

消化内镜治疗胃十二指肠出血的临床效果分析

姚小波

乐山老年病专科医院 四川 乐山 614000

摘要:目的: 剖析消化内镜在胃十二指肠出血里的治疗实际效果。方法: 此次将会对2021年5月至2022年5月来医院接纳治疗的70例患者进行分析, 依据治疗方式把它分成2组, 即对照组、观察组, 每一组患者35例, 每组患者采用不一样治疗方式, 对2组治疗实际效果进行对比。结果: 观察组治疗总有效率为97.14%, 高出对照组的85.71%, 2组对比差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 2组血清蛋白E、NE及Cor水准小于治疗前, 且观察组显著小于对照组, 差异都有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者出血量、静脉注射量及不良反应出现率均低于对照组, 且活血时间以及住院天数小于对照组, 差异都有统计学意义($P < 0.05$); 治疗前, 2组生活品质得分对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 观察组生活品质得分(92.84 ± 5.79)分高过对照组的(83.18 ± 5.67)分, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在胃十二指肠出血患者中选用消化内镜协同APC治疗能降低患者出血率, 提升临床应用。

关键词: 胃十二指肠出血; 消化内镜; APC; 临床效果

引言

胃十二指肠出血是临床医学里的常见疾病, 由细菌感染和胃酸过多造成, 严重危害大众的身心健康。胃黏膜损伤和胃十二指肠壁破损可诱发出血, 造成腹痛病症。胃十二指肠出血患病率比较高, 尤其是在饮食搭配欠佳、作息不规律人群中, 情绪变化也可以改变肠胃, 诱发胃十二指肠出血。临床医学上用药品治疗胃十二指肠出血病人有一定的实际效果。那如果服药效果不佳, 就需要更准确、更加全面了解出血状况, 执行目的性医治。近些年, 消化内镜技术性慢慢获得运用和完善, 在疾病治疗中彰显了较好的功效^[1-2]。文中对70例胃十二指肠出血患者进行了科学研究, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选2021年5月至2022年5月医院接受治疗胃十二指肠流血患者70例进行分析, 依据治疗方法把它分成2组, 每一组35例。对照组男士患者20例, 女性15例, 年纪62~73岁, 平均年龄(62.62 ± 8.40)岁; 观察组男士患者15例, 女性20例, 年纪62~74岁, 平均年龄(63.42 ± 8.00)岁。患者的基本信息比照, 并没有差别($P > 0.05$), 具有较好的对比实际意义。排除规范: 排除合并比较严重心、肝、肾等功能问题患者, 排除有药物过敏史者, 排除不明原因或其它原因造成的脑梗塞患者, 排除须静脉溶栓或是行手术医治患者^[3]。

1.2 方法

全部病人均给与血流量填补或静脉注射、感染性休克、平稳血压值等医治。手术前1周, 静脉输液奥

美拉挫40mg, 每日2次。手术前8~12钟头忌食洗肠; OlympusCV-260消化吸收内镜用以定期检查医治^[4]。

对照组选用部分药品注入: 在消化吸收内镜下发觉溃疡出血点后, 根据内镜钳插进注射器针头, 在溃疡出血点周边1.0~1.5 cm范围之内取4个点, 注射肾上腺素氯化钠溶液1:10000。注入深层不得超过2.5cm, 每点注射液量是1~2 ml, 总注入量是8~1~2ml。溃疡出血位置终止后, 取下电子内窥镜^[5-6]。

观察组选用氩正离子凝固术: 在消化吸收内镜下寻找溃疡出血点, 先使用药物清洗溃疡出血点, 再通过内镜穿刺活检口送进氩离子凝固软管和氩离子刀, 在距溃疡出血点0.3~0.5cm部位进行氩离子凝固, 每一个出血点不断凝固2s, 直到溃疡出血终止, 出血点表层粘膜变成黄、白、黑三色, 随后退出内镜^[7-8]。

1.3 疗效评价指标

观察2组医治前后功效、应激状态水准及不良反应发病率。显著效果: 术后24小时之内活血彻底终止, 病人生命临床症状稳定, 大便隐血试验呈阴性, 无再出血及有血胃酸; 合理: 医治3天之后活血彻底终止, 无再出血及显著病发症; 失效: 医治5天之后活血效果不佳或再出血, 还伴有显著病发症; 总有效率=(效果显著)/总病例数100%; 非常2组病人的生活品质, 评估量表为SF-36, 满分成100, 表明生活品质最好是^[9]。

1.4 统计学处理

数据信息用SPSS19.0软件进行检测, 计数资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 选用 t 检验, 计量资料用 $n(\%)$ 表明, 选用 χ^2 检测, 差别有统计意义($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率为97.14%，高于对照组的85.71%，两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表1。

表1 观察组与对照组治疗总有效率比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	24 (68.57)	10 (28.57)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	35	18 (51.43)	12 (34.29)	5 (14.29)	30 (85.71)

2.2 两组应激反应水平变化比较

治疗后，两组血清E、NE及Cor水平低于治疗前，且观察组明显低于对照组，差异均有统计学意义 ($P <$

0.05)，见表2。

表2 观察组与对照组应激反应水平变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	E (ng/ml)	NE (ng/ml)	Cor (ng/ml)
观察组	35	治疗前	57.25±5.47	65.73±5.32	124.55±14.17
		治疗后	24.06±3.22	29.81±4.24	55.32±7.15
对照组	35	治疗前	56.12±6.38	65.68±5.87	124.76±13.19
		治疗后	37.51±4.16a	46.80±6.41	88.29±9.11

2.3 两组治疗及康复指标比较

观察组患者出血量、输血量及并发症发生率均少于对照组，且止血时间及住院时间短于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表3。

表3 观察组与对照组治疗及康复指标比较($\bar{x} \pm s, n (%)$)

组别	例数	出血量 (ml)	输血量 (ml)	止血时间 (d)	住院时间 (d)	并发症发生率
观察组	35	392.32±45.87a	422.31±45.73	1.81±0.17	5.48±0.57	1 (2.86)
对照组	35	519.76±56.41	803.35±87.45	3.19±0.51	8.89±0.76	4 (11.43)

2.4 两组生活质量比较

治疗前，两组生活质量评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后，观察组生活质量评分(92.84±5.79)分高于对照组的(83.18±5.67)分，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	35	72.37±5.63	92.84±5.79
对照组	35	72.18±5.48	83.18±5.67
<i>t</i>		0.6723	8.9067
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05

3 讨论

胃十二指肠出血临床上非常常见，其临床表现大多为吐血和大便出血，还伴有心慌气短和困乏。假如患者失血，也会导致四肢冰冷、胸闷气短等对应的休克病症。胃十二指肠出血具备复发性高、进度快、出血量大特性。近些年，伴随着人们的生活水平的提升。由于我们生活品质的提升，生活习惯和饮食习惯出现了巨大的变化，胃十二指肠出血患病率逐年递增，对于我们的形成了巨大威胁。因而，采用积极主动高效的治疗手段，缓解患者痛楚，具备积极主动的价值^[10]。

消化内镜在治疗胃十二指肠出血层面有如下显著的优势：

①依靠内窥镜取下病变，有利于精准把握病变，辨别良恶性疾病；②消化内镜观查病变更真实、更加全面，对病变的总体掌握更真实、最准确；③有利于充分

了解患者出血状况；消化内镜是一种微创技术方式，可以信赖。伴随着医学技术的提升，此方法广泛应用于临床医学，治疗理想化；④其微创手术、安全性治疗办法是手术和长期性用药治疗所不具备的。氩离子凝固术是医学上一种高效的包扎方法。它依靠氩气瓶流使血液快速凝固，期内不和病变触碰。主要是通过水解气体向机构传送单级动能，从而减少了与胃粘膜接触。与此同时氩气瓶流相具备更加好的全自动正确引导，能够快速止血，降低治疗中的失血量。

内窥镜下药品注入是胃十二指肠出血患者常见治疗办法，在其中药品注入为肾上腺激素医治，能促进粘膜下毛细血管收缩，合理汇聚血小板计数，产生静脉血栓，具有止痛功效。给药后，部分组织肿胀，压迫血管，提升活血功效。但注入人类药治疗过程中，药效作用时间较短，活血实际效果无法达到饱和状态，容易造成再出血。很多临床实验说明，消化内镜下氩离子凝固术对肠胃十二指肠出血患者效果明显，临床治疗普遍，备受患者和医护人员的青睐。消化内镜下氩离子凝固术能够快速止血，合理防止患者长期性服药，与此同时防止手术医治所带来的外伤^[11]。

本分析对2组患者各自选择不同的方式进行医治，即消化内镜下氩正离子凝固术和消化内镜下活血注入术。结果显示，观察组治疗总有效率为97.14%，高过对照组的85.71%，2组对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后，2组血清蛋白E、NE及Cor水准小于治疗前，

且观察组显著小于对照组,差异都有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者出血量、静脉注射量及不良反应出现率均低于对照组,且活血时间以及住院天数小于对照组,差异都有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,2组生活品质得分对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,观察组生活品质得分(92.84 ± 5.79)分高过对照组的(83.18 ± 5.67)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。消化内镜下氩离子凝固环节中,凝固深层自限,一般在3mm之内,穿孔率显著降低。且操作过程中无炭化状况,有利于避免修复;此外,氩电子束在全自动正确引导的影响下,应用于机构表层,顺着喷头和气体方向抵达疾病,以达到医治目的,具备明显的实用价值。挑选一部分胃十二指肠出血患者进行分析,选用内窥镜用药治疗和消化内镜氩离子凝固术医治。

在疾病的治疗的过程当中,医护人员还必须做好情绪控制,严格观查患者病况,与患者及其家属维持有效的沟通和互动交流,给与患者更多激励和宽慰,确保治疗井然有序开展。为了保证临床观察实际效果,务必提升干预模式,有效评定患者病况,手术前调养,心理指导,按时机构健康教育知识活动,向患者普及化各种治疗手段,提升患者认知层次,防止消极情绪,为手术医治保驾护航。此外,医护人员要充分准备,给患者更多营养支持。手术后为防止手术后出血,可以使用独特止血药物,并提升静脉注射干涉。为避免十二指肠组织的残端破裂,医护人员应检测手术恢复状况,确定是否有腹痛、高烧或脉率太快。一旦有一切出现异常,他应该给医生汇报,并和他协作。值得关注的是,在治疗干预模式中,医护人员应依据患者的具体情况制定科学合理的护理工作计划。在计划安排环节中,患者应注意具体情况以及各种病发症,从而达到干预模式效果,加速患者修复和生活品质得分^[12]。

本科学研究结果显示,与常规治疗方式对比,观察组患者经消化内镜医治后高效率和不良反应发病率显著少于对照组,和相关研究成果类似,进一步验证了消化

内镜治疗胃十二指肠出血的高效安全度。

4 结束语

综上所述,经消化内镜治疗胃十二指肠出血的临床效果确切,有助于促进患者早日康复,安全可靠。

参考文献

- [1]李红.消化内镜治疗胃十二指肠出血的疗效分析[J].中国医疗器械信息,2019,25(18):64-65.
- [2]王胜禹.消化内镜治疗胃十二指肠出血的手术技巧及症状转归分析[J].中国医药指南,2019,17(36):67-68.
- [3]王振宁.经消化内镜治疗胃十二指肠出血的临床价值评述[J].中外医疗,2019,35(21):63-64.
- [4]祖明立.经消化内镜治疗胃十二指肠出血的手术方式及临床效果分析[J].河北医药,2019,18(22):56-58.
- [5]沈哲司.经消化内镜治疗胃十二指肠出血的临床价值观察.中国医疗器械信息,2020,26(23):89-90.
- [6]龙林丽.经消化内镜治疗胃十二指肠出血的临床效果研究.养生保健指南,2020(20):55-56.
- [7]张伟.奥曲肽联合泮托拉唑治疗胃、十二指肠溃疡出血的临床应用[J].心理月刊,2019,14(4):115-116.
- [8]孙娟,欧阳小予,陈伟,等.经消化内镜治疗胃十二指肠出血(非静脉曲张出血)的临床效果[J].中国医药科学,2020,10(17):234-237.
- [9]韩玉珊.消化内镜治疗胃十二指肠出血的方法与治疗效果观察[J].中国医疗器械信息,2019,24(15):90-91.
- [10]傅鑫,易建,张善金,等.消化内镜在上消化道出血治疗中的临床应用价值研究[J].中国当代医药,2019,24(30):43-45.
- [11]张兰.风险护理在消化内镜治疗胃十二指肠出血中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(41):152.
- [12]任佳佳.消化内镜下氩离子凝固术治疗胃十二指肠出血的疗效研究[J].实用临床医药杂志,2019,23(17):107-109.