

肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的相关危险因素分析

周林宁

(沭阳仁慈医院消化科, 江苏 宿迁 223600)

【摘要】目的 探讨肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的相关危险因素, 为减少治疗后并发出血提供理论依据。**方法** 回顾性分析 2020 年 1 月至 2022 年 1 月沭阳仁慈医院收治的 150 例接受肠息肉内镜下切除术患者的临床资料, 根据术后是否并发出血分为未并发出血组 (100 例) 和并发出血组 (50 例)。对两组患者基本临床资料进行单因素分析, 并将单因素分析中差异有统计学意义的变量纳入多因素 Logistic 回归分析, 筛选出影响肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的危险因素。**结果** 并发出血组患者年龄显著大于未并发出血组, 高血压、冠心病、息肉 >0.2 cm、带蒂息肉、息肉位于直肠、腺瘤性息肉、内镜下黏膜切除术 (EMR) 切除、电凝、钛夹处理的患者占比均显著高于未并发出血组, 血红蛋白下降值显著高于未并发出血组, 血小板计数显著低于未并发出血组 (均 $P<0.05$) ; 多因素分析结果显示, 高血压 ($OR=6.062$) , 冠心病 ($OR=4.968$) , 息肉 >2.0 cm ($OR=2.111$) , 电凝、钛夹处理创面 ($OR=4.884$) , 血红蛋白下降 ($OR=10.687$) , 血小板计数低 ($OR=3.086$) 均为肠息肉患者内镜治疗后并发出血的危险因素 (均 $P<0.05$) 。**结论** 高血压、冠心病、息肉 >2.0 cm、电凝或钛夹处理创面、血红蛋白下降、血小板计数低均是导致患者接受肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的危险因素, 临床需做好基础疾病控制和针对性防控措施, 结合患者病情制定科学的治疗方案, 降低术后出血风险, 提高手术疗效, 改善患者预后。

【关键词】 肠息肉; 内镜下切除术; 术后出血; 危险因素

【中图分类号】 R574

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.15.0109.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.15.035

肠息肉是指肠黏膜表面突出的异常生长的组织, 在未确定病理诊断前均称之为息肉, 多发于结肠和直肠。若患者肠息肉较小, 且无恶变倾向, 一般不需要进行特殊治疗, 日常保持清淡饮食, 避免食用辛辣刺激食物即可, 若患者肠息肉数量较多, 体积较大, 且有恶变倾向, 则需采取手术进行治疗。随着消化内镜技术的不断发展, 目前临床多采用内镜下切除治疗肠息肉, 该手术方式创伤小, 操作简单, 但作为一种创伤性手术, 存在出血、穿孔和感染等风险^[1]。出血是肠息肉切除术围术期间常见并发症, 虽然致死风险极低, 但是会加重患者病情, 增加机体痛感和心理压力, 影响术后恢复^[2]。因此, 临床治疗需做好肠息肉患者术后出血的防控措施, 降低其术后出血发生风险, 提高手术疗效, 改善预后。基于此, 本研究旨在探讨肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的相关危险因素, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2020 年 1 月至 2022 年 1 月沭阳仁慈医院收治的 150 例接受肠息肉内镜下切除术患者的临床资料。纳入标准: ①符合《现代肛肠病诊断与治疗》^[3] 中肠息肉诊断标准者; ②接受内镜下肠息肉切除治疗者; ③术前已经停止抗凝治疗, 且停药时间超过 1 周者; ④非炎症性肠病者。排除标准: ①伴有严重腹痛、腹

胀、恶心等腹部症状者; ②处于妊娠、哺乳等特殊生理阶段者; ③合并严重心肝肾功能不全、感染性疾病等患者。根据术后是否并发出血分为未并发出血组 (100 例) 和并发出血组 (50 例), 出血诊断标准: 术后出现血便, 且颜色呈现鲜红或暗红色。本次研究经沭阳仁慈医院医学伦理委员会批准实施。

1.2 研究方法和观察指标 ①统计患者临床资料。统计两组肠息肉内镜下切除治疗患者基本临床资料, 包括性别、年龄, 是否有高血压、糖尿病、冠心病等基础疾病, 是否吸烟、饮酒, 息肉数量、大小、带蒂情况、位置、病理类型、切除方式、创面处理方式, 血红蛋白下降值、血小板计数、总胆红素水平。其中, 手术方式是通过使用电子结肠镜 (奥林巴斯医疗株式会社, 国食药监械 (进) 字 2014 第 3220971 号, 型号: PCF-H290L) 观察息肉并根据息肉的性质所选择, 包括内镜下黏膜切除术 (EMR)、内镜下黏膜剥除术 (ESD)、活检钳钳取息肉; 于术前采集两组患者 5 mL 静脉血, 离心取上血清 (3 000 r/min, 15 min), 利用全自动血细胞分析仪 (深圳市帝迈生物技术有限公司, 粤械注准 20172220016, 型号: D2-CRP) 检测血红蛋白、血小板计数, 利用全自动生化分析仪 (迪瑞医疗科技股份有限公司, 吉械注准 20192220224, 型号: CS-1200) 检测总胆红素水平; 于术后使用全自动血细胞分析仪检测血红蛋白 (采血与离心方式同术前), 并计算

血红蛋白下降值。②对两组患者基本临床资料进行单因素分析，并将单因素分析中差异有统计学意义的变量纳入多因素 Logistic 回归分析，筛选出影响肠息肉内镜下切除术后并发出血的危险因素。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 法检验证实符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；危险因素采用多因素 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肠息肉患者内镜下切除治疗后并发出血的单因素分析 未并发出血组息肉数量共计 110 个，并发出血组息肉数量共计 60 个。并发出血组年龄显著大于未并发出血组，高血压、冠心病、息肉大小 > 0.2 cm、带蒂息肉、息肉位于直肠、腺瘤性息肉、EMR 切除、电凝或钛夹处理的患者占比均显著高于未并发出血组，血红蛋白下降值显著高于未并发出血组，血小板计数显著低于未并发出血组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。两组患者性别、合并糖尿病、是否吸烟、是否饮酒、息肉数量及总胆红素水平比较，差异均无统计学意义（均 $P > 0.05$ ），见表 1。

表 1 肠息肉患者内镜下切除治疗后并发出血的单因素分析

一般资料	未并发出血组 (100 例, 110 个)	并发出血组 (50 例, 60 个)	χ^2/t 值	P 值
性别 [例 (%)]			0.863	> 0.05
男	58(58.00)	25(50.00)		
女	42(42.00)	25(50.00)		
年龄 ($\bar{x} \pm s$)	51.69 \pm 13.12	60.36 \pm 10.72	4.044	< 0.05
高血压 [例 (%)]			39.130	< 0.05
是	36(36.00)	45(90.00)		
否	64(64.00)	5(10.00)		
糖尿病			1.080	> 0.05
是	53(53.00)	22(44.00)		
否	47(47.00)	28(56.00)		
冠心病 [例 (%)]			37.289	< 0.05
是	10(10.00)	28(56.00)		
否	90(90.00)	22(44.00)		
吸烟 [例 (%)]			0.318	> 0.05
是	20(20.00)	12(24.00)		
否	80(80.00)	38(76.00)		
饮酒 [例 (%)]			0.372	> 0.05
是	16(16.00)	10(20.00)		
否	84(84.00)	40(80.00)		
息肉数量 [例 (%)]			0.055	> 0.05
单发	58(58.00)	30(60.00)		
多发	42(42.00)	20(40.00)		

续表 1

一般资料	未并发出血组 (100 例, 110 个)	并发出血组 (50 例, 60 个)	χ^2/t 值	P 值
息肉大小 [个 (%)]			20.268	< 0.05
≤ 0.5 cm	50(45.45)	8(13.33)		
0.5 cm $<$ 息肉大小 ≤ 1.0 cm	25(22.73)	10(16.67)		
1.0 cm $<$ 息肉大小 ≤ 2.0 cm	16(14.55)	12(20.00)		
> 2.0 cm	19(17.27)	30(50.00)		
带蒂情况 [个 (%)]			12.799	< 0.05
有	40(36.36)	39(65.00)		
无	70(63.64)	21(35.00)		
息肉位置 [个 (%)]			15.826	< 0.05
右半结肠	45(40.91)	22(36.67)		
左半结肠	43(39.09)	10(16.67)		
直肠	22(20.00)	28(46.66)		
病理类型 [个 (%)]			13.672	< 0.05
腺瘤性息肉	70(63.64)	54(90.00)		
炎症增生性息肉	40(36.36)	6(10.00)		
切除方式 [个 (%)]			14.387	< 0.05
EMR	60(54.55)	50(83.33)		
ESD	40(36.36)	7(11.67)		
钳除	10(9.09)	3(5.00)		
创面处理 [个 (%)]			20.131	< 0.05
电凝	8(7.27)	13(21.67)		
钛夹	70(63.64)	45(75.00)		
钛夹联合尼龙绳	32(29.09)	2(3.33)		
血红蛋白下降值 (g/L, $\bar{x} \pm s$)	13.67 \pm 5.45	26.93 \pm 8.98	11.219	< 0.05
血小板计数 ($\times 10^9/L$, $\bar{x} \pm s$)	142.63 \pm 50.63	83.69 \pm 30.98	7.548	< 0.05
总胆红素 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)	24.39 \pm 5.94	25.31 \pm 6.18	0.882	> 0.05

注：EMR：内镜下黏膜切除术；ESD：内镜下黏膜剥除术。

2.2 肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的多因素 Logistic 回归分析 以患者治疗后是否出现并发出血作为因变量，将单因素分析中差异有统计学意义的因素作为自变量，纳入多因素 Logistic 回归分析，结果显示有高血压（ $OR = 6.062$ ）、有冠心病（ $OR = 4.968$ ）、息肉 > 2.0 cm（ $OR = 2.111$ ）、电凝或钛夹处理创面（ $OR = 4.884$ ）、血红蛋白下降（ $OR = 10.687$ ）、血小板计数低（ $OR = 3.086$ ）均为肠息肉患者内镜治疗后出现并发出血的危险因素，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

3 讨论

肠息肉是肠黏膜表面突出的异常生长的组织，是由于人体先天遗传易感病态因素，在后天的情绪、饮食、炎症、感染、免疫能力下降等因素诱发下形成的。目前临床对于肠息肉治疗大部分选择在内镜下进行息肉切除手术，可有效控制疾病发展，降低癌变概率。手术中出血和术后迟发出血

表 2 肠息肉内镜下切除治疗后并发出血多因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	OR 值 (95%CI 值)
高血压	1.802	0.567	10.101	<0.05	6.062(1.995~18.418)
冠心病	1.603	0.472	11.534	<0.05	4.968(2.551~9.674)
息肉 >2.0 cm	0.747	0.158	22.353	<0.05	2.111(1.549~2.877)
电凝、钛夹处理创面	1.586	0.299	28.136	<0.05	4.884(2.718~8.776)
血红蛋白下降	2.369	0.666	12.653	<0.05	10.687(2.897~39.423)
血小板计数低	1.127	0.574	3.855	<0.05	3.086(1.002~9.507)

是内镜下手术治疗常见并发症,其中,术中出血可以通过内窥镜完成止血或转至外科进行针对性止血手术,存在可控性,但是,术后出血却常常难以预料,其非可控性很可能延误患者治疗,严重者还会因此诱发失血性休克,甚至造成死亡^[4-5]。目前临床关于肠镜下肠息肉切除术后出血的发生率有不同的文献报道,有研究表明,肠镜下肠息肉患者切除术后并发出血概率达到 7%^[6]。因此及时发现患者肠息肉内镜下手术后出血的危险因素,尽早进行干预治疗,可以降低患者术后出血风险,提高手术疗效,改善预后。

研究中多因素 Logistics 回归模型分析结果显示,有高血压、有冠心病、息肉 >2.0 cm、电凝或钛夹处理创面、血红蛋白下降、血小板计数低均为肠息肉患者内镜治疗后并发出血的危险因素。高血压患者术后有较高出血风险,原因是高血压患者存在血管内皮细胞功能障碍,会严重影响血管的收缩和舒张功能,加上动脉粥样硬化的影响,血管弹性进一步减弱,同时血压波动大,血流动力学不稳定,容易造成切除部位血管破裂出血^[7-8]。冠心病患者可能出现并发出血的原因是患者通常使用抗凝药物治疗,而长期使用抗凝药物会导致凝血因子调节紊乱,出现不同程度的凝血功能障碍,增加出血风险^[9]。部分研究发现,结肠息肉体积偏大,提示息肉内血供丰富,术中病灶周围肠黏膜损伤程度较大且术后恢复时间长,进而增加术后出血风险^[10]。息肉 >2.0 cm 为肠息肉患者内镜治疗后出现并发出血的危险因素,推测其原因可能是息肉越大,手术创面越大,更有可能暴露基底血管,严重时甚至累及动脉,引发反复出血。关于创面处理方面,电凝处理时过高的电凝功率和较长的电凝时间导致组织灼烧和出血;钛夹处理过程中,若错误的夹取位置和夹取过紧或者过松,也可造成组织损伤和出血。有研究发现,尼龙绳套扎与金属钛夹联合应用可以有效实现止血的效果,该方法主要在创面边缘锚定金属夹,经内镜治疗钳道置入尼龙绳,将金属止血夹收入尼龙绳内,收拢尼龙绳封闭创面,以此达到压迫止血目的^[11]。血小板能够聚集形成止血物,释放血栓收缩蛋白促进血块收缩,加速凝血过程,而血小板计数减少会提高毛细血管的脆性,增加血管断裂的风险,从而导致出血,因此血小板计数低也会增加肠息肉患者内镜治疗后并发出血的风险。

当肠息肉患者内镜治疗出血时,组织液会渗入血管内进行血容量补充,可见血红蛋白水平有明显下降,因此血红蛋白水平用于预估患者术中出血有极大应用价值^[12]。而术中出血量大一定程度上反映了患者术中损伤较重,影响患者术后恢复质量,增加术后出血风险。选择 EMR、ESD 等手术所致出血率较活检钳除术高,究其原因在于,EMR 是采用高频电刀对黏膜层的局部病变进行整块切除,ESD 是在 EMR 基础之上通过黏膜剥离切除息肉的治疗方式,这两种方式不仅有较大操作难度,所形成的手术创面和治疗时间也随之增大和延长,加上术中频繁刺激血管,均会导致迟发性出血风险增加^[13]。因此对于肠息肉内镜下切除治疗患者,术前应对合并高血压、冠心病患者进行评估,在围手术期加大对其血压、凝血功能、血常规指标的监测力度,合理确定抗凝药物的使用时机,并将其生理指标控制在适当水平,针对其病情与术者的操作水平选择合理的手术方式和创面处理方式,制定预防出血的措施,在手术过程中应保持高度警惕,避免操作损伤周围组织,减少术中出血量,最大程度降低患者术后出血风险。

综上,有高血压、有冠心病、息肉 >2.0 cm、电凝处理创面、钛夹处理创面、血红蛋白下降、血小板计数低均是导致患者行肠息肉内镜下切除治疗后并发出血的危险因素,故临床需做好患者基础疾病的控制并采取针对性防控措施,结合患者病情制定科学的治疗方案,改善患者预后。

参考文献

- [1] 罗哲,浦江,王晓辉,等. 结直肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发出血的临床特征及危险因素分析[J]. 解放军医学杂志, 2019, 44(9): 769-773.
- [2] 周雷,陶俊. 结直肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发性出血危险因素分析[J]. 安徽医药, 2022, 26(12): 2485-2488.
- [3] 杨涌. 现代肛肠病诊断与治疗[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2018: 174.
- [4] TAGAWA T, YAMADA M, MINAGAWA T, et al. Endoscopic characteristics influencing postpolypectomy bleeding in 1 147 consecutive pedunculated colonic polyps: a multicenter retrospective study[J]. Gastrointest Endosc, 2021, 94(4): 803-811.
- [5] 万亚玲,张虹,彭淑莉. 内镜黏膜切除术治疗结直肠息肉疗效观察及术后迟发性出血的相关危险因素分析[J]. 解放军医药杂志, 2022, 34(4): 55-57, 87.
- [6] METZ A J, BOURKE M J, MOSS A, et al. Factors that predict bleeding following endoscopic mucosal resection of large colonic lesions[J]. Endoscopy, 2011, 43(6): 506-511.
- [7] 李永超,郑德权,胡晓霞,等. 结肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发出血的危险因素分析[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(3): 57-61.

男性不育患者焦虑抑郁状况及因素分析

汤晓蓉, 靳化, 肖霞, 史修丛, 陈蕾, 赵勇*

(中国人民解放军总医院第六医学中心生殖中心, 北京 100048)

【摘要】目的 分析男性不育症患者焦虑抑郁状况, 并探讨影响其心理健康的危险因素, 为临床治疗男性不育症提供科学的参考依据。**方法** 选取 2019 年 12 月至 2022 年 1 月期间就诊于中国人民解放军总医院第六医学中心的 479 例男性不育症患者作为研究对象, 由经过专门培训的调查人员进行人口学资料调查, 采用症状自评量表 (SCL-90)、焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 对患者心理状态进行评分, 统计 479 例男性不育症患者 SCL-90、SAS、SDS 量表评估结果; 比较不同教育程度、不同家庭收入、是否接受过辅助生殖技术 (ART) 治疗、不同不育年限之间男性不育症患者 SCL-90、SAS、SDS 评分; 分析男性不育症患者不同因素与 SCL-90、SAS、SDS 评分的相关性。**结果** 对比不同受教育程度及不同家庭月收入患者的 SCL-90、SAS、SDS 评分发现, 与本科组比, 大专组 SAS、SDS 标准分更高; 与硕士组比, 中学 (中专) 及以下、大专、博士学历组人群 SDS 标准分均更高, 大专组 SAS 标准分更高, 月收入 5 万以上组各评分均显著小于其他各组 (均 $P < 0.05$); 是否接受过 ART 治疗患者及不同的不育年限之间 SCL-90 总分、SAS 标准分、SDS 标准分比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$); Spearman 相关性分析法结果显示, 家庭月收入、受教育水平与男性不育症患者心理压力呈负相关 (均 $P < 0.05$)。**结论** 不育症能影响男性患者的心理健康状况, 其教育程度及家庭收入均为影响不育患者心理健康状况的重要因素。

【关键词】 男性不育症; 心理状况; 危险因素

【中图分类号】 R698+2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.15.0112.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.15.036

男性不育症已成为临床常见的男性疾病, 具体病因至今尚未明确, 已严重危害人类生殖健康。受传统传宗接代观念的影响, 国内多数家庭盼子心切, 传统的生育观念认为, 孕育是妇女的责任, 导致不孕不育也归咎于女性, 当男性患者得知是自己的原因造成不孕不育时, 其内心所经历的情感体验往往比女性患者更为复杂, 极易出现心理问题^[1-2]。男性不育症与心理压力存在密切关系, 两者可以互为压力源, 形成恶性循环, 导致患者所承受的心理压力越来越大, 但每个人对生殖障碍的心理反应也因个人状况、种族及宗教信仰的不同而有差异^[3]。目前国内多数研究以女性的心理状态为焦点, 忽视了不育男性心理健康的重要性。基于此, 本研究旨在总结男性不育

症患者焦虑抑郁状况, 并分析其相关影响因素, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 12 月至 2022 年 1 月期间就诊于中国人民解放军总医院第六医学中心的 479 例男性不育症患者作为研究对象。纳入标准: ①符合《中西医结合男性不育症诊疗手册》^[4] 中男性不育症临床诊断标准: 世界卫生组织 (WHO) 规定, 夫妇未采用任何避孕措施且同居生活 1 年以上, 由于男方因素造成女方不孕者, 即为男性不育症; ②年龄为 22~48 岁, 精液检查符合少、弱、畸形精子症或无精子症的诊断者; ③近期生活中未遭遇重

基金项目: 全军计划生育专项科研课题项目 (编号: 19JSZ19)

作者简介: 汤晓蓉, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 生殖医学。

通信作者: 赵勇, 博士研究生, 副主任医师, 研究方向: 生殖医学。E-mail: stampzhy@126.com

- [8] 高明军, 杨斌, 杨传春, 等. 结肠息肉内镜切除术后并发消化道出血的危险因素分析与预测模型建立 [J]. 现代医学, 2020, 48(1): 97-102.
- [9] 林显艺, 陈伶君, 张恒, 等. 结肠息肉切除术后迟发性出血的危险因素 [J]. 中山大学学报 (医学科学版), 2019, 40(5): 788-795.
- [10] 陈沅然, 罗国彪, 黎铭恩, 等. 大肠息肉内镜下切除术后迟发性出血的危险因素分析 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2019, 28(12): 1394-1396.

- [11] 万成乐, 金雷, 杨剑, 等. 钛夹、尼龙绳预处理的内镜下高频电切除治疗大肠巨大粗蒂息肉的并发症对比观察 [J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(3): 262-265.
- [12] 刘涛, 华传曾, 胡文海, 等. 预防性止血夹预防胃息肉切除术后迟发性出血的效果 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(1): 87-91.
- [13] MA M X, BOURKE M J. Complications of endoscopic polypectomy, endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection in the colon [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2016, 30(5): 749-767.