

· 临床研究 ·

肝硬化合并消化道出血的临床治疗分析

刘宝龙, 刘二阳

(新疆克州人民医院消化内科, 新疆 克州 845350)

摘要: 目的 就肝硬化合并消化道出血患者的临床治疗情况加以分析。方法 本次研究按照对比治疗的方式展开, 纳入病例 60 例(均在本院 2017 年 1 月至 2018 年 4 月接诊), 任取 30 例, 以常规方式展开治疗, 即对照组, 余下 30 例则需要辅助对并发症展开治疗等综合性治疗, 即观察组。对比效果。结果 在整体疗效上, 观察组存在有显著优势, 且在食管静脉曲张发生率上, 观察组同样优势显著, $P < 0.05$ 。结论 针对肝硬化合并消化道出血患者, 展开综合性治疗, 可促使患者得到有效恢复。

关键词: 肝硬化; 消化道出血; 临床分析

中图分类号: R575.2

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.69.084

本文引用格式: 刘宝龙, 刘二阳. 肝硬化合并消化道出血的临床治疗分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(69): 116, 120.

0 引言

在各类消化系统病症中, 消化道出血属于较为常见类型, 而针对肝硬化合并消化道出血患者, 在临床诊治过程中更是存在有较大难度。针对该部分患者若未给予及时诊断以及治疗, 将对患者健康造成极为严重影响, 甚至于导致其丧失生命^[1-2], 本次就针对该部分患者临床治疗加以分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究按照对比治疗的方式展开, 纳入病例 60 例(均在本院 2017 年 1 月至 2018 年 4 月接诊), 任取 30 例, 以常规方式展开治疗, 即对照组, 余下 30 例则需要辅助对并发症展开治疗等综合性治疗, 即观察组。从患者构成可知, 对照组男 17 例, 女 13 例, 年龄 44~71 岁, 平均(62.83 ± 1.02) 岁。观察组男 19 例, 女 11 例, 年龄 45~70 岁, 平均(61.02 ± 1.34) 岁。以上数据对比 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

研究中, 对照组单给予常规治疗, 针对其消化道出血情况进行有效控制, 同时针对其体内电解质平衡情况进行纠正。而观察组在本次研究中则给予综合性治疗。考虑到患者能量需求量较高, 在治疗中, 更需要对血浆、氨基酸等进行合理补充。同时, 借助生长抑制素进行泵入, 在 48mL 浓度为 0.9% 的氯化钠溶液中加入 3mg 的生长抑制素, 持续进行 24h 的泵入。同时注射二乙酰氨乙酸乙二胺进行止血治疗, 采用注射用奥美拉唑钠抑制酸性, 使用剂量为 40mg。且在治疗过程中, 需指导患者保持仰卧位, 恢复期间严禁食用任何食物, 且保障呼吸道处于畅通状态。且治疗过程中, 医护人员需对患者心率、血压等严格进行监测, 一旦存在有异常情况则需要及时向对应医护人员禀告。

1.3 观察指标

若患者在治疗后, 出血情况消失, 且各项临床检查均恢复至正常水平, 即显效; 若患者各症状得到有效改善, 且出血量得到有效控制, 即有效; 若患者治疗后各症状未改善, 则无效^[3-4]。

1.4 统计学方法

研究中各数据都以 SPSS19.0 展开处理, 计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用率(%) 表示, 采用 t 和 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 数据间存在显著差异, 具备统计学意义。

2 结果

结合统计可知, 在整体有效率方面, 观察组 93.33% (28/30), 对照组为 73.33% (22/30), 详见下表 1。而在食管静脉曲张发生率上, 观察组 2 例出现轻度曲张, 而对照组则为 8 例, $P = 0.012$, $\chi^2 = 8.082$ 。

表 1 两组治疗有效率对比分析 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
χ^2		3.570	0.956	14.397	14.397
P		0.059	0.327	0.001	0.001

3 讨论

肝硬化一直存在有极高的发生率, 且从近几年我院接诊情况可以发现, 在多方面因素的作用下, 肝硬化的临床发生率正以极快的速度在增加。且从我院实际接诊情况可知, 该类患者多伴随存在有消化道出血的症状, 临床存在有腹痛(且以上腹部阵发性胀痛以及钝痛为主), 同时存在有反酸、恶心、便秘、乏力、头晕等症状。因该症在病发前期, 患者不存在有明显不良症状, 很容易出现误诊。故此, 为有效提升临床对该部分患者的综合诊治效率, 在治疗过程中需要对各方面诊断方式进行完善^[5-6]。

该部分患者多表现为门脉高压, 在该症状的作用下, 将促使患者处于淤血状态, 促使患者胃粘膜出现缺氧、缺血等症, 其修复能力降低。此外, 部分较为严重患者, 更存在有侧支循环受损的情况, 将促使血液中有毒物质进入到人体循环中, 直接使得胃粘膜保护功能受损, 增加患者出现消化道出血的概率。为促使该部分患者尽快得到恢复, 更需要对临床治疗对策进行完善^[7]。

在本次研究中, 我院观察组就按照综合性治疗的方式对该部分患者展开治疗, 在对患者临床症状进行有效改善的同时, 详细告知患者在恢复过程中需要注意的问题等, 在绝大程度上提升了临床对该部分患者的治疗效果。需要注意的是, 因该部分患者恢复周期较长, 在后续恢复过程中, 更需要叮嘱患者在出院后注意休息, 且不得过度劳累, 更需要避免受凉, 养成良好饮食习惯, 尽可能减少对生、冷、硬等食物的食用量, 以免对消化道造成较大刺激。且告知患者在恢复中一旦发现异常症状, 需及时到医院接受诊断。观察组患者在治疗过程中采用生长抑制素, 生长抑制素的使用能够使得患者的心脏血流量减少, 使其胃肠蠕动得到抑制, 从而降低门脉压力, 有效预防患者出现淤血。二乙酰氨乙酸乙二胺能够增加毛细血管的抵抗力, 有效降低毛细血管的通透性, 从而起到止血作用。奥美拉唑钠可以特异性的抑制壁细胞顶端膜构成的分泌性微管与胞浆内的管状泡上的 H^+ , 从而使得胃酸的分泌得到有效的抑制。药物的联合使用使得患者消化道出血的症状得到有效的缓解。

(下转第 120 页)

彩超指标中未充分观察反映心脏舒张功能指标,还需要测定 e' 值,计算 E/e' 比值,以便更全面深入地探讨美托洛尔缓释片对心脏舒张功能影响;最后,本研究仅为回顾性研究,纳入研究病例数偏少,所得结果可能存在偏颇,有待扩大样本量及观察时间点进一步深入探讨。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会. 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志, 2014,42(2):98-122.
- [2] Bulut C, Helvacı A, Adas M. The relationship between left ventricular mass and insulin resistance in obese patients[J]. Indian Heart J, 2016,68(4):507-512.
- [3] 罗翊芝, 谭晓晖, 宋飞月, 等. 琥珀酸美托洛尔缓释片治疗左室射血分数保留心力衰竭患者的疗效观察[J]. 吉林医学, 2016,37(1):57-60.

(上接第 113 页)

- [3] 张红梅. 鼻内镜治疗慢性鼻窦炎鼻息肉 45 例临床分析[J]. 医药前沿, 2016,6(15):73-74.
- [4] 贾启威. 鼻内镜下微创手术治疗鼻窦炎合并鼻息肉临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2016,25(12):2182-2183.
- [5] 邹树勇. 鼻内镜治疗老年人慢性鼻窦炎鼻息肉临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17(41):215-216.

- [6] 陈宇. 鼻内镜治疗老年人慢性鼻窦炎鼻息肉临床疗效观察[J]. 中国保健营养, 2017,27(1):24-25.
- [7] 董晓斌. 鼻内镜手术治疗复发性鼻息肉鼻窦炎的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2016,27(2):370-371.
- [8] 郭海霞. 鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的 230 例临床疗效观察[J]. 中国保健营养, 2016,26(8):12-13.

(上接第 116 页)

参考文献

- [1] 苏林红, 柳侠平, 邹德生. 自拟保肝止血散联合垂体后叶素治疗肝硬化合并上消化道出血的临床观察[J]. 中国中医急症, 2018,27(6):1063-1065.
- [2] 褚海峰. 生长抑素联合泮托拉唑治疗肝硬化合并上消化道出血的临床疗效观察[J]. 临床医学工程, 2018,25(5):623-624.
- [3] 黄鹏. 奥曲肽联合泮托拉唑治疗肝硬化合并上消化道出血的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018,18(37):121-122.

- [4] 余建华, 王述. 奥曲肽联合应用奥美拉唑治疗肝硬化并上消化道出血的临床意义分析[J]. 系统医学, 2018,3(5):50-51,55.
- [5] 董长海. 凝血酶联合生长抑素治疗 40 例肝硬化并上消化道出血的临床分析[J]. 中国实用医药, 2018,13(3):103-104.
- [6] 孙义华. 肝硬化合并上消化道出血应用奥曲肽联合凝血酶治疗的疗效分析[J]. 系统医学, 2018,3(2):48-49,52.
- [7] 段秀贤. 浅析肝硬化合并上消化道出血的临床治疗效果[J]. 中国卫生标准管理, 2018,9(1):50-52.

(上接第 118 页)

腹膜反折以上直肠损伤或合并腹内其他脏器损伤,而腹膜炎体征较轻时,容易被其他严重并发伤的症状所掩盖,造成误诊、漏诊。应行腹腔穿刺,如抽出粪性或血性液体有助于诊断,必要时可行 X 线、腹部 CT 检查,以便观察和分析有无直肠异物,以及确定有无膈下游离气体和骨折等情况。必要时可行直肠、纤维乙状结肠镜检查,以明确损伤部位和范围。但直肠镜检查应在患者情况允许时进行,不能作为常规检查^[3]。

3.3 治疗

(1) 急诊处理:对急诊病人,首先是抢救危及生命的休克、大出血。

(2) 手术处理原则:腹膜反折以下者:损伤部位清创修补(包括损伤的外括约肌深部组织)和肛周间隙局部引流通畅;腹膜反折以上者:粪便转流、远端直肠冲洗^[4]。损伤在距肛门 6cm 腹膜反折以下者,可经肛门修补、直肠周围间隙充分引流;最大限度保留并修复耻骨直肠肌及外括约肌深部,尽可能保留肛管直肠环的完整性,减少肛门失禁并发症的发生^[5];对于合并其他脏器如骨盆、膀胱、尿道及阴道损伤患者,则需要经腹会阴联合切口手术,并行结肠造口术。必须保证畅通的引流,包括创面引流和肛门直肠周围间隙尤其骶前间隙的引流。若中下段直肠严重损伤,可行损伤肠段

切除。对于损伤距肛门 6cm 腹膜反折以上、肠壁损伤轻、肠道相对清洁的患者,可行单纯肠壁修补术,近端结肠造口、不必勉强修补,直肠周围间隙通畅引流。对于损伤时间长、直肠损伤严重、腹腔污染严重、合并严重腹腔脏器损伤或膀胱尿道损伤、老年伴有糖尿病等疾病、休克的患者应行粪便转流。主要手术方式为直肠创口清创修补,乙状结肠造口。

(3) 术后注意事项:预防控制感染贯穿肛门直肠外伤治疗的始终,也是决定治疗效果的关键因素。及早静脉足量应用广谱抗生素,注意预防特异性厌氧菌感染;术后持续发热应常规血培养,合理有效选用抗生素,常规注射破伤风抗毒血清。加强术后的换药及局部的冲洗,间断用过氧化氢液冲洗,防止气性坏疽、坏死性筋膜炎;及早发现并处理并发症,如切口感染需及早清创、加强换药,肛门直肠狭窄需早期扩肛治疗。

参考文献

- [1] 张东铭, 王玉成. 盆底与肛门病学[M]. 云南: 贵州科技出版社, 2000.
- [2] 田洪裕, 林建江, 张宏志. 直肠肛管损伤的特点及诊治[J]. 中华创伤杂志, 2004,20(4):252-253.
- [3] 周致益. 肛管直肠破裂 7 例报告[J]. 创伤杂志, 1998,4(3):185.
- [4] 吕厚山. 结肠与直肠外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000:321.
- [5] 周辉, 牟洪超, 胡雪峰, 等. 结直肠损伤 38 例救治分析[J]. 中华创伤杂志, 2012,21(12):950-951.