

消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素

阮桂珍, 董正永, 高峰, 阮秀丽

阮桂珍, 董正永, 高峰, 阮秀丽, 湖北省黄冈市红安县人民医院消化内科 湖北省黄冈市 438400

阮桂珍, 副主任医师, 主要从事胃肠病方面的研究。

作者贡献分布: 本文由阮桂珍撰写; 董正永、高峰及阮秀丽参与手术治疗以及本文的修改。

通讯作者: 阮桂珍, 副主任医师, 438400, 湖北省黄冈市红安县城关镇陵园大道附50号, 湖北省黄冈市红安县人民医院消化内科. ruanguizhen_hb@163.com

收稿日期: 2013-08-06 修回日期: 2013-09-07

接受日期: 2013-10-20 在线出版日期: 2013-11-08

Clinical effect of digestive endoscopy combined with quadruple therapy in treatment of gastric ulcer bleeding

Gui-Zhen Ruan, Zheng-Yong Dong, Feng Gao, Xiu-Li Ruan

Gui-Zhen Ruan, Zheng-Yong Dong, Feng Gao, Xiu-Li Ruan, Department of Gastroenterology, Hong'an People's Hospital, Huanggang 438400, Hubei Province, China

Correspondence to: Gui-Zhen Ruan, Associated Chief Physician, Department of Gastroenterology, Hong'an People's Hospital, Huanggang 438400, Hubei Province, China. ruanguizhen_hb@163.com

Received: 2013-08-06 Revised: 2013-09-07

Accepted: 2013-10-20 Published online: 2013-11-08

Abstract

AIM: To assess the clinical efficacy of endoscopy combined with quadruple therapy in the treatment of gastric ulcer bleeding.

METHODS: One hundred and sixty-four patients with gastric ulcer bleeding treated at our hospital from February 2010 to February 2012 were randomly divided into either a treatment group or a control group, with 82 cases in each group. The treatment group underwent endoscopic therapy combined with quadruple therapy, while the control group received quadruple therapy only. The efficacy and factors associated with re-bleeding were analyzed.

RESULTS: The response rate was 96.2% in the treatment group. Of all 164 patients, 23.8% de-

veloped re-bleeding. The amount of bleeding and the percentage of patients with Phase A1 or more ulcer were higher in the control group than in the treatment group. Hemoglobin, platelet count, and the percentage of patients undergoing endoscopic treatment were less in the control group than in the treatment group. Multivariate analysis showed that ulcer grade, hemoglobin and endoscopic treatment were independent risk factors for re-bleeding.

CONCLUSION: Digestive endoscopy combined with quadruple therapy is safe and effective in the treatment of gastric ulcer bleeding. Endoscopic treatment, lower hemoglobin, and higher ulcer grade are risk factors for re-bleeding.

© 2013 Baishideng Publishing Group Co., Limited. All rights reserved.

Key Words: Digestive endoscopy; Quadruple therapy; Gastric ulcer; Rehaemorrhagia; Clinical efficacy

Ruan GZ, Dong ZY, Gao F, Ruan XL. Clinical effect of digestive endoscopy combined with quadruple therapy in treatment of gastric ulcer bleeding. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2013; 21(31): 3409-3412 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/3409.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v21.i31.3409>

摘要

目的: 研究消化内镜合并四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血因素。

方法: 选取我院2010-02/2012-02胃溃疡出血患者164例, 随机分为治疗组及对照组各82例, 治疗组应用消化内镜治疗联合四联疗法, 对照组单用四联疗法进行治疗, 对比疗效并分析其预后的影响因素。

结果: 治疗组有效率为96.2%, 164例患者中, 39例(23.8%)患者发生再次出血(A组), 135例(82.3%)患者未发生再次出血(B组)。其中治疗组出血13例(15.8%), 对照组出血26例(31.7%)。

■背景资料

胃溃疡是一种常见的消化系统疾病, 发病因素复杂, 常伴出血、穿孔等并发症, 危及生命。胃溃疡出血是临床上内科常见的急症之一, 内科药物常作为人们的习惯疗法。现随着消化内镜的广泛应用, 止血效果已有很大提高, 但再次出血的治疗效果不佳。

■同行评议者

陈国忠, 主任医师, 广西中医学院第一附属医院消化内科

■ 研发前沿

消化内镜为治疗胃溃疡出血重要方法之一, 消化内镜既可查明出血病因, 又可以进行镜下止血, 大大减少了外科手术止血手术的次数, 减少了患者的痛苦, 现已为临床广泛应用。但消化内镜合并四联疗法的治疗胃溃疡出血的相关报道并不多。

A组出血量、溃疡A1期人数百分比均大于B组, 血红蛋白、血小板、是否内镜治疗人数百分比均小于B组。多因素分析表明溃疡A1期人数百分比、血红蛋白及是否内镜治疗人数百分比均为独立危险因素。

结论: 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血效果好, 未用内镜治疗, 血红蛋白低, 溃疡A1期为再出血的危险因素。

© 2013年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 消化内镜; 四联疗法; 胃溃疡; 临床疗效; 预后分析

核心提示: 本研究针对国内较少报道的内镜合并四联疗法及胃溃疡再出血的危险因素做了系统的研究, 得出内镜合并四联疗法治疗胃溃疡出血效果好, 用内镜治疗, 血红蛋白低, 溃疡A1期为再出血的危险因素。

阮桂珍, 董正永, 高峰, 阮秀丽. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素. 世界华人消化杂志 2013; 21(31): 3409-3412 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/3409.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v21.i31.3409>

0 引言

胃溃疡是一种常见的消化系统疾病, 发病因素复杂, 常伴出血、穿孔等并发症, 危及生命^[1,2]. 胃溃疡出血是临床上内科常见的急症之一, 内科药物常作为人们的习惯疗法. 现随着消化内镜的广泛应用, 止血效果已有很大提高, 但再次出血的治疗效果不佳. 有研究表明^[3,4], 再次出血时止血效果欠佳, 病死率明显升高, 所以研究影响胃溃疡的再出血的因素就具有重要的意义. 本研究应用消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血疗效显著, 报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 选取我院2010-02/2012-02胃溃疡出血患者164例, 随机分为治疗组及对照组各82例, 其中治疗组男性44例, 女性38例, 年龄34-70岁, 平均54.34岁±9.27岁, 胃溃疡病史1-16年, 平均5.22年±1.35年, 对照组男性42例, 女性40例, 年龄31-68岁, 平均55.16岁±6.38岁, 胃溃疡病史1-14年, 平均5.37年±1.48年, 两组患者在年龄、性别及病程上无显著差异($P>0.05$), 具有可比性. 两组患者的临床表现为反酸、嗝气、规律性上

表 1 两组止血效果有效率对比(%)

分组	有效	无效
治疗组	96.2	3.8
对照组	73.1	26.9

腹痛、呕血或黑便, 可伴头晕、气促、四肢冰凉、血压下降等. 排除严重疾病及因肿瘤或其他原因胃出血者。

1.2 方法

1.2.1 治疗: 所有患者均经胃镜确诊为胃溃疡, 幽门螺杆菌检查阳性. 治疗组在内镜下应用冷生理盐水冲洗出血部位, 清除周围血痂暴露出血点, 应用套环套扎止血或在溃疡周围注射1:10000的肾上腺素止血, 每处1-2 mL, 总量10 mL左右. 3 min后见局部组织逐渐变白, 溃疡停止出血后停止手术. 术后禁食24 h, 并给予四联疗法: 兰索拉唑15 mg, 2次/d, 阿莫西林1000 mg, 2次/d, 左氧氟沙星200 mg, 2次/d, 枸橼酸铋钾220 mg, 2次/d. 如无再次出血, 术后24 h可进流食, 术后48 h后进半流食, 1 wk后进普食。

1.2.2 评价标准: (1)出血停止的指征: 治疗后无呕血黑便; 胃管引流未见血性液; 血常规检验未提示进行性出血; 粪常规隐血阴性. 有效: 治疗后72 h出血停止. 无效: 治疗72 h后出血未停止; (2)再出血判断标准: 2 wk内再次出血^[5]. 如再出血需经胃镜下止血, 如再次止血后48 h出血>1000 mL或血常规提示进行性出血无明显改善者, 转入外科治疗。

统计学处理 采用SPSS17.0软件进行统计分析, 计量资料比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 多因素分析采用Logistic回归, 模型筛选采用逐步回归法, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者止血效果对比 治疗后治疗组有效率为96.2%, 对照组有效率为73.1%, 两组有效率对比有显著性差异($P<0.05$)(表1)。

2.2 再次出血发生率 164例患者中, 39例(23.8%)患者发生再次出血(A组), 135例(82.3%)患者未发生再次出血(B组). 其中治疗组出血13例(15.8%), 对照组出血26例(31.7%)。

2.3 单因素分析 A组患者在年龄、性别比与B组无统计学差异($P>0.05$), A组出血量、溃疡A1期人数百分比均大于B组($P<0.05$), A组血红蛋白、

表 2 影响再出血因素的单因素比较分析

指标	A组	B组	χ^2 或 t 值	P 值
年龄(岁)	55.28 ± 8.69	55.85 ± 7.47	0.31	>0.05
性别比(男/女)	74/61	16/13	0.33	>0.05
出血量(mL)	230 ± 45	160 ± 61	11.22	<0.05
溃疡A1期(%)	27.59	3.66	13.94	<0.05
血红蛋白(g/L)	89.85 ± 7.84	105.62 ± 8.89	9.52	<0.05
血小板($10^9/L$)	119.51 ± 9.22	173.39 ± 16.73	12.85	<0.05
是否内镜治疗(%)	33.3	51.1	14.69	<0.05

■ 相关报道

Singh等的研究显示, 消化系统内镜联合四联疗法对于胃溃疡止血有较好的效果, 且复发率较低。李兆申教授在2012年中国消化系统疾病学术大会上指出我国患者多, 内镜例数大, 应多开展相关研究, 发表高影响力文章。

表 3 影响再出血因素的非条件Logistic回归分析

自变量	mean ± SD	P 值	OR值	95%CI
是否内镜治疗	1.83 ± 0.43	0.026	2.68	1.44–6.86
血红蛋白	1.31 ± 0.36	0.014	2.86	1.12–4.98
溃疡A1期	1.25 ± 0.52	0.022	1.95	1.06–3.11

血小板、是否内镜治疗人数百分比均小于B组($P<0.05$)(表2)。

2.4 多因素回归分析 采用非条件Logistic回归分析再次出血因素。多因素分析表明溃疡A1期人数百分比、血红蛋白及是否内镜治疗人数百分比均为独立危险因素(表3)。

3 讨论

随着近年来人们生活水平的提高, 胃溃疡的发生率也逐年提高, 其发病机制现仍不完全清楚, 考虑为: (1)胃酸及胃蛋白酶的增多导致胃黏膜损害; (2)黏液及黏膜的保护作用下降; (3)幽门螺杆菌的感染^[6-8]。因此, 抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、清除幽门螺杆菌感染可促进胃溃疡的愈合, 预防复发。应用四联疗法可明显改善患者胃溃疡症状, 促进胃溃疡的愈合, 减少并发症。兰索拉唑为新型抗酸药物, 对胃酸的抑制功能强于奥美拉唑^[9]。左氧氟沙星和阿莫西林为四联疗法的主要抗生素, 枸橼酸铋钾为胃黏膜保护剂, 防止胃酸对溃疡的侵袭^[10]。

胃溃疡出血是内科常见的急症之一, 国外报道发病率大约占上消化道出血的35%^[5], 小量时症状不明显, 大量出血时伴黑便及呕血, 可伴头晕、气促、四肢冰凉、血压下降等^[11]。消化内镜为治疗胃溃疡出血重要方法之一, 消化内镜既可查明出血病因, 又可以进行镜下止血, 大大减少了外科止血手术的次数, 减少了患者的痛苦, 现已为临床广泛应用^[12]。但消化内镜合并

四联疗法的治疗胃溃疡出血的相关报道并不多, 本研究显示其止血有效率达96.2%, 再出血率为15.8%, 较国外文献报道的15%稍高^[13]。原因可能为消化内镜的使用的熟练程度有待提高, 且器材质量较国外稍差, 我国患者对病情不够重视, 就诊时病情较重有关, 具体原因仍需相关研究进一步证明。

再次出血病情较第一次重, A组患者在年龄、性别比与B组无统计学差异($P>0.05$), A组出血量、溃疡A1期人数百分比均大于B组($P<0.05$), A组血红蛋白、血小板、是否内镜治疗人数百分比均小于B组($P<0.05$)。多因素分析显示是否内镜治疗、血红蛋白、溃疡A1期的人数为其再出血的独立因素。上述结果表明, 出血量大, 溃疡为A1期, 血红蛋白、血小板低、非内镜治疗患者再次出血可能性大, 经校正发现多因素回归分析显示是否内镜治疗、血红蛋白量及溃疡A1期为独立危险因素, 这与国外文献报道一致^[14]。此外, 可能由于样本量不大, 在本研究中虽然年龄非其独立危险因素, 但据我国相关文献报道^[9,15,16], 老年溃疡患者死亡率高, 常与其病因复杂, 出血症状不典型, 病情较重有关, 需要密切观察, 及早行相关治疗。

总之, 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血效果好, 未用内镜治疗, 血红蛋白低, 溃疡A1期为再出血的危险因素, 具有上述临床特征的患者需主管医师严密观察, 必要时行外科手术。

4 参考文献

- 孙思予, 葛楠. 上消化道出血的内镜治疗. 中国实用外科杂志 2010; 10: 427-428
- 李浩然. 242例急性非静脉曲张性上消化道出血患者危险评分分析. 太原: 山西医科大学, 2012
- 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 袁菊霞, 张富花, 丁向萍, 陈丽. 127例上消化道大出血急诊内镜分析. 当代医学 2010; 16: 103-104

■同行评价

本文研究消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血因素, 研究对象选择合理、设计合理、对临床医师有一定参考价值。

- 4 张锡迎, 陈毅斌, 张宝庭. 序贯疗法与10d四联疗法抗Hp疗效对比分析. 中国医药导刊 2012; (10): 438-439
- 5 Singh D, Laya AS, Vaidya OU, Ahmed SA, Bonham AJ, Clarkston WK. Risk of bleeding after percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Dig Dis Sci* 2012; 57: 973-980 [PMID: 22138961 DOI: 10.1007/s10620-011-1965-7]
- 6 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见. 胃肠病学 2006; 11: 674-684
- 7 Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61: 646-664 [PMID: 22491499 DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302084]
- 8 张锦春. 铝碳酸镁和奥美拉唑联合治疗胃溃疡的比较. 中国现代药物应用 2011; 5: 178-179
- 9 陈有为, 王杰伟, 张希成, 曹勇, 陈韶华, 虞朝辉, 厉有名. 胃镜下胃溃疡和十二指肠溃疡的检出率比较. 第一届全国老年消化内镜和消化道疾病研讨会论文汇编, 2008
- 10 余文发. 联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡疗效观察. 中国学校卫生 2006; 27: 905-905
- 11 Wang J, Xu L, Shi R, Huang X, Li SW, Huang Z, Zhang G. Gastric atrophy and intestinal metaplasia before and after *Helicobacter pylori* eradication: a meta-analysis. *Digestion* 2011; 83: 253-260 [PMID: 21282951 DOI: 10.1159/000280318]
- 12 钟旭江, 朱创健. 雷贝拉唑与奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效比较. 中国药房 2011; (32): 3008-3010
- 13 Yuan W, Li Yumin D, Yang L. Iron deficiency anemia in *Helicobacter pylori* infection: meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45: 665-676 [PMID: 20201716]
- 14 Nam SY, Choi IJ, Ryu KH, Kim BC, Kim CG, Nam BH. Effect of *Helicobacter pylori* infection and its eradication on reflux esophagitis and reflux symptoms. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 2153-2162 [PMID: 20571493 DOI: 10.1038/ajg.2010.251]
- 15 刘英. 老年胃溃疡临床表现与胃镜特点探讨. 中华医学会第七次全国消化病学术会议论文汇编(上册), 2007
- 16 叶晓芬, 蔡建庭. 消化性溃疡复发的原因及防治策略. 国际消化病杂志 2008; 28: 130-131

编辑 田滢 电编 鲁亚静

