

急诊结肠镜在下消化道出血诊治中的临床价值分析

梁 蓓

内蒙古鄂尔多斯市东胜区人民医院 内蒙古 鄂尔多斯市 017000

摘要:目的: 分析急诊结肠镜检查急性下消化道出血诊治价值。方法: 选择2020年2月-2021年2月收治的94例下消化道出血患者进行回顾性分析, 根据检查方式将其分成观察组(56例)和对照组(38例), 观察组经急诊结肠镜检查, 对照组经常规结肠镜检查。统计94例患者出血原因, 比较两组首次出血检出率、出血量、输血量、耗时、止血率和住院时间。结果: 结肠癌和结肠息肉引发急性下消化道出血概率明显高于其他不明原因($P < 0.05$), 观察组的首次出血检出率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者检查过程中的出血量和输血量明显少于对照组($P < 0.05$), 观察组检查耗时短于对照组($P < 0.05$), 观察组止血率明显高于对照组且诊治后住院时间短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

关键词: 急诊结肠镜; 下消化道出血; 诊治

下消化道出血通常是指十二指肠悬韧带以下的肠道出血。下消化道出血的病因存在地区差异性, 国内有报道下消化道出血的常见病因包括大肠癌、大肠息肉、肛周病变、痔疮、血管畸形等, 而国外相关报告发现下消化道出血的常见病因依次为憩室病、痔疮出血、缺血性结肠炎、结肠血管病变、息肉切除术后出血。急性下消化道出血发病率为(20~27)/10万^[3-4], 且对于60岁以上的老年人, 因其合并基础病多且应用消化道损伤药物比例高等特点, 其危害性远高于年轻人。结肠镜检查是诊断下消化道出血的一个重要手段, 同时还能对部分病灶出血实施及时有效的内镜下止血处理。急诊结肠镜的介入时机目前还存在很多争议, 从发病后8~48h内不等, 2016年4月美国胃肠病学院发布了一份关于急性下消化道出血患者管理的指南^[6], 建议对于持续出血的高风险患者, 应在其血流动力学稳定后快速清理肠道, 并于24h内行结肠镜检查以助诊断和治疗。故本研究收治的94例下消化道出血患者进行回顾性分析。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取2020年2月-2021年2月收治的94例急性下消化道出血患者作研究对象, 根据检查方式分为观察组(56例)和对照组(38例)。观察组男32例, 女24例, 年龄50岁-65岁, 平均(60.45 ± 2.63)岁。对照组男19例, 女19例, 年龄50岁-64岁, 平均(60.12 ± 2.32)岁。两组年龄、性别比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准: ①大便中出现大量鲜红色或暗红色血液者; ②便血量超过1000 mL

者; ③有间歇性便血病史者; ④患者年龄小于65岁, 知情并同意将病例资料用于本研究。排除标准: ①胃镜检查排除上消化道出血及小肠出血者; ②有腹腔或盆腔手术史者; ③肛门或直肠发生化脓性炎症或疼痛性剧烈, 对结肠镜不耐受者; ④精神病或不能合作者。⑤既往消化道肿瘤病史排除

1.2 方法

采用奥林巴斯附注水电子结肠镜检查, 并予连接二氧化碳气泵替换空气泵。条件许可的患者均予静脉全身麻醉, 出血量大、可疑出血部位低、合并肠梗阻等患者予清水清洁灌肠处理, 其中出血量大考虑灌肠可能加重出血的患者可不予做肠道准备, 其余患者遵医嘱服用复方聚乙二醇电解质散清洁肠道, 小儿及老年患者根据病情酌情减量^[1]。除因新生物堵塞肠腔、已明确出血部位或肠道准备条件差、肠镜进镜困难等无法继续操作病例外, 均常规插镜至回盲部或回肠末端, 退镜时反复冲洗吸引观察可疑病灶, 并及时进行必要的内镜下止血处理, 操作过程密切观察患者生命征情况。术前均与家属充分沟通, 告知操作目的及可能出现的风险, 并签署知情同意书。

1.3 观察指标

据病例资料统计94例患者出血原因, 计算两组的首次出血检出率; 采血检测两组患者的血红蛋白(Hb)值, 判断其出血量; 据我国《临床输血技术规范》对患者进行输血; 通过医疗诊断记录, 查得结肠镜检查耗时和住院时间。

2 结果

2.1 两组出血原因及出血检出率的比较

结肠癌和结肠息肉引发急性下消化道出血概率明显

高于其他不明原因($P < 0.05$), 观察组的首次出血检出率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组出血原因及出血检出率的比较 (三线表)

组别	例数	结肠癌	结肠息肉	结肠炎	结肠憩室	不明确	首次出血检出率(%)
对照组	38	16	5	4	1	3	2 (76.32%)
观察组	36	28	10	6	4	6	5 (94.43%)
χ^2							7.023
P							0.008

2.2 两组出血量、输血量、耗时、止血率及住院时间的比较

观察组出血量和输血量明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组耗时短于对照组, 差异有统

计学意义($P < 0.05$); 观察组的止血率明显高于对照组($P < 0.05$), 住院时间明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组出血量、止血率、耗时、输血量及住院时间的比较 (三线表)

组别	例数	出血量 (mL)	输血量 (mL)	耗时 (min)	止血率n (%)	住院时间 (d)
对照组	38	520.60 ± 20.63	485.16 ± 30.25	8.96 ± 1.89	2 (76.32%)	8.96 ± 1.56
观察组	56	400.56 ± 20.21	285.62 ± 20.13	7.56 ± 1.65	5 (94.64%)	6.56 ± 1.23
χ^2/t		28.025	38.432	3.805	5.281	8.321
P		< 0.01	< 0.01	< 0.01	0.022	< 0.01

3 讨论

急性下消化道出血是消化科常出现的急症之一, 患者表现为出血发作突然, 出血速度快、便血次数多、间隔时间较短, 血便颜色成鲜红色或暗红色, 绝大部分患者有腹痛、腹胀等多种消化道疾病症状, 还常伴有口渴、出汗甚至晕厥等表现。人体下消化道由空肠、回肠和大肠组成, 这几部分结构长度长, 构造迂回复杂, 结肠癌、结肠炎、结肠息肉等多种原因均可引起患者急性下消化道出血, 若不能及时诊断患者病情, 不仅延误患者的后续治疗, 更延长了患者住院时间, 加重了其经济负担。

结肠镜检查是以充分的肠道准备为前提的, 但对于急性出血患者, 进行肠道准备有可能导致体液丢失, 致使循环衰竭, 尚有可能加重出血。因此, 临床上对于急性下消化道出血患者的诊治, 首先在肠道准备方面就存在困难。国外的研究推荐使用 Glasgow-Blatchford 评分 (GBS) 来评估病情严重程度, 从而制定下一步治疗方案。在多个国外临床指南中, 指出对于生命体征不稳定的患者, 以影像学检查为首选, 对于相对稳定的患者, 推荐进行完善的肠道准备后进行肠镜检查。在我中心的急诊工作中, 我们推荐根据患者的临床表现指定相应的肠道

准备方案^[2]。右半结肠出血, 由于血液在肠道内停留时间较长, 随着血液在肠道中的聚积, 红细胞破裂释放出血红蛋白, 与肠道内的硫化物产生反应而变为黑色, 因此粪便呈暗红色, 此时较难同上消化道出血的“柏油样便”相区分, 即便通过胃管洗胃未见血性胃液, 也不能排除上消化道出血的可能, 我们的经验是上消化道出血的“黑便”颜色较均匀, 血液与粪便相混合, 而下消化道出血患者的粪便在便池上会观察到新鲜血迹。此类患者活动性出血的可能性小, 因此在生命体征稳定的基础上, 我们推荐进行标准的肠道准备。但如果患者便大量的、颜色均匀的暗红色稀便, 则考虑上消化道突发大量出血的可能性大。对于排鲜血凝块的患者, 我们推荐使用 500 ~ 1 000 ml 温水灌肠后进行肠道检查。根据经验, 清洁灌肠的作用最多只能保证左半结肠肠腔的清洁, 进境过程中如果有大量血凝块堵塞肠腔, 我们推荐进行水泵冲洗, 同时嘱患者主动排便将血凝块排出。如果血凝块无法清除导致结肠镜未能探查回盲部且未找到出血点, 我们推荐口服泻药进行肠道准备后复查肠镜。除此之外, 以腹痛、腹泻为首发症状, 随后出现便血的患者, 特别是房颤病史的老年患者, 应高度怀疑缺血性肠病可能, 由于肠道炎症的渗透作用, 此类患者往往不

需要进行肠道准备即可获得较好的内镜视野。对于结直肠切除术后、息肉电切术后出血的患者,由于术前已行肠道准备且禁食,可免去肠道准备,在结肠镜检查过程中利用水泵进行肠道清洗,对出血部位行钛夹止血,止血效果良好^[3]。

下消化道出血的病因多种多样,据相关文献统计包括:结肠息肉出血、肿瘤出血、憩室出血、血管畸形、痔疮出血、缺血性肠病、炎症性肠病、肛周疾病等。本研究结果表明,结肠癌、结肠息肉是导致患者急性下消化道出血的主要原因,急诊结肠镜检查的首次出血检出率明显高于常规结肠镜检查患者,差异有统计学意义($P < 0.05$),这说明急诊结肠镜可有效的发现急性下消化道出血患者的出血点及病灶。急诊结肠镜检查的患者出血量和输血量明显低于常规结肠镜检查的患者($P < 0.05$),耗时短于常规结肠镜检查患者($P < 0.05$),急诊结肠镜的止血率明显高于常规结肠镜($P < 0.05$),患者住院

时间明显比常规结肠镜检查的患者短,差异有统计学意义($P < 0.05$),这说明急诊结肠镜检查可有效减少患者检查过程中的出血量和输血量,检查时间短,减少患者的住院时间,且急诊结肠镜检查有较高的止血率。

综上所述,急诊结肠镜检查可帮助医师及时诊断急性下消化道出血患者病因,紧急止血率高。

参考文献:

[1]何银云,陆焯,刘奇.急性下消化道出血的临床特征及急诊肠镜诊断策略研究[J].世界华人消化杂志,2020,26(26):1556-1561.

[2]李海春.急诊结肠镜检查急性下消化道出血诊治价值分析[J].罕少疾病杂志,2019,26(1):57-59.

[3]王宇,陈新光,沙素梅.急诊内科老年人下消化道出血病因分析及结肠镜检探讨[J].中国医药导刊,2020,19(10):977-980.