

消化性溃疡出血采用四联疗法与消化内镜治疗的效果评估

祝路民 贾彩慧^{通讯作者}

中国人民解放军联勤保障部队第九七〇医院，山东省威海市，264200；

摘要：目的：评估消化性溃疡出血采用四联疗法与消化内镜治疗的效果。方法：收集 2023 年 10 月—2024 年 10 月期间医院收治的 84 例消化性溃疡出血患者作为研究对象，按照双色球法划分为参照组和实验组，每组各有 42 例。参照组给予四联疗法，实验组给予四联疗法联合消化内镜治疗，后续比较两组患者临床疗效、凝血指标、胃功能指标、再出血率。结果：实验组患者临床疗效高于参照组（ $P < 0.05$ ）；实验组患者各项凝血指标均低于参照组（ $P < 0.05$ ）；实验组患者各项胃功能指标均优于参照组（ $P < 0.05$ ）；实验组患者再出血率低于参照组（ $P < 0.05$ ）。结论：将四联疗法联合消化内镜治疗应用于消化性溃疡出血患者，能够显著改善其凝血指标和胃功能指标，同时提高临床治疗效果，降低再次出血的发生风险，值得临床推广。

关键词：消化性溃疡出血；四联疗法；消化内镜治疗；临床效果

DOI：10.69979/3029-2808.25.04.003

消化性溃疡出血（peptic ulcer bleeding, PUB）是指因胃或十二指肠溃疡破裂引发的上消化道出血，属于一种常见且严重的胃肠道急症^[1]。患者常表现为呕血、黑便、贫血、上腹部疼痛及恶心等临床症状，严重时还可伴有休克、失血性贫血。因为该病的发生主要为溃疡底部的血管破裂、出血或血管内血栓的形成，严重时可能引发反复出血，形成恶性循环，若不能及时诊治还可能引起大出血，危及生命。传统上，消化性溃疡出血的治疗主要依赖药物干预，其中四联疗法作为药物治疗的一种常见方式，且在一定程度上能够控制轻中度出血，缓解症状，并促进溃疡的愈合，但对于大量出血或反复出血的患者往往难以有效止血，且长期使用药物可能会引发副作用，影响患者生活质量^[2-3]。随着医学技术的进步，消化内镜治疗逐渐成为消化性溃疡出血治疗的重要补充。为此，本文选择 84 例消化性溃疡出血患者作为研究对象，旨在探究消化性溃疡出血采用四联疗法与消化内镜治疗的效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

收集 2023 年 10 月—2024 年 10 月期间医院收治的 84 例消化性溃疡出血患者作为研究对象，按照双色球法划分为参照组和实验组，每组各有 42 例。本次研究经过当地伦理委员会批准通过。参照组男女比例 22:20；

年龄 53~71 岁，均值（ 60.89 ± 4.63 ）岁；患病时间 0.6~5.0 年，均值（ 2.04 ± 0.55 ）年。实验组男女比例 23:19；年龄 53~72 岁，均值（ 60.92 ± 4.64 ）岁；患病时间 0.4~5.0 年，均值（ 2.06 ± 0.51 ）年。两组患者基本资料对比无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：①经胃肠镜检查确诊为消化性溃疡，且存在活动性出血或胃肠道出血的临床表现；②Hemoscoring 评分为中高危组；③入组前未接受过消化道出血的手术治疗；④自愿签署研究的知情同意书；⑤意识清醒。排除标准：①存在严重并发症或多脏器功能衰竭；②合并恶性肿瘤；③有药物过敏史；④存在凝血功能障碍；⑤有非消化性溃疡的上消化道疾病。

1.2 方法

参照组给予四联疗法：给予患者①克拉霉素分散片（生产厂家：海润(秦皇岛)药业有限公司；批准文号：国药准字 H20000207；产品规格：0.125g），经口用药，一日两次，一次 0.5g。②奥美拉唑镁肠溶胶囊（生产厂家：辰欣药业股份有限公司；批准文号：国药准字 H20223565；产品规格：20mg），经口用药，一日一次，一次 20mg。③枸橼酸铋钾片（生产厂家：丽珠集团丽珠制药厂；批准文号：国药准字 H10900084；产品规格：0.3g），经口用药，一日两次，一次 0.6g。④阿莫西林胶囊（生产厂家：瑞阳制药股份有限公司(原瑞阳制药有

限公司); 批准文号: 国药准字 H37021926 ; 产品规格: 0.25g), 经口用药, 一日两次, 一次 1g。其中除阿莫西林 (15d) 外其余药物均连续服用 30d。

实验组给予四联疗法联合消化内镜治疗: ①消化内镜治疗: 使用内镜检查准确定位出血点, 确保其为活动性出血并可操作。在确认出血部位后, 操作人员通过内镜的工作通道传递钛夹, 并通过内镜下的控制系统准确定位出血源。操作时, 内镜医生需要小心调整钛夹的位置, 确保其能够精确地覆盖出血点, 并通过钳子操控系统, 钛夹逐渐打开并轻轻夹住出血部位, 直至停止血流。止血完成后, 再通过内镜确认钛夹位置, 确保其稳固并无脱落现象, 且没有产生新的出血。②四联疗法: 消化内镜治疗结束后次日开始四联疗法, 具体做法同参照组。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: 显效、有效、无效, 总有效率=(显效+有效) 患者数/总患者数 $\times 100\%$, 评价标准: 显效指治疗后患者上消化道出血症状完全消失, 内镜检查显示溃疡完全愈合且无再出血迹象; 有效指症状显著缓解, 出血停止且溃疡愈合进程明显, 内镜检查可见溃疡浅表

愈合; 无效则指治疗后症状无变化或者加重, 且内镜检查未见愈合迹象或有再出血发生。

(2) 凝血指标: 血酶时间 (TT)、凝血酶原时间 (PT)、D-二聚体 (D-D), 采集患者空腹状态下 5ml 静脉血, 离心处理后置入血液分析仪中进行测量[4]。

(3) 胃功能指标: 胃泌素水平、胃动素水平, 同样采集患者 3ml 静脉血经处理后, 使用免疫放射法进行测定。

(4) 再出血率: 统计两组再次发生消化性溃疡出血的患者数量。

1.4 统计学分析

通过 SPSS24.0 统计学软件分析数据, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数资料采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验, 当 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

实验组患者临床疗效高于参照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	42	15 (35.71)	17 (40.48)	10 (23.81)	32 (76.19)
实验组	42	22 (52.38)	18 (42.86)	2 (4.76)	40 (95.23)
χ^2					6.222
P					< 0.05

2.2 两组凝血指标比较

采取治疗前, 参照组和实验组凝血指标对比无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组凝血指标均有降低, 且实验组患者各项凝血指标均低于参照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组凝血指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TT (s)		PT (s)		D-D (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	42	17.36 $\pm$ 1.45	14.90 $\pm$ 1.01	12.85 $\pm$ 0.57	12.14 $\pm$ 0.33	1.43 $\pm$ 0.35	1.01 $\pm$ 0.09
实验组	42	17.40 $\pm$ 1.44	11.97 $\pm$ 0.94	12.83 $\pm$ 0.61	11.12 $\pm$ 0.28	1.48 $\pm$ 0.36	0.60 $\pm$ 0.11
t		0.127	13.762	0.155	15.274	0.645	18.695
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 两组胃功能指标比较

采取治疗前, 参照组和实验组胃功能指标对比无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组胃功能指标均有改善, 且实验组患者各项胃功能指标优低于参照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组胃功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, ng/ml)

组别	例数	胃泌素水平		胃动素水平	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

参照组	42	194.65±21.50	161.24±12.80	389.23±39.67	292.03±19.76
实验组	42	196.73±21.49	130.46±10.99	390.11±40.74	219.41±14.63
t		0.443	11.824	0.100	19.142
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组再出血率比较

实验组患者再出血率低于参照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组再出血率比较[n (%)]

组别	例数	再出血人数	发生率
参照组	42	6	14.29
实验组	42	1	2.38
χ^2			3.896
P			<0.05

3 讨论

目前，消化性溃疡出血在全球范围内的发生率大约为 10%~20%^[5]。近年来，随着幽门螺旋杆菌感染的治疗普及和非甾体抗炎药物 (NSAIDs) 使用的增加，消化性溃疡出血的发病率略有下降，但该疾病依然在老年人、长期服药者以及有肝肾功能障碍的患者中较为常见。而这多与幽门螺旋杆菌感染、非甾体抗炎药的长期使用、吸烟、酗酒及胃酸分泌过多等因素有关，其中幽门螺旋杆菌感染是导致消化性溃疡出血的主要原因^[6]。

目前，四联疗法时治疗消化性溃疡出血的标准治疗方案，主要通过质子泵抑制剂抑制胃酸分泌、抗生素根除幽门螺旋杆菌、以及铋剂等药物保护胃黏膜，能够有效治疗大多数幽门螺旋杆菌感染引发的溃疡，并减少出血。但是，其对已发生的严重上消化道出血或反复出血的患者的治疗效果有限，例如，在紧急止血方面，药物治疗无法直接止血，可能造成患者在治疗过程中出现溃疡复发或再次出血的情况。相比之下，消化内镜治疗则是近年来消化性溃疡出血治疗中的一项重要进展，包括电凝、钛夹止血、硬化剂注射等多种形式，其最大优势在于其能够直接止血，避免药物治疗的延迟作用^[7]。

在本研究中，结果显示实验组患者临床疗效高于参照组 ($P<0.05$)，与玉晓锋^[7]研究结果相似，说明四联疗法联合消化内镜治疗能够有效提高消化性溃疡出血的临床治疗效果。同时，结果还显示实验组患者各项凝血指标均低于参照组 ($P<0.05$)，与樊雯^[8]等研究结果相似。四联疗法透过药物作用有效促进胃黏膜的愈合，进而有助于修复血管壁，减少溃疡底部的血管破裂风险，

降低血液丧失，从而改善了凝血指标。同时，消化内镜治疗使用使用钛夹能够直接对出血点进行处理，迅速止血，避免持续性出血对凝血系统的进一步损害，进一步改善凝血功能。此外，结果还显示实验组患者各项胃功能指标均优于参照组 ($P<0.05$)，与陈丽玲^[9]等研究结果相似。四联疗法通过抑制胃酸分泌、减少胃酸对胃黏膜的损伤，改善胃的自我修复能力。同时，内镜治疗能直接对胃部的病变进行干预，如通过止血、清除病灶等手段，减少胃部的炎症反应，提升胃的功能恢复。两者结合使用，使得胃部不仅能够有效止血，同时也能更快地恢复其正常的消化吸收功能。这体现四联疗法通过药物控制胃酸分泌和抑制病理性因素（如幽门螺旋杆菌）对胃的长远保护作用，同时内镜治疗通过直接精确的局部干预，减少溃疡对胃功能的持续性破坏。最后结果显示实验组患者再出血率低于参照组 ($P<0.05$)，与曹凯^[10]等研究结果相似。四联疗法通过减少幽门螺旋杆菌感染、抑制胃酸分泌、促进溃疡愈合，有效降低溃疡复发的风险。而消化内镜治疗不仅能在急性出血期实现止血，避免因未能及时控制出血而导致的再出血，还能对出血源进行精准处理，再次降低溃疡继续出血的可能性，即减少因血管破裂或溃疡扩展导致的血管再破裂现象。

综上所述，将四联疗法联合消化内镜治疗应用于消化性溃疡出血患者，能够显著改善其凝血指标和胃功能指标，同时提高临床治疗效果，降低再次出血的发生风向，值得临床推广。

参考文献

- [1] 梁鑫, 陈建, 侯秀峙. 动态监测血浆 D-D、AT-III、MC P-1 对消化性溃疡出血患者再出血的预测价值分析[J]. 医学检验与临床, 2024, 35(6): 55-58.
- [2] 汪志刚, 李爱珍, 李春霞. 血清胃泌素、C 反应蛋白和肿瘤坏死因子 α 与消化性溃疡出血程度的相关性分析[J]. 中国医师进修杂志, 2023, 46(1): 68-73.
- [3] 陈润祥, 张大涯, 陈世铜, 等. 281 例消化性溃疡出血的临床特征[J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2023, 17(11): 1147-1153.
- [4] 彭雄群. 奥美拉唑联合生长抑素、血凝酶治疗消化

性溃疡出血的临床观察[J]. 医学临床研究, 2021, 38(5): 775-777.

[5] 张秀敏, 赵昌东, 李雪, 等. 基于Forrset 分级分层指导下内镜下治疗消化性溃疡出血的临床价值[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2023, 18(3): 362-365.

[6] 刘强, 张玲, 李慧, 等. 消化内镜联合四联疗法在胃溃疡出血治疗中的应用价值[J]. 内蒙古医学杂志, 2023, 55(10): 1249-1251.

[7] 玉晓锋. 四联疗法配合消化内镜治疗消化性溃疡出血的效果及对凝血指标的影响[J]. 中外医学研究, 202

4, 22(07): 128-131.

[8] 樊雯, 王永青, 李合. 瑞巴派特四联疗法联合消化内镜治疗胃溃疡出血的临床疗效[J]. 医学临床研究, 2024, 41(5): 771-773.

[9] 陈丽玲, 金立强, 陈梅香. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2024, 17(17): 167-170.

[10] 曹凯, 万敏. 四联疗法联合消化内镜治疗胃溃疡出血患者的效果[J]. 医疗装备, 2020, 33(10): 62-63.