

消化性溃疡合并上消化道出血的危险因素分析

陈周利, 黄永华

(惠东县人民医院消化内科, 广东 惠州 516300)

摘要: **目的** 探讨影响消化性溃疡(PU)患者合并上消化道出血的危险因素,为临床预防提供参考。**方法** 回顾性分析2019年1月至2020年12月惠东县人民医院收治的210例PU患者的临床资料,根据患者是否合并上消化道出血分为出血组(42例)和未出血组(168例)。分析两组患者的一般资料,对影响PU患者合并上消化道出血的影响因素进行单因素分析,将单因素分析中差异有统计学意义的变量进行多因素Logistic回归分析,筛选影响PU患者合并上消化道出血的危险因素。**结果** 单因素分析结果显示,出血组喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、溃疡直径>20 mm、溃疡活动期、呕吐、少食、合并心血管疾病的患者占比均显著高于未出血组,腹痛、反酸的患者占比均显著低于未出血组(均 $P<0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、合并心血管疾病均为影响PU患者合并上消化道出血的危险因素($OR=7.838$ 、 7.360 、 8.306 、 8.793 、 10.990 ,均 $P<0.05$)。**结论** 喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、合并心血管疾病均为影响PU患者合并上消化道出血的危险因素,临床可据此给予PU患者针对性治疗和干预措施,以预防PU患者合并上消化道出血的发生。

关键词: 消化性溃疡;上消化道出血;危险因素

中图分类号: R573.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.04.0119.04

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)主要是指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡,其发病原因与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关。PU会引起胃底静脉曲张,由于张力的改变会刺激静脉使血管破裂,从而出现上消化道出血的现象。PU合并出血的出血点通常在食管、胃及十二指肠等部位,其主要临床症状为上腹部疼痛、呕血、黑便及贫血等,若上消化道出血量较多,可引发血液灌注减少、细胞缺氧,从而影响心、脑、肾、肺等重要器官的血液供应,严重者可导致患者休克,甚至死亡^[1-2]。因此,本研究旨在分析PU患者合并上消化道出血情况及其相关影响因

素,为改善患者预后提供有效依据,现将研究结果作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2019年1月至2020年12月惠东县人民医院收治的210例PU患者的临床资料,根据患者是否合并上消化道出血分为出血组(42例)和未出血组(168例)。纳入标准:所有患者均符合《消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)》^[3]中关于PU的诊断标准者;经内镜检查可见明显的活动性出血,大便潜血试验呈现阳性,且血红蛋白下降;临床表现主要有上腹部疼

作者简介: 陈周利,大学专科,副主任医师,研究方向:消化内科相关疾病的诊疗。

- [11] 兀花妮,余小佳.常规心电图与动态心电图在冠心病伴心律失常患者诊断中的应用[J].贵州医药,2021,45(5):804-805.
- [12] 陈少华,左京生,于斌.动态心电图在冠心病心律失常治疗中的指导价值[J].海南医学,2017,27(8):1326-1327.
- [13] VARDAS P, COWIE M, DAGRES N, et al. The electrocardiogram endeavour: From the Holter single-lead recordings to multilead wearable devices supported by computational machine learning algorithms[J]. Europace, 2019, 22(1): 19-23.
- [14] 张永军,鲁其乐,程陶玲,等.378例80岁以上老年人动态心电图临床分析[J].皖南医学院学报,2019,38(2):132-135.
- [15] 孙凤荣,陶洪夏,金立伟.动态心电图与常规心电图诊断老年冠心病心肌缺血与心律失常的价值比较[J].黑龙江医药,2019,32(3):673-674.
- [16] TANIGUCHI H, TAKATA T, TAKECHI M, et al. Explainable artificial intelligence model for diagnosis of atrial fibrillation using Holter electrocardiogram waveforms[J]. Int Heart J, 2021, 62(3): 534-539.
- [17] 丁焕,闫利华,雷军.动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血与心律失常诊断中的应用价值[J].河南医学研究,2017,26(14):2600-2601.
- [18] 冯晶,白文丽,郭改改. SECG对无症状心肌缺血的诊断效能分析[J].西南国防医药,2018,28(12):1209-1211.

痛,伴有反酸、呕血、黑便等PU合并上消化道出血症状者;临床资料完整者等。排除标准:糜烂性胃炎伴出血者;消化道肿瘤出血者;有消化系统疾病手术史者;凝血功能障碍者;心、肝、肾等重要器官功能异常者等。本研究经惠东县人民医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 检查方法 幽门螺杆菌检查方法:胃镜检查时取胃黏膜进行快速尿素酶,行¹³C呼气实验,当快速尿素酶试验结果阴性,而¹³C呼气实验阳性时,则判定为幽门螺杆菌感染。

1.3 观察指标 ①对PU患者合并上消化道出血的影响因素进行单因素分析,包括性别、年龄、是否吸烟、是否喜好刺激性食物、是否使用非甾体抗炎药、是否使用抗血小板药、是否感染幽门螺旋杆菌、是否有消化疾病史、溃疡位置、溃疡直径、溃疡分期^[4]、上消化道症状(腹痛、腹胀、恶心、呕吐、反酸、少食)、是否合并糖尿病、心血管疾病、发热或疼痛性疾病等。②将单因素分析中差异有统计学意义的变量进行多因素Logistic回归分析,筛选影响PU患者合并上消化道出血的危险因素。

1.4 统计学方法 应用SPSS 21.0 统计分析软件处理数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;危险因素筛选采用多因素Logistic回归分析。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析 单因素分析结果显示,出血组喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、溃疡直径>20 mm、溃疡活动期、呕吐、少食、合并心血管疾病的患者占比均显著高于未出血组,腹痛、反酸的患者占比均显著低于未出血组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表1。

表1 影响PU患者合并上消化道出血的单因素分析[例(%)]

因素	出血组(42例)	未出血组(168例)	χ^2 值	P值
性别			1.381	>0.05
男	25(59.52)	116(69.05)		
女	17(40.48)	52(30.95)		
年龄			0.119	>0.05
≤60岁	23(54.76)	87(51.79)		
>60岁	19(45.24)	81(48.21)		
是否吸烟			1.241	>0.05
是	27(64.29)	92(54.76)		
否	15(35.71)	76(45.24)		
是否喜好刺激性食物			34.458	<0.05
是	33(78.57)	49(29.17)		
否	9(21.43)	119(70.83)		

续表1

因素	出血组(42例)	未出血组(168例)	χ^2 值	P值
是否使用非甾体抗炎药			11.889	<0.05
是	22(52.38)	42(25.00)		
否	20(47.62)	126(75.00)		
是否使用抗血小板药			6.318	<0.05
是	25(59.52)	64(38.10)		
否	17(40.48)	104(61.90)		
是否感染幽门螺旋杆菌			27.545	<0.05
是	37(88.10)	72(42.86)		
否	5(11.90)	96(57.14)		
是否消化疾病史			0.816	>0.05
是	15(35.71)	48(28.57)		
否	27(64.29)	120(71.43)		
溃疡位置			0.815	>0.05
胃	26(61.90)	91(54.17)		
十二指肠	16(38.10)	77(45.83)		
溃疡直径			36.472	<0.05
≤20 mm	9(21.43)	121(72.02)		
>20 mm	33(78.57)	47(27.98)		
溃疡分期			30.131	<0.05
活动	30(71.43)	44(26.19)		
非活动	12(28.57)	124(73.81)		
消化道症状				
腹痛	22(52.38)	132(78.57)	11.786	<0.05
腹胀	13(30.95)	78(46.43)	3.277	>0.05
恶心	13(30.95)	32(19.05)	2.828	>0.05
呕吐	15(35.71)	14(8.33)	21.164	<0.05
反酸	19(45.24)	105(62.50)	4.140	<0.05
少食	25(59.52)	39(23.21)	20.907	<0.05
合并疾病				
糖尿病	5(11.90)	19(11.31)	0.026	>0.05
心血管疾病	29(69.05)	68(40.48)	11.035	<0.05
发热或疼痛性疾病	7(16.67)	21(12.50)	0.505	>0.05

注:PU:消化性溃疡。

2.2 多因素Logistic回归分析 以影响PU患者合并上消化道出血为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的指标作为自变量,纳入多因素Logistic回归分析,结果显示,喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、合并心血管疾病均为影响PU患

者合并上消化道出血的危险因素, 差异均有统计学意义 ($OR=7.838, 7.360, 8.306, 8.793, 10.990$, 均 $P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

PU 属于消化系统一种常见的慢性疾病, 其发病机制较为复杂, 是上消化道出血的主要病因。PU 合并上消化道出血的主要发病机制在于胃酸侵蚀上消化道黏膜, 从而暴露上消化道上的血管, 引发血管破裂, 导致上消化道出血。由于 PU 合并上消化道出血具有发病紧急、风险较高的特点, 患者需及早进行诊断和治疗, 进而有助于改善预后^[5]。因此, 分析影响 PU 患者合并上消化道出血的情况及其相关影响因素, 在此基础上制定相应预防措施, 对降低 PU 患者合并上消化道出血发生率具有重要的临床意义。

本研究中, 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、合并心血管疾病均为影响 PU 患者合并上消化道出血的危险因素。分析其原因可能为, 喜好刺激性食物会导致 PU 患者胃蛋白酶、胃酸分泌增加, 而碳酸氢盐分泌减少, 使胃黏膜小血管内皮细胞、黏膜上皮细胞受到损害, 胃协调能力下降, 从而加重消化道损伤, 同时酒精会导致凝血功能障碍, 进而增加 PU 患者合并上消化道出血的发生风险^[6-7]。为此, 患者需积极戒酒, 保持良好的饮食与生活习惯, 减少上消化道出血发生的可能性。非甾体抗炎药可抑制 PU 患者前列腺素的合成, 破坏胃黏膜的保护作用; 此外, 还可抑制肝脏凝血酶合成, 增加黏膜上皮细胞膜通透性, 损伤上皮细胞线粒体, 激活中性粒细胞, 诱发炎症反应, 从而导致 PU 患者合并上消化道出血的发生; 抗血小板药在抑制 PU 患者前列腺素的合成时还可抑制血栓素 A2 介导的血小板凝集作用, 诱发胃黏膜出血, 从而导致患者合并上消化道出血的发生风险增加^[8-9]。因此, 在情况允许的条件下应避免使用非甾体抗

炎药、抗血小板药, 如不得不使用该类药物, 临床应针对该类物质造成的损伤进行保护, 如可服用胃黏膜保护剂, 并配合饮食、生活指导等。对于已出现上消化道出血的患者, 应立即停药, 待出血制止后, 在根据患者的病情合理用药。幽门螺旋杆菌感染会刺激 PU 患者胃泌素增加, 胃酸分泌, 破坏胃黏膜黏液-碳酸氢盐屏障, 损伤胃黏膜, 使胃功能出现障碍, 而非甾体抗炎药与幽门螺旋杆菌感染同时存在会进一步增强对胃黏膜的损害, 从而诱发 PU 患者合并上消化道出血^[10-11]。针对此类患者, 临床应积极对患者药物进行调整, 以根除幽门螺杆菌, 减少上消化道出血的发生。心血管疾病能够促进 PU 患者胃酸、胃蛋白酶的分泌、收缩胃血管, 造成胃肠道瘀血、血氧含量降低, 并可增加迷走神经张力, 降低胃黏膜的再生修复能力等, 从而使胃黏膜血流减少, 增加 PU 患者上消化道出血的发生风险^[12-13]。因此, 对于合并心血管疾病的患者, 应针对其发病因素采取相应的预防措施, 如控制体质量、降低血液黏稠度等, 以降低上消化道出血的发生率。

综上, 喜好刺激性食物、使用非甾体抗炎药、使用抗血小板药、感染幽门螺旋杆菌、合并心血管疾病均为影响 PU 患者合并上消化道出血的危险因素, 临床可针对上述因素采取相关措施, 以预防患者上消化道出血的发生。

参考文献

- [1] LU Z, SUN X T, HAN J J, et al. Characteristics of peptic ulcer bleeding in cirrhotic patients with esophageal and gastric varices[J]. Sci Rep-uk, 2020, 10(1): 20068.
- [2] 吴庆龙, 杨帮坤. 消化性溃疡合并上消化道出血相关危险因素分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(23): 99-101.
- [3] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡诊断与治疗规范 (2016 年, 西安)[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(8): 508-513.
- [4] 李桂贤, 罗伟生, 陈国忠, 等. 十二指肠溃疡辨证分型与溃疡分

表 2 影响 PU 患者合并上消化道出血的多因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI 值
喜好刺激性食物	2.059	0.431	22.822	<0.05	7.838	3.368~18.243
使用非甾体抗炎药	1.996	0.632	9.974	<0.05	7.360	2.132~25.399
使用抗血小板药	2.117	0.640	10.942	<0.05	8.306	2.369~29.119
感染幽门螺旋杆菌	2.174	0.738	8.678	<0.05	8.793	2.070~37.355
溃疡直径 >20 mm	0.192	0.376	0.261	>0.05	1.212	0.580~2.532
溃疡活动期	0.158	0.371	0.181	>0.05	1.171	0.566~2.423
腹痛	0.419	0.526	0.635	>0.05	1.520	0.542~4.263
呕吐	0.735	0.649	1.283	>0.05	2.085	0.584~7.441
反酸	0.578	0.423	1.867	>0.05	1.782	0.778~4.084
少食	0.437	0.359	1.482	>0.05	1.548	0.766~3.129
合并心血管疾病	2.397	0.764	9.843	<0.05	10.990	2.459~49.129

晚期肺癌患者化疗后医院感染的病原菌分布情况 及其危险因素研究

邢磊, 朱宇宏, 时海峰
(射阳县人民医院肿瘤科, 江苏 盐城 224300)

摘要: **目的** 研究晚期肺癌患者化疗后医院感染的病原菌分布情况, 以及影响医院感染发生的危险因素, 为临床制定针对性干预措施提供科学依据。**方法** 回顾性分析 2017 年 1 月至 2021 年 9 月于射阳县人民医院行化疗治疗的 240 例晚期肺癌患者的临床资料, 并依据其化疗后是否发生感染分为未感染组 (180 例) 和医院感染组 (60 例)。分析医院感染组患者病原菌分布情况; 对两组患者的临床资料进行单因素分析, 并将单因素中差异有统计学意义的因素纳入多因素 Logistic 回归分析模型, 筛选影响晚期肺癌患者化疗后医院感染的危险因素。**结果** 60 例医院感染组患者的样本中共分离出 65 株病原菌, 其中革兰氏阴性菌 43 株 (66.15%), 革兰氏阳性菌 14 株 (21.54%), 真菌 8 株 (12.31%), 以革兰氏阴性菌中的铜绿假单胞菌的占比 (32.31%) 最高; 单因素分析结果显示, 医院感染组患者住院时间 >20 d、操作人员手卫生情况差、侵入性操作、合并糖尿病、吸烟史、应用免疫抑制剂、CD4⁺ 百分比 <25%、CD3⁺ 百分比 <45%、CD8⁺ 百分比 >25%、血红蛋白 (Hb) 水平 <60 g/L、白蛋白 (ALB) 水平 <30 g/L 占比均显著高于未感染组 (均 $P < 0.05$); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 住院时间 >20 d、操作人员手卫生情况差、侵入性操作、合并糖尿病、吸烟史、应用免疫抑制剂、CD4⁺ 百分比 <25%、CD3⁺ 百分比 <45%、CD8⁺ 百分比 >25%、Hb 水平 <60 g/L、ALB 水平 <30 g/L 均为导致晚期肺癌患者化疗后医院感染的独立危险因素 ($OR = 1.917$ 、 1.800 、 2.404 、 1.441 、 1.631 、 1.483 、 1.761 、 1.730 、 1.592 、 1.749 、 1.645 , 均 $P < 0.05$)。**结论** 医院感染组患者检出的病原菌中以革兰氏阴性菌中的铜绿假单胞菌占比 (32.31%) 最高, 且住院时间 >20 d、操作人员手卫生情况差、侵入性操作、合并糖尿病、吸烟史、应用免疫抑制剂、CD4⁺ 百分比 <25%、CD3⁺ 百分比 <45%、CD8⁺ 百分比 >25%、Hb 水平 <60 g/L、ALB 水平 <30 g/L 均为导致晚期肺癌患者化疗后医院感染的独立危险因素, 因此在对晚期肺癌患者进行住院化疗时, 可针对上述危险因素进行筛查和有效防治, 以降低患者医院感染的发生率。

关键词: 晚期肺癌; 化疗; 医院感染; 病原菌; 危险因素

中图分类号: R734.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.04.0122.04

肺癌是一种临床中较为常见的恶性肿瘤之一, 具有病情发展快的特点, 通常早期无明显症状, 待出现症状时病

情多已进入中、晚期, 临床上对于肺癌的治疗多见于手术与化疗。化疗对于晚期肺癌患者的治疗虽然具有一定的关

作者简介: 邢磊, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 肿瘤科相关疾病的诊治。

- 期胃动力学的相关性研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2002, 29(9): 532-533.
- [5] 朱丰胜. 影响消化性溃疡合并上消化道出血的相关因素研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(8): 1491-1492.
- [6] 沈哲司, 王宏, 郭广洋. 消化性溃疡并发上消化道出血的危险因素及其与血清 PGE₂、6-Keto-PGF_{1α} 的关系 [J]. 山东医药, 2020, 60(35): 71-74.
- [7] 罗哲, 付山峰, 闫志辉, 等. 消化性溃疡伴出血的特征及危险因素分析 [J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2017, 26(5): 543-547.
- [8] LUO P J, LIN X H, LIN C C, et al. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding among aspirin users: An old issue with new findings from a population-based cohort study [J]. J Formos Med Assoc, 2019, 118(5): 939-944.
- [9] 佟泉莹. 胃十二指肠溃疡上消化道出血危险因素分析及护理干预 [J]. 山西医药杂志, 2016, 45(16): 1953-1955.
- [10] VENERITO M, SCHNEIDER C, COSTANZO R, et al. Contribution of helicobacter pylori infection to the risk of peptic ulcer bleeding in patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, anticoagulants, corticosteroids and selective serotonin reuptake inhibitors [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2018, 47(11): 1464-1471.
- [11] 李学玲, 尹剑. 根除幽门螺旋杆菌治疗对消化性溃疡患者胃泌素表达的影响 [J]. 宁夏医科大学学报, 2018, 40(8): 978-980.
- [12] 阚娜. 上消化道溃疡合并出血的相关危险因素调查分析 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(21): 2575-2577.
- [13] LU M, SUN G, ZHANG X, et al. Risk factors associated with mortality and increased drug costs in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding [J]. Hepatogastroenterology, 2015 62(140): 907-912.