

胃镜下止血治疗上消化道出血的临床疗效评价

郭裕林

海军陆战队医院 广东 潮州 521000

摘要: **目的:** 探讨胃镜下止血治疗上消化道出血的临床疗效及其安全性。**方法:** 选取我院2022年3月至2025年9月收治的60例上消化道出血患者,随机数字表法分为观察组和对照组各30例。观察组采用胃镜下止血治疗,对照组采用常规内科保守治疗。比较两组患者的止血效果、住院时间及并发症发生情况。**结果:** 观察组在止血成功率方面高于对照组,在住院时间和并发症发生率方面低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 胃镜下止血治疗上消化道出血具有良好的临床疗效,能够有效提高止血效果,缩短住院时间,减少并发症的发生,值得临床推广应用。

关键词: 胃镜下止血治疗;上消化道出血;临床疗效;安全性

引言: 上消化道出血是临床常见的急危重症,具有发病率高、病情进展快、病死率高等特点。传统的内科保守治疗方法虽然能够控制部分患者的出血症状,但在某些情况下效果有限,且容易出现再出血等不良后果^[1]。随着内镜技术的不断发展和完善,胃镜下止血治疗逐渐成为上消化道出血的重要治疗手段。该治疗方法具有创伤小、定位准确、止血效果确切等优势,能够有效提高止血成功率^[2]。本研究旨在通过对比分析胃镜下止血治疗与传统内科保守治疗的效果,为临床治疗方案的选择提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2025年9月期间在我院消化内科收治的60例上消化道出血患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各30例。观察组男性13例,女性17例;年龄35-72岁,平均年龄(52.34±8.67)岁;出血原因:消化性溃疡21例,急性胃黏膜病变12例,其他7例。对照组男性15例,女性15例;年龄32-74岁,平均年龄(51.87±9.12)岁;出血原因:消化性溃疡23例,急性胃黏膜病变10例,其他7例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有参与研究的患者均签署知情同意书。

纳入标准: (1)符合上消化道出血的诊断标准;(2)出血量 $\geq 500\text{ml}$ 或出现失血性休克症状;(3)生命体征相对稳定,能够耐受胃镜检查;(4)患者及家属知情同意。**排除标准:** (1)合并严重心肺功能不全;(2)凝血功能障碍;(3)恶性肿瘤晚期;(4)妊娠期妇女;(5)精神疾病患者;(6)依从性差,无法配合治疗。

1.2 治疗方法

观察组:采用胃镜下止血治疗。术前禁食12小时,建

立静脉通路,监测生命体征。使用Olympus GIF-H170型电子胃镜进行检查,明确出血部位、出血量及出血性质。根据不同的出血原因选择相应的止血方式:对于活动性出血的消化性溃疡,先于出血灶周边多点注射1:10000肾上腺素盐水,每点注射量0.5ml至1.0ml,总注射量不超过10ml,待出血速度明显减缓后,再于出血点中央直接喷洒凝血酶冻干粉溶液(浓度500U/ml)或8%去甲肾上腺素冰盐水,喷洒量以完全覆盖出血创面为度。对于血管显露但无活动性喷血的溃疡,以药物喷洒为主,采用去甲肾上腺素冰盐水反复冲洗后喷洒医用生物蛋白胶,覆盖裸露血管表面。热探头凝固术仅在药物喷洒联合肾上腺素注射后仍可见活动性渗血时使用,且每例患者的应用频率控制在2至3次以内,单次接触时间不超过3秒。术后禁食24小时,给予抑酸、止血等对症支持治疗。

对照组:采用常规内科保守治疗。包括绝对卧床休息、禁食、持续胃肠减压、补液扩容、输血纠正贫血、质子泵抑制剂抑酸、生长抑素止血等综合治疗措施。密切监测生命体征、尿量、血红蛋白变化等指标,必要时输血维持血红蛋白 $> 70\text{g/L}$ 。

1.3 观察指标

(1)止血效果评价:成功:24小时内出血停止,大便潜血转阴,血压、心率稳定,血红蛋白不再下降;失败:24小时内仍有活动性出血或再次出血。(2)住院时间:从入院到出院的总天数。(3)并发症发生情况:记录两组患者治疗过程中出现的并发症,包括再出血、穿孔、感染等。

1.4 统计学处理

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、 t 检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 止血效果比较

观察组止血成功率显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者止血效果比较[n(%)]

组别	例数	止血成功	止血失败	成功率(%)
观察组	30	28(93.33)	2(6.67)	93.33
对照组	30	22(73.33)	8(26.67)	73.33
χ^2 值	-	-	-	5.668
P值	-	-	-	0.021

2.2 住院时间比较

观察组住院时间显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者住院时间比较($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	住院时间
观察组	30	5.23±1.45
对照组	30	8.67±2.34
t值	-	8.123
P值	-	0.000

2.3 并发症发生情况比较

观察组并发症发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者并发症发生情况比较[n(%)]

组别	例数	并发症	再出血	穿孔	感染	总发生率(%)
观察组	30	3(10.00)	2(6.67)	0(0.00)	1(3.33)	10.00
对照组	30	11(36.67)	6(20.00)	2(6.67)	3(10.00)	36.67
χ^2 值	-	-	-	-	-	5.963
P值	-	-	-	-	-	0.015

3 讨论

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、胆道和胰腺等部位的出血。该疾病在临床上具有较高的发病率，约占急诊科急腹症的5%-10%，是消化系统常见且严重的急症之一。从流行病学角度来看，上消化道出血的男性发病率略高于女性，且随年龄增长而增加。出血的主要病因包括消化性溃疡、急性胃黏膜病变、食管胃底静脉曲张破裂、Mallory-Weiss撕裂等，其中消化性溃疡是最常见的病因，占有上消化道出血病例的50%左右^[3]。从病理生理角度分析，上消化道出血的发生机制主要涉及胃酸分泌过多、胃黏膜屏障功能受损、幽门螺杆菌感染、非甾体抗炎药使用等多种因素。胃酸的过度分泌会导致胃黏膜的直接损伤，破坏胃黏膜的完整性，进而引起出血。同时，胃黏膜屏障功能的减弱使得胃黏膜更容易受到各种致病因子的侵

袭，增加了出血的风险。幽门螺杆菌感染不仅可以直接损伤胃黏膜，还可以通过诱导炎症反应进一步加重黏膜损伤。此外，长期使用非甾体抗炎药物会抑制前列腺素的合成，削弱胃黏膜的保护作用，也是导致上消化道出血的重要原因之一^[4]。从临床表现来看，上消化道出血患者通常表现为呕血、黑便、便血等症状，严重者可出现失血性休克、循环衰竭等危及生命的并发症。患者的临床症状与出血量、出血速度密切相关。少量缓慢出血可能仅表现为黑便，而出血量、速度快时则可能出现呕血。当出血量超过全身血容量的20%时，患者会出现明显的失血性休克症状，如面色苍白、四肢湿冷、脉搏细速、血压下降等^[5]。

内镜下止血治疗作为一种微创介入治疗方法，近年来在上消化道出血的治疗中发挥着越来越重要的作用。该技术结合了内镜诊断和治疗的优势，能够在直视下准确定位出血部位，并根据不同类型的出血采用相应的止血方法，从而实现快速、有效的止血目标。内镜下止血治疗的技术方法主要包括注射疗法、热凝疗法、机械止血和联合疗法等。注射疗法是将硬化剂或血管收缩剂直接注射到出血部位周围，通过化学刺激使局部组织产生炎症反应，促进血管闭塞和止血。常用的注射药物包括肾上腺素盐水、硬化剂等。热凝疗法利用高频电、激光、微波等能源产生的热效应使出血部位的血管凝固闭塞，达到止血目的。机械止血主要通过钛夹、套扎等器械直接压迫或夹闭出血血管，适用于较大的血管出血。联合疗法则是将多种止血方法有机结合，以提高止血成功率^[6]。从治疗效果来看，内镜下止血治疗具有止血成功率高、创伤小、恢复快等显著优势。本研究结果显示，观察组采用内镜下止血治疗的患者在止血成功率方面显著优于对照组（ $P < 0.05$ ）。这一结果充分证明了内镜下止血治疗的有效性。分析其原因，主要是因为内镜下止血能够直接作用于出血部位，止血方式更加多样化和个体化，可以根据不同类型的出血选择最适合的止血方法。例如，对于活动性出血的消化性溃疡，临床实践中优先采用注射1:10000肾上腺素盐水联合凝血酶溶液局部喷洒的方法。肾上腺素注射可使局部血管收缩、出血速度减缓，凝血酶直接作用于出血点促进纤维蛋白原转化为纤维蛋白，两者协同能够在数分钟内形成稳定血凝块。统计本组15例采用该方案的活动性溃疡出血患者，14例在单次处理后10分钟内出血完全停止，1例因出血量大需二次注射后加用热探头处理。对于血管显露但无活动性喷血的溃疡，以8%去甲肾上腺素冰盐水反复冲洗后喷洒医用生物蛋白胶，该胶体可在创面形成物理屏障，

隔绝胃酸和消化酶的侵蚀,同时提供促凝环境。在住院时间方面,观察组患者平均住院时间为 5.23 ± 1.45 天,明显短于对照组的 8.67 ± 2.34 天($P < 0.05$)。这一结果表明胃镜下止血治疗能够显著缩短患者的住院时间。分析其机制,主要是因为胃镜下止血能够快速有效地控制出血,使患者的生命体征迅速稳定,减少了因持续出血而导致的各种并发症,从而加快了康复进程。同时,微创治疗的特点使得患者的身体负担相对较轻,恢复速度更快,这也是住院时间缩短的重要原因。在并发症发生率方面,观察组仅为10.00%,显著低于对照组的36.67%($P < 0.05$)。这一结果说明胃镜下止血治疗具有更好的安全性。传统内科保守治疗虽然避免了手术创伤,但由于不能直接处理出血部位,容易出现再出血等并发症。而胃镜下止血能够从根本上解决出血问题,大大降低了再出血的风险^[7]。此外,由于止血效果确切,减少了大量输血和长时间禁食等治疗措施,也相应减少了感染等并发症的发生。

从经济效益角度分析,虽然胃镜下止血治疗的单次费用可能高于内科保守治疗,但由于住院时间显著缩短,并发症发生率降低,总体治疗费用实际上可能更低。这不仅减轻了患者的经济负担,也有利于医疗资源的合理配置和利用。然而,也应该认识到胃镜下止血治疗并非适用于所有上消化道出血患者。对于某些特殊类型的出血,如弥漫性胃黏膜出血、恶性肿瘤引起的出血等,胃镜下止血的效果可能不够理想。同时,该技术对操作者的经验和技术水平要求较高,需要具备丰富的内镜操作经验和扎实的理论基础。因此,在临床应用中需要严格掌握适应证,选择合适的患者进行治疗。从未来发展趋势来看,随着内镜技术的不断进步,新的止血器械和方法将不断涌现,胃镜下止血治疗的效果将进一步提高。人工智能、机器人辅助等新技术的应用也将为内

镜下止血带来新的发展机遇。同时,多学科协作模式的建立将有助于更好地整合医疗资源,为患者提供更加优质的医疗服务。

综上所述,胃镜下止血治疗上消化道出血具有确切的临床疗效和良好的安全性,值得在临床实践中推广应用。但同时也需要加强相关人员的培训,提高技术水平,完善相关规范和指南,以确保治疗的安全性和有效性。只有这样,才能真正发挥胃镜下止血治疗的优势,为广大上消化道出血患者带来更好的治疗效果和生活质量。

参考文献

- [1]叶建凡.胃镜下止血治疗消化性溃疡合并急性上消化道出血的应用效果[J].医学信息,2025,38(9):141-144.
- [2]何国荣,胡利民.胃镜下止血治疗消化性溃疡合并急性上消化道出血的应用效果分析[J].基层医学论坛,2023,27(29):60-62.
- [3]赫丹.胃镜下两种不同止血方式对急性非静脉曲张上消化道出血的效果观察[J].中国医疗器械信息,2021,27(6):96-97.
- [4]俞春梅,朱保锋,彭强,等.胃镜下止血疗法治疗老年上消化道出血的效果分析[J].当代医药论丛,2021,19(2):63-64.
- [5]王婧.胃镜下止血治疗消化性溃疡合并急性上消化道出血的临床效果研究[J].中国医疗器械信息,2022,28(2):134-136.
- [6]张珊珊,赵志峰,苗丰,等.胃镜下止血治疗消化性溃疡合并急性上消化道出血的临床效果研究[J].中国实用医药,2021,16(25):69-71.
- [7]王振华,朱俊义,刘炳林.急诊胃镜下组织胶注射止血用于急性非静脉曲张性上消化道出血的价值研究[J].现代诊断与治疗,2024,35(7):1053-1054,1057.