

内镜电凝止血对溃疡性上消化道出血患者凝血功能的影响观察

张昌军¹, 夏攀^{2*}

(1. 嘉鱼县中医医院消化内科; 2. 嘉鱼县中医医院外科, 湖北 咸宁 437200)

【摘要】目的 探讨内镜电凝止血对溃疡性上消化道出血患者凝血功能的影响, 为临床治疗该疾病提供参考。**方法** 选取2022年9月至2023年9月嘉鱼县中医医院收治的58例溃疡性上消化道出血患者, 根据随机数字表法分为对照组(29例, 内镜组织胶注射治疗)和研究组(29例, 内镜电凝止血治疗)。治疗后两组患者均随访1个月。对比两组患者治疗后临床疗效和临床相关指标, 治疗前和治疗后的血浆凝血酶时间(TT)、凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(Fbg)水平及简明健康状况量表(SF-36)评分。**结果** 研究组患者临床疗效和总有效率均高于对照组; 与治疗前比, 治疗1周后两组患者的血浆TT、PT及APTT均缩短, 且研究组均短于对照组, 血浆Fbg水平均降低, 且研究组低于对照组, 治疗1个月后两组患者生理功能、情感职能、躯体疼痛、生理职能、精神健康及社会功能评分均升高, 且研究组均高于对照组; 与对照组比, 研究组患者输血量更少, 住院时间、引流液变清时间、呕血改善时间及大便潜血改善时间均缩短(均 $P<0.05$)。**结论** 与内镜组织胶注射治疗比, 对溃疡性上消化道出血患者实施内镜电凝止血临床疗效显著, 有利于改善患者凝血功能, 缓解临床症状, 缩短住院时间, 提高患者生活质量。

【关键词】 溃疡性消化道出血; 内镜治疗; 电凝止血; 凝血功能

【中图分类号】 R573.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.15.0095.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.15.031

溃疡性上消化道出血起病急且病情发展迅速, 可在短时间内引发患者发生失血性休克或急性循环衰竭, 严重威胁了患者的生命健康, 采取及时有效的治疗措施对于改善患者预后至关重要。药物干预是临床治疗溃疡性上消化道出血的常用方法, 对于病情较严重的患者, 临床会采取手术措施进行干预^[1]。内镜下组织胶注射治疗可快速闭合血管, 具有良好的止血效果, 但部分患者可能会出现异位栓塞、胸痛、发热等并发症^[2]。而内镜下电凝止血具有经济、安全、便捷等特点, 凝固电流使探头接触部位产生热量, 压迫血管, 使血管腔变窄或闭塞, 从而起到止血效果^[3]。基于此, 本研究旨在探讨内镜电凝止血对溃疡性上消化道出血患者凝血功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年9月至2023年9月嘉鱼县中医医院收治的58例溃疡性上消化道出血患者, 根据随机数字表法分为对照组(29例)患者中男性16例, 女性13例; 年龄23~61岁, 平均(42.37±6.63)岁; 溃疡直径8.35~14.63 mm, 平均(11.03±1.62) mm; 消化性溃疡病程1~4年, 平均(2.64±0.25)年。研究组(29例)患者中男性15例, 女性14例; 年龄22~60岁, 平均(42.75±6.23)岁; 溃疡直径8.04~14.95 mm, 平

均(11.12±1.45) mm; 消化性溃疡病程2~4年, 平均(2.73±0.18)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: (1)符合《急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识(2019年)》^[4]中溃疡性上消化道出血的相关诊断标准; (2)大便隐血试验阳性; (3)经胃镜检查确诊。排除标准: (1)治疗前3个月曾接受抗凝药物治疗; (2)合并肝、肾功能障碍; (3)合并内分泌疾病。本研究经嘉鱼县中医医院医学伦理委员会审核并批准, 且患者或家属均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均取平卧位, 将患者下肢抬高, 头偏向一侧, 并创建静脉通道补充血容量, 监测生命体征。经患者口腔置入电子上消化道内窥镜(深圳开立生物医疗科技股份有限公司, 型号:EG-550), 在内镜辅助下明确患者上消化道出血部位, 使用生理盐水对病灶进行冲洗, 确保出血病灶充分暴露。

对照组患者行内镜组织胶注射治疗, 将1~2 mL浓度为50%的葡萄糖注射液(辰欣药业股份有限公司, 国药准字H20013148, 规格: 100 mL : 10 g)与0.5 mL曲妥克组织胶水(德国贝朗医疗有限公司, 型号: 0.5 mL/支)及3 mL浓度为50%的葡萄糖注射液按顺序注入, 直至出血停止, 局部血管发白时收针; 出针后用生理盐水冲管, 确定注射针有无阻塞, 如发生阻塞, 则需更换注射针。在出血点周围1~5 mm处按照上述同样的方法再次注射1~2个

作者简介: 张昌军, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 消化系统疾病的诊疗。

通信作者: 夏攀, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 普通外科。E-mail: 25192489@qq.com

点,在出血停止、病灶部位血管发白时退出注射针。研究组患者行电凝止血治疗,用双极电凝钳(德国爱尔博电子医疗器械公司,型号:ICC80)对出血灶实施电凝,参数设置:频率2 s/次,能量20~30 J,直至病灶部位黏膜变成白色,明确患者止血情况,确认无活动性出血后撤出电凝器械和胃镜。治疗结束后,密切监测两组患者的生命体征,24 h内需严格禁食,同时进行补液,营养支持等常规治疗,两组患者治疗后均随访1个月。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。治疗后评估两组患者的临床疗效,显效:治疗24 h内患者停止出血,且相关症状基本消失;有效:患者在治疗24~72 h内停止出血,相关症状有所缓解;无效:患者治疗后72 h内依然存在活动性出血症状,临床症状未缓解或加剧^[4]。总有效率=显效率+有效率。(2)凝血功能。分别于治疗前及治疗1周后抽取两组患者空腹静脉血5 mL,放置于抗凝管中,以3 000 r/min转速离心处理5 min并提取血浆,采用全自动血液液体分析仪[希森美康株式会社,型号:XR-10 (B3)]检测两组患者血浆凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(Fbg)、凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(APTT)水平。(3)临床指标。观察比较两组患者输血量、住院时间、引流液变清时间、呕血改善时间及大便潜血改善时间。(4)生活质量。采用简明健康状况量表(SF-36)^[5]分别评估两组患者治疗前及治疗1个月后的生活质量评分,SF-36评分包括生理功能、情感职能、躯体疼痛、生理职能、精神健康及社会功能,各项总分均为100分,分数越高代表患者生活质量越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件分析处理数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;计量资料经S-W检验符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,治疗前后比较采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 研究组患者临床疗效和总有效率均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	29	7(24.13)	14(48.27)	8(27.58)	21(72.41)
研究组	29	19(65.51)	9(31.03)	1(3.45)	28(96.55)
Z/χ^2 值			3.436		4.735
P 值			<0.05		<0.05

2.2 两组患者凝血功能比较 与治疗前比,治疗1周后两组患者血浆TT、PT及APTT均缩短,且研究组均短于对照组,血浆Fbg水平均降低,且研究组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表2。

2.3 两组患者临床指标比较 与对照组比,研究组患者输血量更少,住院时间、引流液变清时间、呕血改善时间及大便潜血改善时间均缩短,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表3。

2.4 两组患者生活质量评分比较 与治疗前比,治疗1个月后两组患者的生理功能、情感职能、躯体疼痛、生理职能、精神健康及社会功能评分均升高,且研究组均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表4。

3 讨论

溃疡性上消化道出血是一种发病率较高的消化道疾病,患者主要表现为上腹部疼痛,呕血和黑便等,该病起病较急且发展速度很快,极易引发失血性休克、胃肠穿孔等症状,可能引发弥漫性腹膜炎进而危及患者生命,迅速地止血,控制病情进展是临床治疗该病的关键原则^[6]。

随着医疗水平的不断提升,胃镜技术在临床的应用日

表2 两组患者凝血功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TT(s)		Fbg(g/L)		PT(s)		APTT(s)	
		治疗前	治疗1周后	治疗前	治疗1周后	治疗前	治疗1周后	治疗前	治疗1周后
对照组	29	20.35±1.21	16.41±1.62*	4.92±0.71	3.97±0.68*	14.91±0.96	11.68±0.93*	33.41±2.29	27.15±1.88*
研究组	29	20.49±1.14	11.28±0.79*	4.94±0.70	3.68±0.21*	14.68±0.94	9.26±0.35*	33.72±2.73	22.43±1.26*
t 值		0.454	15.328	0.108	2.194	0.922	13.115	0.469	11.231
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。TT:凝血酶时间;Fbg:纤维蛋白原;PT:凝血酶原时间;APTT:部分凝血活酶时间。

表3 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	输血量(mL)	住院时间(d)	引流液变清时间(d)	呕血改善时间(d)	大便潜血改善时间(d)
对照组	29	449.77±39.51	15.50±2.51	2.96±1.37	2.46±0.87	3.52±0.93
研究组	29	378.73±37.42	9.24±0.94	2.18±1.01	1.21±0.53	2.71±0.59
t 值		7.030	12.578	2.468	6.608	3.961
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表4 两组患者生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理功能		情感职能		躯体疼痛	
		治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
对照组	29	64.86±5.69	78.37±7.99*	63.26±5.37	77.35±7.83*	63.15±6.35	71.64±7.39*
研究组	29	64.63±5.47	88.06±7.34*	63.46±5.44	89.17±7.73*	63.43±6.47	89.36±8.38*
t值		0.157	4.810	0.141	5.785	0.166	8.541
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	生理职能		精神健康		社会功能	
		治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
对照组	29	62.25±6.19	80.13±7.96*	64.16±6.59	75.16±7.73*	61.29±6.34	79.63±7.75*
研究组	29	62.63±6.46	88.63±8.16*	64.17±6.63	89.54±7.37*	61.83±6.37	88.36±8.07*
t值		0.229	4.016	0.006	7.251	0.324	4.202
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比, * $P<0.05$ 。

益广泛,在胃镜技术协助下对患者实施止血干预,手术视野更为清晰,能够准确观察出血位置,为患者提供更具针对性、科学性的治疗,促进整体治疗效果的提升^[7]。组织胶与血液接触后可由液态转为固态,能够有效封堵破损血管,达到迅速止血的效果,但是对操作者技术水平有较高要求;而内镜电凝止血则是在内镜协助下对溃疡出血位置进行固定,借助电凝探头热量凝固收缩出血灶,继而达到止血效果,安全性更高^[8]。

本研究中,研究组患者临床疗效和总有效率均高于对照组;与对照组比,研究组患者输血量更少,住院时间、引流液变清时间、呕血改善时间及大便潜血改善时间均缩短;治疗1月后研究组患者的各项生活质量评分均高于对照组,这提示与内镜组织胶注射治疗相比,对溃疡性上消化道出血患者实施内镜电凝止血临床疗效显著,有利于缓解临床症状,缩短住院时间,提高临床治疗效率和患者生活质量。在消化内镜的协助下,医师能够更快、更准确地明确具体出血位置及出血范围,借助电凝探头的热量,促进出血灶进一步凝固收缩,及时有效止血,有利于缓解患者的临床症状,且可对患者制定更加科学、合理的个性化手术治疗方案,有利于提高临床治疗方案,促进患者临床症状和凝血功能的改善及临床指标的优化,加速疾病转归和患者生活质量的提高^[9]。

本研究结果表明,治疗1周后研究组患者的血浆TT、PT及APTT均短于对照组,血浆Fbg水平低于对照组,这提示对溃疡性上消化道出血患者实施内镜电凝止血治疗有利于改善患者凝血功能,促进疾病转归。内镜下电凝止血可直接作用于出血病灶表面,通过电凝探头产生的热量促进出血灶收缩凝固,止血速度较快,可有效抑制患者上消化道出血症状,缓解临床症状,有利于患者凝血功能恢复^[10]。

综上,与内镜组织胶注射治疗比,对溃疡性上消化道

出血患者实施内镜电凝止血临床疗效显著,有利于改善患者凝血功能,缓解临床症状,缩短住院时间,提高临床治疗效率和患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韩莉娟.艾司奥美拉唑钠联合内镜下电凝止血治疗上消化道出血患者的效果[J].中国民康医学,2022,34(4):40-42.
- [2] 沈林艳,陈明,杨景毅,等.内镜下组织胶注射治疗难治性急性非静脉曲张上消化道出血的应用进展[J].系统医学,2023,8(8):193-198.
- [3] 张璋,黄学勤,陈礼婷.胃镜电凝止血联合内镜下喷洒云南红药治疗上消化道出血的效果观察分析[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(1):67-69.
- [4] 刘畅,刘亚军.急性非静脉曲张性上消化道出血中西医结合诊治共识(2019年)[J].中国中西医结合杂志,2019,39(11):1296-1302.
- [5] 韩玲,王玲玲.IMB护理模式对胃癌患者术后焦虑抑郁评分、SF-36评分及希望水平的影响[J].现代医药卫生,2021,37(20):3550-3552,3570.
- [6] 曾平湖,崔西玉,李兆滔,等.消化性溃疡重症出血患者内镜下电凝和钛夹治疗疗效比较[J].山西医药杂志,2020,49(9):1117-1120.
- [7] 何淑榴.急性上消化道出血患者的急诊胃镜诊疗分析[J].中国药物与临床,2021,21(15):2705-2708.
- [8] 马茹,杨世博.肾上腺素注射联合消化内镜下和谐夹治疗老年非静脉曲张性上消化道出血的效果观察[J].贵州医药,2023,47(10):1580-1581.
- [9] 赵云,高哲.胃镜下电凝联合药物喷洒治疗上消化道出血[J].湖北民族大学学报(医学版),2020,37(1):93-95.
- [10] 俞文,帕力达·帕拉哈提,艾克帕尔·艾肯,等.基层医院常规内镜下去甲肾上腺素注射联合电凝治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效评估[J].胃肠病学,2022,27(7):410-414.