出血以及性别等)、计量资料(如血红蛋白以及尿素氮等)、检验分别为  $\chi^2$ 、t、 $P<0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

两组在性别、年龄方面处理没有显著区别 ( $P>0.05$ );再出血组休克、内镜下活动性出血、出血量、尿素氮均比未再出血组高 ( $P<0.05$ );再出血组血小板、血红蛋白水平均比未再出血组小 ( $P<0.05$ )。见下表 1:

表 1: 在出血组与未出血组患者相关因素分析

分组	男/女	年龄 (岁)	休克 (n)	内镜下活动 性出血 (n)	出血量 (ml)	血小板 ( $\times 10^9$ )	血红蛋白 (g/L)	尿素氮 (mmol/L)
再出血组 (n=33)	21/12	56.28±5.36	8	15	243.26±94.25	106.36±34.26	87.06±7.53	18.26±4.63
未再出血组 (n=52)	33/19	57.06±5.53	1	11	126.25±59.35	156.36±44.25	104.36±8.86	10.43±6.15
$\chi^2/t$ 值	0.0003	0.2919	10.6229	5.6150	7.0323	5.5212	9.2843	6.2679
P 值	0.9870	0.5555	0.0011	0.0178	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

## 3 讨论

在不同类型上消化道炎症、溃疡以及糜烂导致的出血中,消化内镜检查都比较适合运用,在消化道息肉摘除手术导致的出血以及全身性疾病导致应激性消化道大出血等情况下消化内镜检查也比较适用<sup>[3]</sup>。上消化道出血通常于上消化道疾病与全身性疾病等导致的,主要病因有胃十二指肠溃疡、急性胃粘膜病变、恶性肿瘤、胆道出血等。内镜下凝血酶局部喷洒,去甲肾上腺素止血的效果显著,具有设备简单、经济性强以及便于床旁开展等多种优势,其是对上消化道出血治疗的首选治疗方法。消化内镜避免盲目探查手术增加患者痛苦与治疗费用,使其得到及时有效的治疗,使治疗时间缩短,减少大出血致死情况,在基层医院适合运用<sup>[4]</sup>。

消化内镜对上消化道出血治疗后再出血十分常见,需进行密切观察与有效治疗,才可确保其生命安全<sup>[5]</sup>。本研究发现:两组

在性别、年龄方面处理没有显著区别;再出血组休克、内镜下活动性出血、出血量、尿素氮均比未再出血组高;再出血组血小板、血红蛋白水平均比未再出血组小,说明出血量、尿素氮、血小板、血红蛋白等是导致消化道出血经消化内镜治疗后再出血的危险因素,临床需对此类患者重点观察,谨慎处理出血部位,保证一次性止血成功,术后密切观察,如再出血需马上救治。

总而言之,上消化道出血经消化内镜治疗后再出血的危险因素较多,主要有内镜下活动性出血、出血量、尿素氮、血小板以及血红蛋白等,临床对其加强防护,条件允许可及早手术,防止延误患者病情。

### 〔参考文献〕

[1] 罗强勇. 消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素 (下转第 50 页)

及其轴索因各种原因所致的传导阻碍的疾病, 根据眼底表现及视神经损害的部位可分为原发性、继发性、上行性三种<sup>[2]</sup>, 临床表现为视力降低, 视盘苍白或灰白或淡黄, 视野减小, 最终可致失明。根据视盘不同程度的苍白或灰白、淡黄色, 结合视力, 视野, VEP 等不难诊断, 因其发病率高, 致残率高, 病程长, 疗效差, 预后差, 严重影响人们生活质量, 受到眼科界的高度重视<sup>[3]</sup>。

由于视神经萎缩不是一个单独的疾病, 可由多种疾病引起, 病因不同其预后亦存在差异, 因此临床诊断及治疗需要查找导致萎缩的具体病因, 发病原因复杂多样多受炎症、压迫、缺血、外伤、遗传等因素的影响且在临床上多有报道, 梅毒性眼病可以是梅毒唯一临床表现, 包括基质性角膜炎、葡萄膜炎及视神经病变, 其中葡萄膜炎常见, 视神经病变最少见。报道了许多梅毒引发的葡萄膜炎, 但以视神经萎缩为唯一表现的梅毒相关文献较亦罕见。

梅毒性视神经萎缩, 罕见, 表现为急性或亚急性起病的视力下降, 早期眼底检查可无视神经萎缩, 亦可出现视盘水肿或就诊时已经出现视神经萎缩, 神经梅毒的早期病理改变为脑脊膜的炎症反应和小动脉的血管内膜炎。包裹视神经的神经鞘膜由三层脑膜延续而来, 因此脑脊膜梅毒常会侵犯视神经, 引起视神经组织的炎症反应、变性病变并侵及营养视神经的血管, 导致血管腔狭窄、闭塞, 引起视神经缺血性改变, 甚至导致视神经周围炎、视神经视网膜炎、视神经萎缩、视野进行性缩小或扇形缺损, 最后甚至失明<sup>[4]</sup>。梅毒可完全治愈, 但神经细胞是不可再生细胞, 因此视神经萎缩即使除了损害因素也不可能恢复正常功能, 视神经萎缩的临床诊疗意义在于发现导致萎缩的病因, 对症治疗。

本例在外院未发现梅毒, 仅按照一般的视神经萎缩诊治, 可能是由于患者以视力受损为首发症状, 视神经损害为主要表现, 梅毒的临床症状及体征不明显, 临床极少见, 加之对神经梅毒认识不足, 未仔细鉴别诊断及查体, 诊断思维局限, 考虑常见病、多发病, 而接诊医生警惕性不高, 而神经梅毒的治疗首选青霉素, 导致患者预后不良。本例若在疾病早期确诊并予相关治疗, 其双眼视力有望恢复, 因患者发病 1 年后方得以确诊及治疗, 贻误了最佳治疗时机, 致双眼视力恢复不甚理想。建议临床医务人员再遇到未明原因的视神经萎缩, 疗效欠佳者, 要考虑到神经梅毒的可能, 完善相关医技检查, 仔细鉴别诊断, 尽早确诊, 及时予以对症治疗, 改善预后。

[参考文献]

[1] 康少红, 高勇安, 王晓瑞, 殷敬喜. 梅毒性脑损害磁共振征象分析[J]. 临床放射学杂志, 2012, 31(11):1539-1542.  
 [2] 张彬. 视神经萎缩的诊断及“四穴八针”治疗视神经萎缩的介绍[A]. 世界中医药学会联合会、中华中医药学会. 世界中医药学会联合会第二届眼科年会中华中医药学会第十次中西医结合眼科学术大会论文集汇编[C]. 世界中医药学会联合会、中华中医药学会: 中华中医药学会, 2011:4.  
 [3] 饶宁. 不同病因视神经萎缩中西医结合治疗的临床疗效[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(23):56-58.  
 [4] 薛建中, 项晓丽. 视神经损害为唯一表现的神经梅毒 8 例分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(0):34-35

(上接第 45 页)

且组间差异明显, 统计学分析显示  $P < 0.05$ , 李斌<sup>[5]</sup>的研究结果与此有一定的相似度。

由上述分析可以看出, 平片无张力疝修补术在治疗腹股沟疝气中安全、有效, 此术式值得在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 罗剑. 平片无张力疝修补术与充填式无张力疝修补术在腹股沟疝气患者中的疗效对比[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(09):79-80.

[2] 黄坤. 疝环填充式与平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝患者的临床观察[J]. 中国药物经济学, 2016, 011(009):112-114.  
 [3] 陆海涛. 对比疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效[J]. 中国医药指南, 2016, v.14(03):35-36.  
 [4] 包东泉. 疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝临床疗效观察[J]. 医药前沿, 2016, 6(31):203-204.  
 [5] 李斌. 充填式无张力与平片无张力疝修补术在腹股沟疝气治疗中的临床效果分析[J]. 中国保健营养, 2016, 026(021):91-92.

(上接第 46 页)

提升急性卒中中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果, 故采用早期综合康复治疗对患者进行治疗是非常有必要的<sup>[5]</sup>。

[参考文献]

[1] 赵亮, 胡亚军, 朱江, 等. 老年急性卒中中偏瘫患者早期康复介入与并发症的关系[J]. 中国老年学杂志, 2015, 000(003):801-802.  
 [2] 梁友云, 张文静, 史红菊. 老年急性卒中中偏瘫患者

早期康复介入与疗效的关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2015(24):2711-2713.  
 [3] 段淑娟. 65 例急性卒中中偏瘫患者早期综合康复疗效分析[J]. 中国保健营养, 2016, 26(003):395-396.  
 [4] 张姗姗. 对卒中中偏瘫患者进行综合性神经康复治疗临床效果评价[J]. 求医问药, 2018, 16(5):116-117.  
 [5] 陈波. 早期部分减重步行训练与康复治疗用于卒中中偏瘫患者中的临床效果[J]. 饮食保健, 2019, 006(007):59-60.

(上接第 47 页)

综上所述, 超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗白内障效果理想, 值得推广和应用。

[参考文献]

[1] 王晓明, 郑秀华, 高传晶, 等. LASIK 术后行飞秒激光辅助的白内障超声乳化摘除联合多焦点人工晶状体植入术一例[J]. 中华实验眼科杂志, 2018, 036(009):P.681-682.  
 [2] Liu Q, Wang X, Zhang S. Visual quality observation of

clear lens extraction by ultrasonic phacoemulsification and intraocular lens implantation in a child with microspherophakia: A case report[J]. Medicine, 2020, 99(34):e21937.  
 [3] 潘绍新. 过熟期白内障超声乳化摘除联合人工晶状体植入术中二次撕囊法的疗效及其安全性评价[J]. 中华实验眼科杂志, 2018, 036(003):P.227-230.  
 [4] 潘宿, 谭浅, 宋伟涛, 等. 白内障超声乳化联合人工晶体植入术后主导眼的转换规律[J]. 中南大学学报(医学版), 2018, 43(10):69-77.

(上接第 48 页)

分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(1):29.  
 [2] 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.  
 [3] 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.  
 [4] 甘育林, 李建华, 况洪娟. 内镜套扎治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析[J]. 微创医学, 2018, 13(6):763-765.  
 [5] 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.