

142 例上消化道出血患者病因构成分析

成忠凤, 白毅民, 朱峻波
(云南省第二人民医院急诊内科, 云南 昆明 65)

[关键词] 上消化道出血; 病因; 相关因素

[中图分类号] R573.2 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 03-0122-02

上消化道出血 (upper gastrointestinal hemorrhage, UGIH) 是指十二指肠悬韧带以上的食管、胃、十二指肠和胃空肠吻合术后的空肠上段和胰、胆等的病变所引起的出血^[1]。上消化道出血为临床上常见的一种急症, 为了探讨 UGIH 的主要病因及相关因素, 本研究对云南省第二人民医院急诊内科 2009 年 1 月至 2010 年 12 月上消化道出血患者的临床资料进行了分析, 现报告如下。

1 临床资料

收集云南省第二人民医院急诊内科 2009 年 1 月至 2010 年 12 月间收治的 UGIH 患者的资料共 142 例。所有患者均有呕血和 (或) 黑便、大便隐血阳性, 均经内镜及病理确诊, 剔除出血原因不明病例。其中男 125 例, 女 17 例。年龄 10~88 岁, 平均 47.92 岁。31~59 岁中年组 89 例, 占 63.6%, 60 岁以上老年组 36 例, 占 27.0%。

2 结果

142 例患者上消化道出血原因分析可见, 十二指肠溃疡出血为主要原因 (占 39.4%), 其次为食管胃底静脉曲张 (占 27.4%) 和出血性胃炎 (占 12.2%), 而胃溃疡患者和复合型溃疡导致的出血分别为 9.1%、4.9%。上消化道出血的主要病因构成见表 1。

3 讨论

UGIH 是一种内科常见的对健康有严重危害的急危重症之一, 具有发病急、病情进展迅速的特

表 1 上消化道出血的主要病因

病因	n	构成比 (%)
十二指肠溃疡	56	39.4
食管胃底静脉曲张	39	27.4
出血性胃炎	18	12.7
胃溃疡	13	9.1
胃癌	7	4.9
复合性溃疡	6	4.2
其它	3	2.1

点, 病死率以及病因的误诊率均较高。但是目前该病的发病原因具有复杂性, 因此对临床中该病的常见病因和相关因素进行总结分析, 对疾病的治疗具有重要的意义。

引起上消化道出血的病因较多, 十二指肠球部溃疡为发病的主要病因, 占了 39.4%, 其次是食管胃底静脉曲张 (27.40%); 占第三位的是出血性胃炎 (12.7%), 接下来依次是胃溃疡 (9.1%)、胃癌 (4.9%) 和复合性溃疡 (4.2%), 本研究结果与李玉英等^[2]、蔡陈效^[3]、费修才^[4]的报道结果相近。

上消化道出血与患者的年龄的关系较密切。随着年龄的增大, 出血的危险性变大, 出血的程度越重。结果显示, 35~65 岁的中年人发生上消化道出血的人数最多, 推测其原因可能与上消化道出血病因的好发年龄相关, 青壮年多发十二指肠球部溃疡, 出血性胃炎, 中老年人多发胃溃疡^[5], 肝硬化的发病人群则主要是 20~50 岁, 中老年以胃癌多见, 但胃癌导致的出血仅占 4.9%, 这可能与近年来大量制酸剂的使用降低了胃癌的出血有关, 但胃癌患者一旦出血则不易止血, 这可能与老年人有一定程度的动脉+硬化, 全身血管的舒张和收缩功能不佳和凝血机制障碍相关, 上消化道出血与患者的性别也有一定的关系, 男性出血的危险性较女性

[作者简介] 成忠凤 (1971~), 女, 云南昭通市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事临床急诊内科工作。

高, 男女之间的比例是 7.35:1. 推测可能是与男性有吸烟、饮酒、不良饮食习惯等不良嗜好相关^[6].

综上所述, 临床中引起上消化道出血的原因较多, 其病因的分布与患者的年龄以及性别因素相关. 在临床中对 UGIH 的病因分布以及相关的影响因素进行分析总结, 可对临床中疾病的诊治提供有益的启示, 也有利于医疗资源的合理配置.

[参考文献]

[1] 陆再英, 钟南山, 谢毅, 等. 内科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 483.

[2] 李玉英, 陈应伟. 上消化道出血176例病因临床分析[J]. 国际医药卫生导报, 2005, 11(10): 30.

[3] 杜春, 苏秉忠. 上消化道出血病因及相关因素临床分析[J]. Acta Acad Med Nei Mongol Oct, 2010, 32(5): 464-467.

[4] 费修才, 蔡陈效. 上消化道出血病因、趋势及相关因素分析[J]. 现在中西医结合杂志, 2008, 17(18): 2793-2794.

[5] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第12版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1 866-1 877.

[6] 陈连辉, 万珠琴. 上消化道出血病因及相关因素分析[J]. 临床荟萃, 2003, 18(4): 200-201.

(2012-01-21 收稿)

(上接第 114 页)

放宽剖宫产指征可显著改善围生儿预后^[2]. 但亦有学者对剖宫产持审慎态度, 强调自然分娩的优势和剖宫产的危险性, 指出大部分单臀位、全臀位产妇可顺利经阴道分娩^[3].

本研究结果显示, 剖宫产组的新生儿 Apgar 评分 ≤ 3 分和 4~7 分者的比例、窒息率、骨折率、臂丛神经损伤率、颅内出血率和死亡率均显著低于阴道分娩组, 可能的原因在于: (1) 臀位先露部较软, 不能紧贴宫颈, 影响子宫收缩, 宫口扩张慢, 使产程延长, 胎儿娩出时间长, 而剖宫产娩出胎儿简单迅速, 因而新生儿出现并发症和死亡的几率降低^[4]; (2) 剖宫产技术在临床的广泛应用导致产科医务人员普遍缺乏臀位接产基本技能的训练与培养, 因而增加产伤的发生率^[5].

值得注意的是, 本研究剖宫产组的产后出血率和产褥感染率显著高于阴道分娩组. 文献表明, 剖宫产的产妇死亡率和可能承受的麻醉意外、大出血、感染、损伤、羊水栓塞等风险高于阴道分娩^[6], 提高剖宫产率并不能无限度地降低围产儿的窒息率和病死率, 剖宫产率增加到一定程度, 围产儿死亡率将不再下降^[7]. 综上所述, 产科医务人员应全面辩证地分析剖宫产和阴道分娩的利弊, 根据产妇的

情况、科室的医疗水平和设备条件, 选择适合的分娩方式.

[参考文献]

[1] GHOSH M K. Breech presentation: evolution of management[J]. J Reprod Med, 2005, 50(2): 108-116.

[2] 张丽敦, 李飞浪, 罗东林, 等. 臀位妊娠分娩方式的选择[J]. 华北煤炭医学院学报, 2004, 6(6): 703-705.

[3] YAMAMURA Y, RAMIN K D, RAMIN S M. Trial of vaginal breech delivery: current role [J]. Clin Obstet Gynecol, 2007, 50(2): 526-536.

[4] 沈艳辉, 敦哲, 陈新, 等. 有关臀位分娩方式的争论[J]. 中国生育健康杂志, 2004, 15(3): 182-184.

[5] 郑彤彤, 包菲菲, 章惠琴. 臀位分娩方式的变化对新生儿预后的影响[J]. 中国妇幼保健, 2006, 21(14): 1 957-1 959.

[6] TIRAN D. Breech presentation: increasing maternal choice [J]. Complement Ther Nurs Midwifery, 2004, 10(4): 233-238.

[7] 蒋乐萍, 王彩英. 421例臀先露不同分娩方式的结局分析[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2005, 12(2): 31-32.

(2012-01-17 收稿)