

急性非静脉曲张性上消化道出血急诊胃镜及临床因素分析

徐祖胜¹, 冯亚东²

(¹南京十四所医院内科, 江苏 南京 210013; ²南京医科大学第一附属医院消化内科, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:分析急性非静脉曲张性上消化道出血患者的胃镜检查结果,探讨急性非静脉曲张性上消化道出血患者发病的高危因素。方法:回顾性分析总结 135 例急性非静脉曲张性上消化道出血患者的临床特点、急诊胃镜检查结果和疾病转归。对不同年龄段的上消化道出血患者进行分层分析,并探讨可能的危险因素。结果:135 例中男 73 例,女 62 例;平均年龄(52.17 ± 14.99)岁。胃镜检查引起出血的病因依次为消化性溃疡、糜烂性出血性胃炎、上消化道恶性肿瘤。分层分析提示 40 岁以下患者消化性溃疡引起的出血发病比例较高,40 岁以上消化道恶性肿瘤引起的出血发病率上升。幽门螺杆菌感染和 NSAID 药物是发病的致病危险因素。内科治疗有效率为 91.85%。结论:对于急性非静脉曲张性上消化道出血的患者,行急诊胃镜检查有助于病因的诊断和疾病预后的判断,必要时可以行急诊胃镜下止血治疗。

[关键词] 非静脉曲张性上消化道出血;胃镜检查;危险因素

[中图分类号] R573.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)10-1417-03

急性非静脉曲张性上消化道出血是常见的临床急症之一,部分患者出现消化道大量出血,发病率以及病死率仍较高^[1-2]。对于急性非静脉曲张性上消化道出血病例,急诊胃镜能够迅速作出诊断并进行有效的治疗,对于判断患者的预后有一定的帮助。为进一步分析探讨急性非静脉曲张性上消化道出血的可能病因以及危险因素,现将本院 135 例急性非静脉曲张性上消化道出血患者的急诊胃镜检查结果以及发病因素回顾性分析总计并报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

自 2008 年 9 月~2012 年 2 月,以上消化道出血入住本院的患者共计 145 例。纳入急诊胃镜的标准为:年龄 ≤ 80 岁;血压 ≥ 90/60 mmHg;HB ≥ 70 g/L。排除标准为年龄 > 80 岁;失血性休克患者;低血压;HB < 70 g/L;妊娠期妇女;肝肾功能不全者;存在精神疾患患者。所有符合急诊胃镜的患者在入院 24~48 h 内行急诊胃镜检查。符合急诊胃镜检查的患者共计 135 例,所有患者急诊胃镜术前均无活动性上消化道出血表现并予禁食、禁饮;术前准备包括血常规、凝血功能以及肝肾功能,术前签署胃镜检查知情同意书。

1.2 方法

胃镜检查采用 Olympus GIF-V70 型电子胃镜,所有胃镜检查均由熟练的胃镜诊疗医生完成(完成

胃镜总量 > 2 000 例)。疑诊恶性肿瘤的病变均予活检送检病理检查。长期口服阿司匹林的患者暂缓行内镜下活检以及内镜下止血治疗。内镜下大量活动性出血而无法行内镜下止血的患者转外科手术。对于病情平稳的患者,仔细询问病史并采用 ¹³C 呼气试验进行幽门螺杆菌检测,评估上消化道出血的危险因素。

1.3 统计学方法

所有数据均采用 SPSS16.0 统计学软件进行卡方检验,以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃镜检查结果

135 例接受急诊胃镜检查的患者中,男 73 例,女 62 例;其中 < 40 岁 39 例,男 18 例,女 2 例;> 40 岁 96 例,男 55 例,女 41 例;平均年龄 52.17 ± 14.99 (22~79)岁。其中呕血 42 例、黑便 59 例、呕血合并黑便 34 例。消化道出血失血量 < 200 ml 59 例;消化道出血失血 200~500 ml 55 例;消化道出血量 > 500 ml 21 例。剔除的 10 例患者中 80 岁以上 6 例;存在严重失血性休克 3 例;精神疾患 1 例。

135 例中,胃镜诊断胃溃疡 31 例,十二指肠球部溃疡 37 例,糜烂性出血性胃炎 26 例,复合性多发性溃疡 4 例,胃癌 17 例,食管癌 4 例,贲门黏膜撕裂 5 例,胃恒径动脉破裂出血 1 例,食管炎 1 例,胃黏膜相关性淋巴瘤(MALT)2 例,胃间质瘤出血 2

例,胃癌术后吻合口出血4例,胃淋巴瘤1例。所有患者临床胃镜检查资料见表1。

表1 135例患者临床胃镜资料

患者	例数
临床表现	
呕血	42
黑便	59
呕血伴黑便	34
出血量估计	
< 200 ml	59
200~500 ml	55
> 500 ml	21
胃镜诊断	
胃溃疡	31
十二指肠球部溃疡	37
糜烂性出血性胃炎	26
复合性多发性溃疡	4
胃癌	17
食管癌	4
贲门黏膜撕裂	5
胃恒径动脉破裂出血	1
食管炎	1
MALT	2
胃间质瘤	2
吻合口出血	4
胃淋巴瘤	1

2.2 胃镜检查结果年龄分层分析

40岁以上患者胃癌发生率明显增高,为了明确不同年龄段的患者上消化道出血的可能病因,本文对135例患者进行年龄分层分析(表2)。40岁以下上消化道出血患者中,消化性溃疡占66.7%,胃癌以及食管癌占7.7%,在40岁以上的患者中,消化性溃疡占47.9%,而上消化道恶性肿瘤发病率较高,胃癌、食管癌、MALT以及胃间质瘤共计占患者总数21.8%。进一步分层分析两组患者的胃镜检查结果,两组患者消化性溃疡引起的上消化道出血的组间差异有统计学意义,而上消化道恶性肿瘤、糜烂性出血性胃炎以及其他病变引起的上消化道出血两组间无明显差异。

2.3 上消化道出血高危致病因素分析

本组研究胃镜检查中,消化性溃疡、糜烂性出血占很大比例。幽门螺杆菌感染、吸烟、饮酒、NSAID药物等可能的高危致病因素在这些病变中可能发挥作用。本组上消化道出血患者中,消化性溃疡以及糜烂性出血性胃炎患者共计94例,有幽门螺杆菌

(*Helicobacter pylori*, HP)感染者26例,长期吸烟者16例,长期大量饮酒者19例,长期使用NSAID药物者22例,无明显危险因素者11例。年龄因素分层分析表明(表3),在40岁以下患者中,HP感染是上消化道出血的高危因素,而在40岁以上患者中,HP感染以及NSAID药物均可能是重要的高危致病因素,两组间比较差异有统计学意义。

2.4 临床疗效分析

患者入院后药物治疗包括抑酸、药物止血等治疗。术中对于活动性出血病灶采用内镜下治疗,包括8%冰生理盐水去甲肾上腺素溶液喷洒、1:1 000高渗盐水肾上腺素溶液黏膜下注射等方法进行止血、金属夹夹闭血管性出血性病损等。本组患者中124例经内科治疗消化道出血停止,总体治疗有效率91.85%,其中81例经药物治疗后出血停止,43例在药物治疗期间再次出现呕血,经急诊胃镜止血。11例药物治疗以及内镜下治疗,仍存在活动性消化道出血,胃恒径动脉出血1例,胃底间质瘤出血1例转外科手术,服用阿司匹林2例,3例胃癌术后吻合口病变复发出血,4例胃溃疡Forrest Ia、Ib出血患者,转外院治疗。针对上述11例进行Rockall评分^[3],所有患者评分均 ≥ 4 分,提示为上消化道出血的高危人群。

3 讨论

目前急性非静脉曲张性上消化道出血发病率和病死率仍较高,据报道,急性非静脉曲张性上消化道出血患者的年病死率约为6%~10%^[2]。在药物治疗方面,以质子泵抑制剂(PPIs)为代表的药物能有效治疗急性非静脉曲张性上消化道出血并降低再出血的风险,然而急诊胃镜检查十分重要。急诊胃镜检查时间一般选择在入院后24~48 h,这部分患者经治疗后消化道出血初步得到控制,也为胃镜检查创造了有利条件。急诊胃镜检查不仅能够明确出血原因并对出血病灶进行评估^[3],而且急诊胃镜术中的止血治疗如、局部喷洒止血药物、止血夹夹闭出血病灶等止血措施对于局部病灶的止血效果非常有效^[4]。

常见的非静脉曲张性上消化道出血的原因可能有消化性溃疡、上消化道肿瘤、急慢性上消化道黏膜炎症、血管畸形等。在本组研究中,所有引起患者上消化道出血的病因中,消化性溃疡仍占首位(68/135,50.37%),其次为糜烂性出血性胃炎(26/135,19.25%)和上消化道肿瘤(11/135,8.14%),其他原因引起的非静脉曲张性上消化道出血较少,与

表 2 135 例上消化道出血患者的不同年龄组分层分析
[n(%)]

病变	年龄		χ^2 值	P 值
	≤40 岁	>40 岁		
消化性溃疡	26(66.7)	46(47.9)	3.917	0.048
胃溃疡	12(30.8)	19(19.8)		
十二指肠球部溃疡	14(35.9)	23(24.0)		
复合性溃疡	0(0)	4(4.2)		
糜烂性出血性胃炎	4(10.3)	22(22.9)	2.859	0.091
上消化道恶性肿瘤	5(13.9)	21(21.8)	1.462	0.227
胃癌	2(5.1)	15(15.6)		
食管癌	1(2.6)	3(3.1)		
胃间质瘤	0(0)	2(2.1)		
胃淋巴瘤	1(2.6)	0(0)		
MALT	1(2.6)	1(1.0)		
其他	4(10.3)	7(7.3)	0.105	0.902
贲门黏膜撕裂	2(5.1)	3(3.1)		
胃恒径动脉破裂出血	1(2.6)	0(0)		
食管炎	1(2.6)	0(0)		
吻合口出血	0(0)	4(4.2)		
合计	39(100)	96(100)		

表 3 上消化道出血高危致病因素分层分析 (例)

高危致病因素	年龄		χ^2 值	P 值
	≤40 岁	>40 岁		
HP 感染	12	14	10.552	0.032
吸烟	6	10		
饮酒	7	12		
NSAID 药物	1	21		
无明显因素	4	7		
合计	30	64		

文献报道一致^[2]。本文针对不同年龄段的患者进行分析,发现在 40 岁以下的患者中,消化性溃疡引起的急性非静脉曲张性上消化道出血比例较高,达到 66.7%,在 40 岁以上患者中,消化性溃疡患者仍占很高的比例,但上消化道恶性肿瘤引起的发病率增高,因此对病情基本稳定的非静脉曲张性上消化道出血患者及时进行胃镜检查十分必要。本组患者中,常规应用奥美拉唑静滴止血,经综合治疗后,大部分患者预后良好,提示静脉使用 PPIs 联合内镜下止血治疗具有满意的疗效^[5]。

在本研究中,消化性溃疡引起的急性非静脉曲张性上消化道出血占很大的发病比例,鉴于幽门螺杆菌和 NSAID 药物是引起消化性溃疡的重要危险因素^[6]。本文对消化性溃疡的患者进行进一步分层分

析,发现在 HP 感染和 NSAID 药物使用是引起急性非静脉曲张性上消化道出血的危险因素,40 岁以下患者中,HP 感染的作用更为明显。有文献报道^[4,6-7],HP 感染和长期使用 NSAID 药物,使急性非静脉曲张性上消化道出血的发病率明显增高,最高可以达到 20.83 倍^[6],因此有效根除 HP 感染以及避免长期使用 NSAID 药物对于防治急性非静脉曲张性上消化道出血可能具有重要意义。

本组研究中,91.85% 的患者经治疗后预后良好。一部分因治疗效果不佳行手术治疗或转院治疗,该部分患者存在较高的 Rockall 评分,存在再出血的高危因素,预后不佳,所以急诊胃镜检查有助于患者出血性病灶的判断。本文的体会是,对于急性非静脉曲张性上消化道出血的患者,应首先接受以 PPIs 为基础的药物治疗,然后行急诊胃镜检查,必要时联合急诊胃镜止血治疗。

[参考文献]

- [1] 中华内科杂志编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志, 2005, 44(1): 73-76
- [2] 中华内科杂志编委会, 中华消化杂志编委会, 中华消化内镜杂志编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南[J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 26: 449-452
- [3] Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage [J]. Gut, 1996, 38: 316-321
- [4] Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer [J]. N Engl J Med, 2008, 359: 928-937
- [5] Leotiadis GI, Sreedharan A, Dorward S, et al. Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding [J]. Health Technol Assess, 2007, 11(iii-ivL): 1-164
- [6] Papatheodoridis GV, Sougioultzis S, Archimandritis AJ. Effects of *Helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drugs on peptic ulcer disease: a systematic review[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2006, 4: 130-142
- [7] Tsesmeli NE, Kotsaftis PS, Savopoulos CG, et al. Incidence and etiology of acute non-malignant upper gastrointestinal bleeding in northern Greece [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22: 1009-1013

[收稿日期] 2012-04-29