

急性非静脉曲张性上消化道出血治疗研究进展

张姣姣

牡丹江医科大学 黑龙江省牡丹江市 157001

摘要: 临床诊疗中, 诊断及时性与治疗有效性是影响患者预后的关键, 对于降低并发症发生率与患者死亡率有着重要意义。目前, ANVUGIB 治疗中面临着诸多挑战, 包括快速有效止血、并发症管理、高危 ANVUGIB 治疗等, 所以有必要加强 ANVUGIB 治疗的研究, 从而寻找到安全、有效的止血技术和治疗方案, 提高 ANVUGIB 治疗效果, 降低死亡率。近年来, 学术领域已对此展开了大量研究, 并取得了良好的成果, 本文主要对国内相关研究进行分析, 从中梳理总结 ANVUGIB 的治疗研究进展。

关键词: 上消化道出血; 临床治疗; 内镜; 止血

急性非静脉曲张性上消化道出血 (ANVUGIB) 是指因急性胃黏膜病变、消化性溃疡等非静脉曲张性病变导致的食管、胃或十二指肠急性出血, 是常见的临床急症, 病死率约在 10% ~ 14% 之间, 患者病情危险程度不同, 其预后情况存在较大差异^[1]。对于危险程度较高的 ANVUGIB 患者, 若不能及时诊断并予以有效治疗, 患者可迅速出现失血性休克, 危及生命安全。

1. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊断技术

目前临床诊断 ANVUGIB 所用技术包括症状和体征评估、内镜检查、实验室检测、影像学检查等, 其中内镜检查是最为直观、确切的诊断技术, 可作为临床诊断金标准。通过内镜技术, 可直接观察到上消化道内部结构, 快速定位出血点, 评估出血的严重程度和病因, 从而指导治疗决策^[2]。通过血常规检测、凝血功能检测、粪便隐血试验等实验室检测, 有助于评估患者的贫血程度、出血速度和潜在的出血源。CT、MRA、超声内镜等影像学检查可作为辅助诊断技术, 在某些情况下, 可用于帮助定位出血源或排除其他可能的病因。为了有效评估 ANVUGIB 病情危险程度, 临床通常采用 Rockall 评分、ABC 评分、GBS 评分等方式对 ANVUGIB 患者进行风险分层, 对不同危险层次的患者采取不同治疗方案^[3]。

2. 急性非静脉曲张性上消化道出血治疗方法

2.1 液体复苏与输血治疗

ANVUGIB 患者由于大量失血, 可引起周围循环衰竭, 影响组织灌注, 甚至导致失血性休克。因此, 临床治疗时,

首先需要对患者失血情况进行评估, 若患者出血量大, 血流动力学不稳定, 需优先予以液体复苏和输血治疗。及时的液体复苏可以纠正血容量不足, 减少因低血容量引起的器官功能障碍和休克的风险。输血治疗则有助于提高血红蛋白水平, 改善氧气输送, 从而支持组织氧合。根据 2018 年中国 ANVUGIB 诊疗指南的建议, 在以下临床条件下应考虑进行血液输注: 收缩压低于 90mmHg 或较基础值降低 30mmHg 以上; 心率超过 120 次/min; Hb 值低于 7g/dL, 血细胞比容低于 25%^[4]。在实施液体复苏和输血治疗时, 需密切监测患者的生命体征和实验室指标, 以确保治疗的有效性, 避免过度治疗带来的风险。

2.2 药物治疗

2.2.1 质子泵抑制剂

药物治疗是临床治疗 ANVUGIB 的主要手段之一, 常用药物类型包括质子泵抑制剂、止血药物、促胃动力药物等, 可有效控制出血、预防再出血或其他潜在并发症。胃酸是影响 ANVUGIB 止血效果的重要因素, 在 pH 值较低的酸性环境下, 黏膜愈合速度将明显减慢。因此, 临床治疗时, 需调节上消化道内部酸碱度, 使 pH 值维持在 6.0 以上, 从而促进血凝块形成, 提升止血效果^[5]。质子泵抑制剂是治疗 ANVUGIB 的首选药物, 其作用原理是抑制患者胃酸分泌, 提高上消化道内部 pH 值, 从而降低胃酸对出血部位的刺激和腐蚀作用, 为黏膜愈合提供良好的环境条件, 同时降低再出血风险。葛迎迎^[6]的研究中, 对 ANVUGIB 患者采用兰索拉唑联合奥曲肽治疗, 结果显示治疗总有效率达到 100%,

患者 Hb 值较治疗前得到明显改善 ($P<0.05$), 可见该方案治疗效果确切。兰索拉唑是第三代质子泵抑制剂, 可与质子泵受体发生不可逆性结合, 从而获得良好的治疗效果。奥曲肽则属于生长抑制剂, 可抑制胰液分泌, 减轻胰液引起的全身酶性连锁反应。两种药物联合应用, 可促进患者病情改善。

2.2.2 止血药物

止血药物在 ANVUGIB 治疗中也非常重要, 包括血管活性药物、抗纤溶药物等。氨甲环酸 ANVUGIB 治疗中较常用的抗纤溶药物, 能够阻断纤维蛋白的酶解过程, 但不影响纤维蛋白的合成^[7]。此类药物可与纤溶酶原位点结合, 从而抑制纤溶酶原激活, 在高剂量应用时, 甚至能够直接抑制纤溶酶活性, 比较适用于纤溶活性亢进的 ANVUGIB 治疗中。黄福康^[8]的研究中采用奥美拉唑联合氨甲环酸对 ANVUGIB 患者进行治疗, 临床总有效率达到 97.5%, 相比于单独采用质子泵抑制剂治疗, 其血压稳定时间和止血时间更短 ($P<0.05$)。需要注意的是, 使用止血药物时必须合理控制用量, 若过量使用, 可能会增加血栓形成的风险。治疗 ANVUGIB 过程中, 采用促胃动力药物的目的是促进胃排空, 主要应用于上消化道存留大量血液、血凝块或存在活动性出血时, 可加快胃内物质清除。临床治疗时需慎重使用促胃动力药物, 依据患者实际情况合理控制用量, 若用药过量, 可能会导致出血点的移位或加重出血。

随着人们饮食生活习惯的改变和人口老龄化的加重, 缺血性心脏病和其他血栓性疾病的发生率不断升高。ANVUGIB 在中老年群体中具有较高的发病率, 许多中老年 ANVUGIB 患者发病前正在进行抗血小板、抗凝药物治疗。对于此类患者, 需要合理权衡抗血小板治疗的必要性与出血风险, 调整药物剂量或暂时中断治疗, 对患者采取个性化治疗方案, 在减少消化道再出血风险的同时控制心血管事件发生风险^[9]。

2.3 内镜治疗

内镜下治疗方式在 ANVUGIB 临床治疗中应用广泛。对于止血、抑酸治疗方案无法达到良好止血效果, 危险程度较高的患者, 需要予以内镜下止血治疗。高风险 ANVUGIB 患者包括存在喷射性出血、血管显露、活动性渗血、附着血凝块等, 需要针对具体情况采取合适的内镜下治疗方案^[10]。内镜技术在 ANVUGIB 治疗中具有创伤小、效率高、成功率高、实时治疗等方面的优势, 可在内镜视角下直接观察上消

化道黏膜损伤情况, 并在诊断的同时进行治疗操作, 采取内镜下药物注射、内镜下止血夹止血等有效止血措施, 提高治疗及时性。

叶朝华^[11]的临床研究中, 采用内镜下钛夹止血联合质子泵抑制剂治疗 ANVUGIB 患者, 结果显示其治疗总有效率达到 95%, 显著高于单纯药物止血治疗, 治疗后患者的 SBP、HR、DBP 等血流动力学指标均得到明显改善 ($P<0.05$), 可见内镜下钛夹止血效果好、见效快。内镜下止血夹治疗时, 需利用胃镜观察上消化道黏膜情况, 抽出胃中积血, 准确定位出血位置, 经内镜钳道置入止血夹, 调整止血夹方位后将出血病灶两侧组织夹闭, 以生理盐水冲洗出血点, 确保止血效果良好后退出。近年来内镜下治疗技术不断发展, 技术越来越成熟, 止血夹类型也快速更新迭代, 致力于达到最佳止血效果, 减轻患者的痛苦, 改善预后。官庆等人^[12]的研究中, 针对难治性 ANVUGIB 患者采用内镜下 OTSC 吻合夹治疗, 其治疗总有效率达到 93.33%, 45 例患者中仅有 1 例出现术后再出血, 1 例出现术后消化道瘘, 并发症总发生率为 4.44%。

目前, 关于 ANVUGIB 内镜检查治疗的最佳时机尚无明确定论。张伟等人^[13]对 750 例 ANVUGIB 患者的临床资料进行分析, 发现入院后 12h 内对患者进行内镜检查, 可有效缩短患者平均住院时长, 但将患者分为低风险与高风险两个亚组中进行的深入分析并未揭示住院时间上的显著区别, 表明住院时间的缩短可能与患者病情严重程度有关。李岩等人^[14]的研究则认为, 在 ANVUGIB 患者发病后 8h 内进行内镜检查治疗的效果优于发病后 8 ~ 24h 进行内镜检查, 可缩短止血时间, 降低再出血率。由此可见, 临床研究中对于 ANVUGIB 内镜检查时机仍存在一定争议。根据中国 ANVUGIB 诊疗指南推荐, 内镜检查应在患者血流动力学稳定后早期进行, 时间应在患者就诊后 24h 以内^[4]。

2.4 中药治疗

中药也可应用于 ANVUGIB 临床治疗中, 主要发挥辅助治疗作用。中医药理论中关于“火”“气”“瘀”等病机的探讨, 可为 ANVUGIB 的治疗提供传统中医治疗方向, 如“清火”“调气”“散瘀”等^[15]。这些治疗方法和理念可以作为现代医疗手段的补充, 使 ANVUGIB 治疗过程中获得更多元化的治疗选择。赵永超等人^[16]研究对高危 ANVUGIB 患者采用地榆止血汤辅助治疗的效果, 其治疗总有效率达到 97.96%, 住院时间、止血时间均短于对照组, 输血量低于

对照组,其作用原理是药方中的地榆、白及、茜草、海螵蛸等药物具有清热解毒、逐瘀通经、清胃泻火、养血止血的作用,可减轻机体炎症反应,强化止血作用,促进患者病情恢复。周盈等人^[17]则将中药治疗与内镜技术相结合,予以内镜下喷洒安胃宁血散的治疗方式,同样取得了良好效果,能够有效止血,促进受损黏膜的恢复。

3. 结语

ANVUGIB在全球范围内仍然属于临床急危重症,众多研究正致力于探索更为有效的疾病管理策略。多项临床研究证实,质子泵抑制剂、抗纤溶药物等药物治疗对于ANVUGIB有确切效果。随着内镜技术的不断进步,内镜已成为诊断和治疗ANVUGIB的首选方法,包括内镜下药物注射、内镜下药物喷洒、内镜下OTSC吻合夹等,为难治性和复发性出血患者提供了更多治疗选择。尽管学术领域进行了大量研究,并取得了一定的成果,但ANVUGIB临床治疗领域仍存在许多问题和挑战,亟待进一步的深入研究,以推动该领域的持续发展。

参考文献:

- [1] 李明晋,杨涵,李春华,等.弹簧圈联合组织胶栓塞治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的疗效观察[J].中国现代普通外科进展,2024,27(01):51-54.
- [2] 张伟,颜秀娟,陈胜良.急性非静脉曲张性上消化道出血的急诊胃镜检查时机[J].胃肠病学,2023,28(07):385-388.
- [3] 杨璐.GBS、Rockall及AIMS65评分对急性非静脉曲张性上消化道出血患者预后预测价值分析[J].实用临床医学,2023,24(06):19-23.
- [4] 《中华内科杂志》编辑委员会,《中华医学杂志》编辑委员会,《中华消化杂志》编辑委员会,等.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2018年,杭州)[J].中华内科杂志,2019,71(3):173-180.
- [5] 邢龙,吴丽颖,王书海,等.艾司奥美拉唑联合云南白药治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的疗效[J].西北药学杂志,2024,39(01):122-127.
- [6] 葛迎迎.兰索拉唑联合奥曲肽治疗非静脉曲张

性上消化道出血的临床效果[J].中国科技期刊数据库·医药,2023(4):99-102.

- [7] 田传红,张丽宏.内镜下注射止血与金属钛夹止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血效果分析[J].系统医学,2021,6(11):83-85.

- [8] 黄福康.奥美拉唑联合氨甲环酸治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床效果及预后研究[J].临床合理用药,2023,16(19):100-103.

- [9] 林婵婵,张葵玲,陈小令,等.介入治疗在难治性急性非静脉曲张性上消化道出血中的应用价值[J].中国现代医生,2023,61(31):56-59.

- [10] 胡成琛,李国栋,李为民.内镜止血和血管介入治疗急性非静脉曲张性上消化道出血失败的危险因素分析[J].浙江临床医学,2023,25(11):1624-1626.

- [11] 叶朝华.内镜下钛夹止血联合奥美拉唑治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(32):174-176.

- [12] 官庆,胡祺英,陆静静.内镜下OTSC吻合夹治疗难治性急性非静脉曲张性上消化道出血的效果观察[J].浙江创伤外科,2024,29(06):1096-1098.

- [13] 张伟,颜秀娟,陈胜良.急性非静脉曲张性上消化道出血的急诊胃镜检查时机[J].胃肠病学,2023,28(07):385-388.

- [14] 李岩,李亚方,周旋.不同时机胃镜治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的效果[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(12):94-96.

- [15] 田新诚,邵旭鹏,刘委宏,等.中医对急性非静脉曲张性上消化道出血的病机探讨[J].云南中医中药杂志,2023,44(07):17-20.

- [16] 赵永超,曾垂义,陈振翼.地榆止血汤辅助对高危急性非静脉曲张性上消化道出血患者止血有效率的影响[J].中医药临床杂志,2023,35(01):160-164.

- [17] 周盈,吴自强,朱木娣,等.内镜下喷洒安胃宁血散治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效观察[J].云南中医中药杂志,2023,44(08):41-45.