

内镜下止血夹联合静脉推注奥美拉唑治疗消化性 溃疡并出血的效果评价^①

苏建伟^{1,2}, 周喜汉¹, 蒋旗¹, 黄桂柳¹, 覃月秋¹, 韦素雨¹, 苏群英¹

(1. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000 E-mail: 121147318@qq.com;

2. 右江民族医学院研究生学院, 广西 百色 533000)

摘要: **目的** 探讨内镜下止血夹联合静脉推注奥美拉唑治疗消化性溃疡并出血的临床效果。**方法** 选取自2015年1月—2016年1月在我院消化科住院治疗消化性溃疡并出血患者90例,入院后随机分为两组,观察组患者50例,对照组患者40例,其中只进行静脉推注奥美拉唑治疗处理的患者为对照组;采用内镜下止血夹联合静脉推注奥美拉唑处理的患者为观察组。观察并比较两组患者治疗期间的止血时间、再出血情况和止血效果。**结果** 观察组止血总有效率显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组止血所用时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组再出血率(8.00%)明显低于对照组(22.50%),但差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 采用奥美拉唑和内镜下止血夹联合治疗消化性溃疡并出血效果优于单独使用静脉推注奥美拉唑,具有止血有效率高,止血时间短等优点,值得推广和使用。

关键词: 止血夹;奥美拉唑;消化性溃疡;出血

中图分类号: R573.1

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2017)02-0102-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.02.005

临床常见的消化性溃疡,常发生于胃及十二指肠,故又称胃、十二指肠溃疡^[1]。患者临床表现为上腹疼痛、烧心、恶心、呕吐、呕血、解黑便等症状,会造成消化道出血,若治疗不及时可危及生命,消化性溃疡并出血的发病率逐年升高,提高消化性溃疡并出血的治疗水平已刻不容缓^[2]。本研究比较单纯奥美拉唑治疗和奥美拉唑与内镜下止血夹联合治疗哪种效果更佳,为消化性溃疡并出血患者临床治疗提供参考依据,现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取自2015年1月—2016年1月在我院消化科住院治疗的消化性溃疡并出血患者90例,入院后随机分为两组,两组患者经胃镜检查确诊溃疡直径达到0.4~2.2 cm的消化性溃疡并出血,且未发生癌性溃疡和多发性溃疡,无奥美拉唑过敏史。观察组50例,其中男性35例,女性15例,年龄25~66周岁,平均(41.2±4.3)岁;患病部位:25例胃溃疡患者,15例十二指肠溃疡患者,10例复合型溃疡患者;出血次数:31例初次出血,19例多次出血;病情程度:22例轻度,17例中度,11例重度;病因:19例患者因幽门螺

杆菌感染引起,13例患者因胃酸分泌过多引起,18例患者因饮食失调引起。对照组40例,其中男性23例,女性17例,年龄24~63岁,平均(40.2±3.6)岁;患病部位:22例胃溃疡,11例十二指肠溃疡,7例复合型溃疡;出血次数:28例初次出血,12例多次出血;病情程度:15例轻度,17例中度,8例重度;病因:13例患者因幽门螺杆菌感染引起,11例患者因胃酸分泌过多引起,16例患者因饮食失调引起。本研究方法及步骤已详细告知患者,患者知情并同意配合此次研究,提供真实数据及资料,签署知情同意书。两组患者性别、年龄、患病部位、初次出血例数、多次出血例数、病因、病情严重程度等资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 观察组患者采用内镜下止血夹(型号:CLIP MD 850)和静脉推注奥美拉唑(四川科伦药业股份有限公司,国药准字:H20056108,规格:40 mg/支)联合疗法,静脉注射奥美拉唑40 mg/次,2次/d,治疗7 d。内镜下止血夹操作步骤:①止血夹持放器通过内镜活检通道置入,金属钛夹缓慢伸出至出血部位,然后对准出血部位两端,夹闭止血后未再有血液流出,以上

① 基金项目:广西高校重点实验室开放课题(kfkt2016010);2016年广西研究生教育创新计划项目(YCSZ2016007)

操作步骤重复多次,直到止血;②喷洒导管通过内镜活检通道置入,将生理盐水喷洒到溃疡处,确认钛夹是否已完成止血。对照组采用单独静脉注射奥美拉唑 40 mg/次,2次/d,治疗7 d。护士记录治疗期间患者止血时间、效果和再出血情况。

1.3 观察指标及疗效评定标准 ①止血效果的评定标准^[3]:显效:患者溃疡消失,3 d内无活动性出血,达到出血停止指征(无呕血或者黑便现象,大便成形且转为黄色,连续3次大便潜血阴性或者弱阳性,生命体征稳定,血红蛋白、红细胞计数稳定);有效:溃疡面缩小50%以上,用药后3 d~5 d内无活动性出血,达到止血指标。无效:溃疡无变化或缩小不到50%,5 d后仍有活动性出血,仍解黑便,达不到显效指标。总有效率=(总病例数-无效病例数)/总病例数×100%;②止血时间;③再出血情况,计算再出血发生率。

1.4 统计学方法 数据用SPSS 18.0软件分析处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分率表示,两组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者止血总有效率比较 观察组止血效果(显效、有效、无效、总有效率)明显优于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$),见表1。

表1 两组患者止血总有效率比较 (n,%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	21(52.50)	11(27.50)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	50	45(90.00)	4(8.00)	1(2.00)	49(98.00)
χ^2		15.980	6.084	6.125	6.125
P		<0.001	0.014	0.013	0.013

2.2 两组患者止血时间及再出血情况比较 观察组止血时间明显短于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组再出血例数比对照组少,但两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表2。

表2 两组患者止血时间及再出血情况

组别	n	止血时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	无再出血 (n,%)	有再出血 (n,%)
对照组	40	6.5±2.4	31(77.50)	9(22.50)
观察组	50	2.3±1.2	46(92.00)	4(8.00)
t/χ^2		10.104	3.781	
P		<0.05	0.052	

3 讨论

目前认为,消化性溃疡的主要病因为幽门螺杆菌感染、非甾体类药物、生活压力的增加、节奏的加快、饮食不规律等引起,发生率逐年升高^[4]。由于为常见病,未引起社会及民众重视,且病因复杂,故症状常被忽略,导致失血过多继而休克或危及生命。消化内科专家研究表明,胃黏膜屏障减弱和胃泌素分泌增多导致胃溃疡发生,壁细胞分泌胃酸增多导致十二指肠溃疡发生。胃酸是消化性溃疡的致病的主要因素,此外,胃蛋白酶也非常重要。消化性溃疡治疗不及时会产生并发症,如出血、穿孔、癌变等。胃镜检查发现溃疡所呈现的形状,多为圆形、椭圆形或者线形,黏膜充血、水肿等表现常发生在溃疡周围^[5]。胃镜检查,消化性溃疡并出血多表现为喷血、渗血、血管裸露等状态。

一般早期单纯消化性溃疡不需要做手术,若合并出血则应立即住院治疗。临床上消化性溃疡并出血的主要治疗方法有90%左右的患者是通过抑酸药物治疗和10%的左右患者经手术治疗^[6]。奥美拉唑是第一代质子泵抑制剂,主要是通过阻断胃分泌的末期,实现抑制胃酸分泌的作用,保护胃黏膜^[7]。在内镜下注射奥美拉唑治疗消化性溃疡活动性出血,可达到止血效果^[8-10]。

根据临床报告,质子泵抑制剂对动脉血管破裂活跃消化性溃疡出血的止血效果差,相比之下,内镜下止血夹可针对性、准确地止血,且不容易复发。用止血夹夹闭后病变部位的炎性肉芽组织形成,大约半个月后金属夹可以通过体外消化道脱落,避免患者手术治疗。晋颖^[5]采用奥美拉唑(40 mg,2次/d,治疗1周)联合内镜下止血夹治疗消化性溃疡并出血患者31例,止血总有效率为96.77%,止血时间为(1.8±1.2)d。本次研究结果为观察组止血总有效率为98.00%,止血时间为(2.3±1.2)d,与晋颖的研究结果^[5]相似。

综上所述,通过两种方法治疗消化性溃疡的患者三个指标比较发现,治疗消化性溃疡并出血采用奥美拉唑与内镜下止血夹联合使用效果比单独使用静脉推注奥美拉唑治疗效果要好。内镜下止血夹和奥美拉唑联合治疗具有止血时间短、效果好、不易造成再出血等情况发生。因此,临床上奥美拉唑和内镜下止血夹联合使用治疗消化性溃疡并出血可以推广和使用。

参考文献:

- [1] 吴汉周,袁海峰,黄适,等.内镜治疗与药物治疗黏附血凝块的消化性溃疡出血的疗效对比[J].世界华人消化杂志,2016,24(5):796-800.

- [2] 刘文忠. 消化性溃疡出血患者的处理[J]. 胃肠病学, 2016, 21(1):1-5.
- [3] 吴富详, 梁少霞. 注射用泮托拉唑钠治疗消化性溃疡并出血的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2012, 10(8):490-491.
- [4] 杨洪伟, 徐世琴, 黄林, 等. 无痛内镜下止血联合大剂量奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(2):178-180.
- [5] 晋颖. 奥美拉唑联合内镜下止血夹治疗消化性溃疡并出血的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(4):624-625.
- [6] 吴玉芳, 阮景军, 时昭红, 等. 奥美拉唑联合内镜下金属夹治疗消化性溃疡活动性出血的疗效观察[J]. 内科急危重症杂志, 2005, 11(5):218-219.
- [7] 李瑜元, 沙卫红, 聂玉强, 等. 内镜与药物治疗对消化性溃疡并出血疗效与耗费对比[J]. 广州医药, 2000, 31(6):1-4.
- [8] 仝东蒙. 大剂量奥美拉唑治疗消化性溃疡合并消化道出血的临床效果分析[J]. 大家健康(学术版), 2015, 9(24):139.
- [9] 王智慧, 邝文超, 范月秀, 等. 消化内镜治疗消化道出血的临床效果[J]. 中国当代医药, 2015, 22(33):35-37.
- [10] 周继生, 李宝金. 内镜和奥美拉唑治疗急性上消化道大出血的成本-效果分析[J]. 岭南急诊医学杂志, 2013, 18(6):453-454.

收稿日期:2016-12-18;修回日期:2017-02-10

(上接第101页)

参考文献:

- [1] 姜伟, 王卫萍. 不同浓度左布比卡因腰麻对老年下肢骨折病人的应用比较[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(4):455-456.
- [2] 韦国温, 赵建立, 黄伟. 舒芬太尼复合小剂量罗哌卡因在腰麻中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2010, 32(5):711-712.
- [3] 任慧娟, 廖荣宗, 彭键泓, 等. 不同剂量轻比重布比卡因对高龄患者单侧蛛网膜下隙阻滞特征的影响[J]. 广东医学院学报, 2016, 34(5):514-516.
- [4] Kilinc LT, Sivrikaya GU, Eksioğlu B, et al. Comparison of unilateral spinal and continuous spinal anesthesia for hip surgery in elderly patients[J]. Saudi J Anaesth, 2013, 7(4):404-409.
- [5] Chohan U, Afshan G, Hoda MQ, et al. Haemodynamic effects of unilateral spinal anesthesia in high risk patients [J]. J Pak Med Assoc, 2002, 52(2):66-69.
- [6] Apaydin Y, Erk G, Sacan O, et al. Characteristics of unilateral spinal anesthesia at different speeds of intrathecal injection [J]. J Anesth, 2011, 25(3):380-385.
- [7] Diallo T, Dufeu N, Marret E, et al. Walking in PACU after unilateral spinal anesthesia a criteria for hospital discharge: a 100 outpatient survey [J]. Acta Anaesthesiol Belg, 2009, 60(1):3-6.
- [8] Taivainen T, Tuominen M, Rosenberg PH, et al. Influence of obesity on the spread of spinal analgesia after injection of plain 0.5% bupivacaine at the L₃₋₄ or L₄₋₅ interspace[J]. Br J Anaesth, 1990, 64(5):542-546.
- [9] Olsen KH, Nielsen TH, Kristoffersen E, et al. Spinal analgesia with plain 0.5% bupivacaine administered at spinal interspace L₂₋₃ or L₄₋₅ [J]. Br J Anesth, 1990, 64(2):170-172.
- [10] Saric JP, Mikulandra S, Gustin D, et al. Spinal anesthesia at the L2-3 and L3-4 levels: comparison of analgesia and hemodynamic response[J]. Coll Antropol, 2012, 39(1):151-156.

收稿日期:2017-01-03;修回日期:2017-04-12