

240例上消化道出血的临床特征分析

刘富猛 蔡林燕 叶俊 陈浩 邵红征^(通讯作者)

黄石市第五医院, 湖北 黄石 435000

摘要: 目的: 探索分析上消化道出血(UGH)病因构成、出血量、严重程度及其与性别、相关伴随疾病等因素的相关性, 更好指导临床诊治。方法: 通过回顾性分析我院 2021 年 1 月-2024 年 1 月 240 例上消化道出血住院患者, 均表现不同程度的呕血、黑便等上消化道出血症状, 主要通过胃镜等相关检查确诊。其中男 148 例, 女 92 例, 年龄最小 14 岁, 最大者 88 岁, 平均年龄 51 岁, 病程 0.5 小时-17 年不等。按不同的年龄分为 A、B、C、D4 组(根据联合国世界卫生组织(WHO)建议新年龄分组: 青年组为小于 44 岁, 中年组为 45 岁至 59 岁, 年轻老年组为 60 岁至 74 岁, 老年组为大于 75 岁), 进行医学统计学比较分析。结果: ①本组资料表明上消化道出血的病因是: 胃十二指肠溃疡 107 例(44.58%), 食管胃底静脉曲张 64 例(26.66%), 恶性肿瘤 29 例(12.08%), 急性胃黏膜病变 25 例(10.41%), 其他 15 例(6.25%), 有统计学意义($P < 0.05$)。在消化性溃疡、门脉高压所致静脉曲张、恶性肿瘤, 男性发病率明显高于女性($P < 0.05$); 而药物相关性出血, 女性明显高于男性($P < 0.05$)。59 岁以下 UGH 的主要病因是: 消化道溃疡和食管胃底静脉曲张破裂出血, 在 60 岁以上患者 UGH 的主要病因是: 消化性溃疡和胃肿瘤。②按出血量多少依次为杜氏病、食管胃底静脉曲张破裂出血、消化性溃疡、门脉高压性胃病、肿瘤性病变、贲门黏膜撕裂综合征、糜烂出血性胃炎、反流性因素($P < 0.05$)。③食管胃底静脉曲张破裂出血、杜氏病是严重威胁生命的上消化道出血, 主要因为出血迅猛, 预后凶险。而常见的食管胃底静脉曲张出血中, 首次出血病死率高达 30-50%, 其中 20-50%患者在出血 7-10 天内死亡, 6 周内出血复发率达 31%, 1-2 年出血复发率为 47-84%, 病死率为 20-70%。④年龄、性别、饮食、卫生环境等与病因有关, 上消化道出血程度及危险性与年龄及细菌感染成正相关性。结论: 上消化道出血的主要原因为消化性溃疡, 食管胃底静脉曲张出血量大, 病死率较高, 出血的病因受多方面因素影响(年龄、性别、饮食、合并伴随疾病和细菌感染等)。

关键词: 上消化道出血; 临床特征; 出血病因

UGH 是一种较为常见的消化内科疾病, 发病率在不同地理范围差异较大, 总体发病率(100-180)/10 万, 病死率 2%-15%, 需要进行及时有效的治疗。患者有上消化道出血, 主要临床表现为呕血、黑便, 一旦患者出血量大, 就会影响外周循环系统, 诱发多器官功能障碍危及生命可能^[1]。从 2021 年 1 月到 2024 年 1 月, 我们收集了 240 名住院患者的病例, 均表现不同程度的呕血、黑便等上消化道出血症状, 主要通过胃镜等相关检查确诊。分析上消化道出血的病例信息、临床特征和临床分析, 加深临床医生对上消化道出血的认识, 进一步提高临床治疗水平。

1 材料方法

1.1 临床材料

通过回顾性分析我院 2021 年 1 月-2024 年 1 月 240 例上消化道出血住院患者, 均表现不同程度的呕血、黑便等上消化道出血症状, 主要通过胃镜等相关检查确诊。其中男 148 例, 女 92 例, 年龄最小 14 岁, 最大者 88 岁,

平均年龄 51 岁, 病程 0.5 小时-17 年不等。按不同的年龄分为 A、B、C、D4 组, 进行医学统计学比较分析。

1.2 上消化道出血诊断标准

患者有呕血、黑便的症状, 可能伴有外周循环功能不全的体征, 如呕吐、心率加快、血压下降和氮质血症、发热和血液图像变化, 主要通过胃镜等相关检查确诊。

1.3 研究方法

对 240 名在我院规范治疗的上消化道出血病例进行回顾性分析, 并对其进行问卷调查、普通信息、慢性病、临床方法、胃镜结果和实验室检查, 以确定其是否符合最终入组标准, 并分析综合疗效统计数据(见表 1)。

2 结果

①本组资料表明 UGH 的病因是: 胃十二指肠溃疡 107 例(44.58%), 食管胃底静脉曲张 64 例(26.66%), 恶性肿瘤 29 例(12.08%), 急性胃黏膜病变 25 例(10.41%), 其他 15 例(6.25%), 有统计学意义($P <$

表 1 病例疾病特征

基本特征		(n=240)	
		n	%
性别	男	148	61.7
	女	92	38.3
年龄	$\bar{x} \pm s$		51
发病时间	小于 2 小时	23	9.6
	2 小时-2 天	112	46.7
	2 天-7 天	95	39.6
	7 天以上	10	4.1
出血量	小于 500ml	53	22.1
	500ml-1000ml	112	46.7
	1000ml-2000ml	56	23.3
	大于 2000ml	19	7.9
出血病因	消化性溃疡	107	44.58
	食管胃底静脉曲张破裂	64	26.66
	胃癌	29	12.08
	急性胃粘膜病变	25	10.41
	其他	15	6.25

表 2 不同年龄组临床特征

特征组别		A (45 岁以下)	B (45-59 岁)	C (60-74 岁)	D (75 岁以上)	合计
性别	男	23	46	58	21	148
	女	12	34	38	8	92
发病时间	-2H	25	37	15	5	82
	2H-2D	5	28	42	9	84
	2D-7D	3	13	35	13	64
	7D_	2	2	4	2	10
出血量	500ML 以内	7	10	10	3	30
	500ML-1000ML	10	32	45	13	100
	1000-2000ML	13	27	27	7	74
	2000ML 以上	5	11	14	6	36
病因	消化性溃疡	26	32	36	13	107
	胃底食管静脉曲张	2	25	33	4	64
	胃癌	1	12	11	5	29
	急性胃粘膜病变	4	9	10	2	25
	其他	2	2	6	5	15
治疗转归	高危因素越多(年龄、出血量、发病就诊时间、GBS 评分、基础疾病、病因、救治方案等), 治疗预后越差。					

0.05)。在消化性溃疡、门脉高压所致静脉曲张、恶性肿瘤, 男性发病率明显高于女性 ($P < 0.05$); 而药物性相关出血, 女性明显高于男性 ($P < 0.05$)。同时不同年龄组患者出血主要病因存在差异。②不同病因的出血量、危险性、严重程度存在差异 ($P < 0.05$)。③食管胃底静脉曲张破裂出血、杜氏病是严重威胁生命安全的上消化道出血之一, 出血迅猛且出血量大, 预后凶险。④年龄、性别、饮食、卫生环境等与病因有关, UGH 的严重程度及危险性与年龄成正相关性, 其原因可能与老年人血管硬化、凝血机制等保护机制有关。UGH 与细菌感染成正相关性, 相互影响, 其原因可能是侵入性的诊断和治疗性操作增多, 肠道菌群上移和易位增加成为内源性感染源(见表 2)。

3 讨论

根据该小组的研究, 患有上消化道出血的性别差异与

其他研究一致, 男性仍然多于女性, 其原因可能为男性暴露的高危因素更多。在过去五年中, 上消化道出血的年龄越来越大, 本研究显示 60 岁以上占比为 52.08%, 高于先前的临床报告^[9], 这一现象可能与近年来人口结构的老龄化有关, 老年患者不仅胃癌发病率高, 而且各种基础疾病的合并比率明显高于中年患者, 心脑血管病的老年患者因大量使用阿司匹林和非甾体抗炎药等高危因素, 进一步增加了老年上消化道出血患者风险。根据外国学者的一项研究, 60 岁以上老年患者再出血的风险可能会增加一倍, 同时合并其他严重疾病的上消化道出血患者的死亡率也会增加^[9], 此外, 上消化道出血老年患者的主要死亡原因是心脑血管疾病及相关并发症, 只有不到 20% 的死亡原因是无法控制的上消化道出血。这说明在目前 PPI 的临床广泛使用和内镜检查治疗技术提高的今天, 老年人上消化道出血总体发生率和病死率都没有改变的事实, 而 60 岁

以下青中年因为 PPI 而受益较大^[4]。因此,我们需要在临床实践中更加关注存在高危风险的老年患者,同时加强潜在疾病的监测和治疗与胃肠道出血的发生,控制急性发作和潜在疾病的进一步恶化,并加强老年患者的长程管理工作,长期服用损伤上消化道药物治疗慢性疾病的患者可通过药物预防消化道出血。

60 岁以下患者中也主要表现为以消化性溃疡出血为主,并且出血量不大,治疗预后良好,这可能与患者救治及时、基础疾病较少、身体机能修复、免疫功能较好有关,但 60 岁以下患者,尤其是 45 岁以下患者血管畸形出血(杜氏病)及贲门撕裂综合征、急性胃粘膜病变发病率较高,并且血管畸形出血量大且凶险,只要救治及时,预后良好,但有复发风险。急性胃粘膜病变发病率高,主要表现在男性患者,其主要可能男性青年不良饮食作息,酗酒抽烟诱发,出血量不大,积极治疗预后可。

除病因不明的死亡患者外,明确病因的死亡患者中食道胃底静脉曲张破裂出血所占比例最高,其次是胃癌,这表明食道胃底静脉曲张是上消化道所有出血中最危险的,直接威胁生命。食道胃底静脉曲张通常有门脉高压失代偿性肝硬化病史,对于重要脏器存在失代偿的上消化道出血患者,其死亡风险也相对增加^[4]。因此,作为临床活动的一部分,胃底食管静脉曲张患者应受到密切监测,内镜治疗积极预防出血,同时注重对潜在疾病的补偿治疗并改善预后。

在上消化道出血的发病机制中,通过内镜检查明确诊断,消化性溃疡仍然是最主要的病因,发病率达到 44.58%,其中十二指肠溃疡占消化性溃疡 70%至 80%,与之前报告的发病率基本一致^[5]。消化道肿瘤也是上消化道出血的主要原因,特别是在 60 岁以上的患者中,这可能与最近老年患者的比例稳步上升有关。在老年患者中,癌症仍然是最常见的,其次是胃溃疡,这与肿瘤的高年龄相对应。急性胃黏膜病变的发病比例较之前研究报道的降低,甚至低于食管—贲门黏膜撕裂症的发病比例,这可能与老年人重视服用 PPI 有关,越来越多的患者在出现消化道症状时即自行服用抑酸保护胃黏膜等相关药物,导致该病的发病比例不断降低。

急性胃粘膜病变、其他(贲门撕裂综合征,胃、食管血管畸形等)也是消化道出血的病因,尤其是血管畸形出血,往往出血量大,病情凶险,好发于中青年,如果救治不及时死亡率高。同时消化道出血有时合并多种病因同时出血,在诊断治疗时需要我们结合患者病史特征,给予积极及时的检查及治疗,权衡好治疗方案的利弊,同时兼顾患者整体治疗,给予患者最优的个体化治疗。

总之,对于上消化道出血的患者,在保证生命体征稳定的条件下应尽快明确出血部位和原因,结合患者的临床特点进行综合分析,及时进行有效的治疗,同时避免相关的诱发因素,积极治疗基础疾病,进一步降低上消化道出血的发生率和死亡率,改善患者的预后。

展望:

本研究只是针对临床消化道出血病因的简单分析讨论,还需要进一步消化道出血的诊断、治疗、预防及相关危险因素评估进行更多大样本高质量研究,以期更好在预防、救治消化道出血患者中提供更多临床指导,为健康中国不懈努力,而我科也在积极的开展各项临床研究和项目,消化道出血急诊快速救治通道开展可以很好的服务消化道出血病患。

参考文献:

- [1]文宝.消化内科上消化道出血临床治疗要点[J].临床医药文献电子杂志,2019,(4):43-44.
- [2]许勤,胡乃中,崔小玲.1520 例上消化道出血病因和临床特点分析[J].临床消化病杂志,2011.
- [3]BLOCKSON JM, TOK IOKA S, SUGAWA C, Current therapy for nonvariceal upper gastro intestinal bleed ing [J]. Surg E ndosc,2004,18:186.
- [4]许勤.1520 例上消化道出血临床分析及非静脉曲张上消化道出血风险评估的临床研究[D].安徽医科大学,2011.
- [5]杨建军.927 例上消化道出血治疗临床分析[J].心理医生(下半月版),2012,(6):113-113.

作者简介:刘富猛(1989—),男,汉族,湖北省黄石市,硕士研究生,黄石市第五医院,主治医师,研究方向为消化道肿瘤及消化内镜。