不同年龄上消化道出血的临床特征及其危险因素比较分析

杜小芳，何　旭

（合肥市第三人民医院 消化内科，安徽　合肥　230001）

摘　要：目的：观察不同年龄段病人上消化道出血的临床特征，并对导致不同年龄段病人发生上消化道出血的危险因素进行比较，旨在为临床早期干预治疗提供切入点。**方法：**回顾性分析，采集我院2018-01~2020-06收治的95例上消化道出血病人临床资料，根据入组病人的年龄分布情况进行分组，将其中年龄≥60岁上消化道出血60例病人纳入老年出血组，将其中年龄＜45岁上消化道出血35例病人纳入青年出血组组，对比不同年龄段上消化道出血病人的临床特征，并对导致病人上消化道出血的危险因素进行比较分析。**结果：**青年出血组组病人以上腹部疼痛、贫血、黑便为主要临床特征，老年出血组则主要表现为贫血、黑便、失血性休克。两组临床特征相比，青年出血组组病人上腹部疼痛占比高于老年组，贫血及肝硬化门脉高压占比低于老年组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；不同年龄段病人上消化道出血危险因素比较，青年出血组组病人主要以消化溃疡、糜烂性胃炎与贲门撕裂为主，老年出血组病人以消化溃疡、糜烂性胃炎、肝硬化、消化道肿瘤糜烂性胃炎为主，两组病人上消化道出血危险因素比较，与青年出血组病人相比，老年出血组病人糜烂性胃炎占比较低，消化道肿瘤糜烂性胃炎占比较高，差异有统计学意义（$P<0.05$）；两组消化溃疡、贲门撕裂、肝硬化危险因素比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**贫血与黑便是上消化道出血病人共有的临床特征，上腹部疼痛是中青年病人特有表现，失血性休克则多见于老年病人；危险因素方面，消化溃疡、糜烂性胃炎均在两个年龄段有体现，贲门撕裂是中青年病人独立危险因素，其他因肝硬化、消化道肿瘤糜烂性胃炎引起的出血则在老年病人中常见，临床可根据不同的出血特征及不同年龄段病人特有的危险因素进行早期风险控制，以减少出血的发生。

关键词：上消化道出血；老年病人；中青年病人；临床特征；危险因素

中图分类号：R442.7　　**文献标识码：**B　　**文章编号：**2095-512X(2021)01-0062-04

上下消化道的分界为屈氏韧带，上消化道出血包括静脉与非静脉曲张出血，当出现上消化道急性出血时，患者常以呕血、黑便、周围循环衰竭等为临床表现，更有甚者可直接威胁生命安全[1,2]。相关流行病学显示，我国上消化道出血的主要病因即为消化性溃疡，其诱发的上消化道出血起病急、出血量多、致死率高，是临床消化系统危急症之一，因此如何快速、高效的止血治疗是治疗的重中之重[3,4]。上消化道出血可好发于任何年龄段，且不同发病人群的临床特征性表现也不尽相同，导致患者罹患上消化道出血的致病因也不同，为早期甄别治疗增加了一定难度[5]。可见找出不同年龄段上消化道出血患者的临床特征并探析其危险因素，对早期干预治疗、降低发病率具有关键意义。本研究通过回顾性分析我院近年来收治的上消化道出血患者的临床资料，探寻不同年龄段患者的临床发病特征及其危险因素，旨在为上消化道出血的早期诊断与早期治疗提供科学参考。具示如下。

1　资料与方法

1.1　纳入对象

本次研究设计的思路与方法均符合我院医学伦理委员会审核规定，且在翻阅病人病历资料前均经过家属与病人同意。回顾性分析，采集我院2018-01～2020-06收治的95例上消化道疾病病人临床资料，纳入病人需满足如下标准：(1)纳入标准：①上消化道出血病人满足《急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识》[6]中相关诊断标准：呕血、黑便症状，部分病人伴失血性周围循环衰竭；分泌物隐血试验阳性，合并上述临床表现者可初步诊断为上消化道出血；支持诊断：实验室检查显示红细胞计数、比容降低，血红蛋白浓度增加等；②临床相关资料完善；(2)排除标准：①下消化道出血；②因

收稿日期：2020-10-23；**修回日期：**2020-12-16

作者简介：杜小芳(1981-)，女，合肥市第三人民医院消化内科主治医师。

饮食或药源性引起的黑便，如服用动物血制品、口服铁剂等；③呼吸道、口、鼻、咽喉等非上消化道出血；④不明原因导致的上消化道出血；⑤非病情好转或家属放弃治疗的病人；⑥因穿孔导致死亡的病人。

1.2 方法

1.2.1 采集病历资料 本次研究纳入的病人共95例，根据本次研究目的设计一般资料调查表，调查表内容主要包括：(1)病人基本信息：姓名、性别、年龄(排除年龄在45~60岁的病人)、入院时间等；(2)临床特征表现：呕血、黑便、上腹部疼痛、贫血貌等；(3)参照文献[8,9]搜集入组病人既往病史资料：包括消化溃疡、贲门撕裂、糜烂性胃炎、肝硬化、消化道肿瘤糜烂性胃炎等。

1.2.2 分组情况 根据入组病人的年龄分布情况进行有效分组，将其中年龄≥60岁上消化道疾病伴出血病人60例，占比63.16%(60/95)，将其纳入老年出血组，其中男性39例，女性21例，年龄60～85岁，平均年龄(72.52 ± 3.35)岁。将其中年龄＜45岁上消化道疾病伴出血病人35例，占比36.84%(35/95)，将其纳入青年出血组组，男性27例，女性8例，年龄18～45岁，平均年龄(31.52 ± 2.25)岁。

1.3 观察指标

观察不同年龄段病人发生上消化道出血时临床特征性表现，针对导致不同年龄段病人发生上消化道出血的危险因素进行比较。

1.4 统计学方法

应用SPSS 20.0统计学软件处理数据，以百分比表示计数资料，两组间比较采用χ^2检验，$P<0.05$表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同年龄段上消化道出血病人临床特征

青年出血组组病人以上腹部疼痛、贫血、黑便为主要临床特征，老年出血组病人以贫血、黑便、失血性休克为主要特征。两组临床特征相比，青年出血组组病人上腹部疼痛占比较老年组高，贫血及肝硬化门脉高压占比较老年组低，差异有统计学意义($P<0.05$)(见表1)。

表1　不同年龄段上消化道出血患者临床特征比较(n,%)

临床特征	青年出血组组(n=35)	老年出血组(n=60)	χ^2	P
黑便	11(31.43)	23(38.33)	0.459	0.498
头晕乏力	4(11.43)	14(23.33)	2.040	0.153
呕血	5(14.29)	14(23.33)	1.131	0.288
上腹部疼痛	18(51.43)	13(21.67)	8.907	0.000
贫血	13(37.14)	43(71.67)	10.176	0.000
失血性休克	6(17.14)	20(33.33)	2.915	0.088
肝硬化门脉高压	3(8.57)	10(16.67)	0.637	0.425

注：每例患者可存在单种或多种临床特征

2.2 不同年龄段上消化道出血危险因素比较

不同年龄段病人上消化道出血危险因素比较，青年出血组组病人主要以消化溃疡、糜烂性胃炎与贲门撕裂为主，老年出血组病人以消化溃疡、糜烂性胃炎、肝硬化、消化道肿瘤糜烂性胃炎为主，两组病人上消化道出血危险因素比较，与青年出血组病人相比，老年出血组病人糜烂性胃炎占比较低，消化道肿瘤糜烂性胃炎占比较高，差异有统计学意义($P<0.05$)；两组消化溃疡、贲门撕裂、肝硬化危险因素比较，差异无统计学意义($P>0.05$)(见表2)。

表2　不同年龄段上消化道出血危险因素比较(n,%)

组别	消化溃疡	贲门撕裂	糜烂性胃炎	肝硬化	消化道肿瘤糜烂性胃炎
青年出血组组(n=35)	25(71.43)	4(11.43)	23(65.71)	3(8.57)	0.000
老年出血组(n=60)	38(63.33)	2(3.33)	15(25.00)	10(16.67)	8(13.33)
χ^2	0.649	1.271	15.268	0.637	5.096
P	0.421	0.260	0.000	0.425	0.024

注：每例患者可存在单种或多种危险因素

3　讨论

上消化道出血是临床高发且较为严重的症状，包括食管、胃、十二指肠等部位出血，炎症、肿瘤、机械性损伤等均可导致病人发生急性上消化道出血，紧急情况下，临床医师在急救治疗时要对其病因迅速判断，并制定针对性的治疗方案[7]。因此，对诱发上消化道出血的诸多病因有足够的认识，才可对病人迅速做出诊断，开展治疗方案。

本次研究结果显示，青年出血组病人以上腹部疼痛、贫血、黑便为主要临床特征，老年出血组病人以贫血、黑便与失血性休克为主要特征。由此可见贫血与黑便是中青年与老年上消化道出血病人共有的临床表现。究其原因可能为：(1)中青年病人由于生活压力大，饮食不规律，在诸多外因作用下如不良生活嗜好，十二指肠溃疡、胃黏炎症病变等应激性溃疡发生率增加，且以上腹部疼痛、黑便为主要表现，诸多中青年病人认为无需刻意进行对症处理，造成出血总量增多，后期常表现为贫血貌，如眼睑、甲床苍白、皮肤蜡黄[10,11]；(2)老年病人因年龄增加，心血管合并症增多，诸多老年病人常需服用非甾体药物，如低剂量阿司匹林肠溶片等预防心、脑血管意外发生，该类病人在上消化道出血发生时临床症状以黑便为主，且由于老年病人机体代偿能力相对低下，慢性上消化道出血时间延长，导致周围循环血流量下降，病人常表现为贫血貌[12,13]；(3)老年病人胃黏膜下血管壁细且厚，局部黏膜血流供应匮乏，造成局部胃黏膜屏障损害；另外，老年胃溃疡多居于胃体，且直径不少于2.0cm，病灶向深部蔓延，胸膜壁感觉神经纤维在体表位置与皮肤定位叠加，造成老年病人临床多缺乏节律性与周期性上腹部疼痛[14,15]。此外，老年上消化道出血病人还伴发失血性休克的风险。鉴于此，针对老年上消化道出血病人一经确诊，应立即明确病因，对症处理，补充外周循环血容量，避免因循环血容量不足诱发失血性休克。

本次研究经进一步比较导致两组病人发生上消化道出血的危险因素，结果发现，导致青年病人发生上消化道疾病出血的危险因素中合并消化道溃疡、糜烂性胃炎贲门撕裂基础疾病占比较多，而导致老年病人发生上消化道疾病出血的危险因素中合并消化性溃疡、消化道肿瘤、糜烂性胃炎、肝硬化伴门脉高压等。考虑其原因可能为：(1)随着年龄增加，老年病人胃黏膜血供减少，供不需求，长期的胃黏膜缺血、缺氧造成胃黏膜屏障受损，防御功能也随之下降，修复功能减弱，上消化道出血风险也随之攀升；(2)诸多老年病人合并心血管疾病，需长期服用非甾体类药物，导致胃黏膜屏障受损，前列腺素合成受抑制，继而诱发并加重消化道溃疡，导致老年病人幽门螺杆菌感染率增加；(3)老年病人消化道溃疡、肿瘤居多，血管脆性增加，被溃疡、肿瘤病灶侵袭，增加出血风险；(4)老年人群因年龄等各种原因导致动脉硬化，血管凝血机制与舒缩功能障碍，胃黏膜糜烂、出血；(5)老年病人易合并多种基础消耗性疾病，机体脏器常出现不同程度的功能障碍，再加上长期服用后各种治疗慢性病的药物，对胃黏膜形成长期刺激，导致对应的消化道内皮损害，继而诱发增加消化道出血风险；(6)老年病人合并肝硬化病人居多，且常合并肝硬化门脉高压，造成食管胃底静脉曲张破裂风险较高，这也是老年病人上消化道出血的主要临床特征。综合上述原因可知，不同年龄段病人消化道出血临床特征及危险因素均有一定差异，故针对上消化道出血病人，需迅速明确病因并联合相关检查，及时给予干预治疗，以改善病人预后。但本研究仍存在一定不足之处，如本次研究中根据我院收治病人情况，只纳入了青年组与老年出血组，未纳入青少年研究样本，导致研究结果偏倚，研究的可信度还需在未来开展更多大样本、多中心的前瞻性研究加以证实。

综上所述，贫血与黑便是上消化道出血病人共有的临床特征，上腹部疼痛是中青年病人特有表现，失血性休克则多见于老年病人；危险因素方面，消化溃疡、糜烂性胃炎均在两个年龄段有体现，贲门撕裂是中青年病人独立危险因素，其他因肝硬化、消化道肿瘤糜烂性胃炎引起的出血则在老年病人中常见，临床可根据不同的出血特征及不同年龄段病人特有的危险因素进行早期风险控制，以减少出血的发生。

参考文献

[1]Geng C，Li X，Luo R，et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: a retrospective study of 1294 cases[J].Scand J Gastroenterol，2017；**52**(11)：1286-1291

[2]Cathcart S，Birk J W，Tadros M，et al. Hemobilia: An Uncommon But Notable Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding[J].J Clin Gastroenterol，2017；**51**(9)：796-804

[3]徐赛群，刘丽，王伟宁，等.湖南省非甾体类抗炎药致上消化道出血的流行病学调查[J].临床消化病杂志，2016；**28**(2)：85-87

（下转第81页）

MolRes,2016;**15**(2):1-15

[2] Badger SA, Jones C, McCaigue M, et al. Cytokine response toportal endotoxaemia and neutrophil stimulation in obstructive jaundice. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012;**24**(1):25-32

[3]ASSIMAKOPOULOS SF, VAGIANOS CE.Bile duct ligation in rats: a reliable model of hepatorenal syndrome[J].World J Gastroenterol,2009;**15**(1):121 - 123

[4] 刘福英,刘田福.实验动物学[M].北京:中国科学技术出版社,2005:209-210

[5]刘烨. PI3K/Akt信号通路在右美托咪定对梗阻性黄疸大鼠肝细胞凋亡中的作用[D].内蒙古医科大学,2019

[6] Lalisang T J, Sjamsuhidajat R, Siregar N C, et al. Profile of hepatocyte apoptosis and bile lakes before and after bile duct decompression in severe obstructive jaundice patients[J]. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 2010; **9**(5): 520-523

[7] Rolo A P, Oliveira P J, Moreno A J, et al. Bile acids affect liver mitochondrial bioenergetics: possible relevance for cholestasis therapy.[J]. Toxicological Sciences An Official Journal of the Society of Toxicology, 2000;**57**(1):177

[8] Wu Q L, Shen T, Shao L L, et al. Ischemic postconditioning mediates cardioprotection via PI3K/GSK-3Î²/Î²-catenin signaling pathway in ischemic rat myocardium[J]. Shock, 2012; **38**(2): 165-169

[9] 李达民,关养时.梗阻性黄疸致肝细胞凋亡的研究进展[J].中国普通外科杂志, 2014;**23**(7):967-971

[10] Moazzam F N, Brems J J, Yong S L, et al. Endotoxin potentiates hepatocyte apoptosis in cholestasis.[J]. Journal of the American College of Surgeons, 2002;**194**(6):731-739

[11] Sheen-Chen S M, Ho H T, Lu C P, et al. The Effect of Insulin-like Growth Factor-I on Hepatocyte Apoptosis After Bile Duct Ligation in Rat[J]. Digestive Diseases & Sciences, 2006;**51**(12):2220-2224

[12] Wang J, Zou S. The bcl-2 mRNA expression in GCDC-induced obstructive jaundice in rats and its implication in hepatocellular apoptosis[J]. 华中科技大学学报:医学英德文版, 2002;**22**(1):34-36

[13] T ü fek A, Tokgöz O, Aliosmanoglu I, et al. The protective effects of dexmedetomidine on the liver and remote organs against hepatic ischemia reperfusion injury in rats[J]. International Journal of Surgery, 2013;**11**(1):96-100

[14] Wu Gong-Jhe, Chen Jui-Tai, Tsai Hsiao-Chien, et al. Protection of Dexmedetomidine Against Ischemia/Reperfusion-Induced Apoptotic Insults to Neuronal Cells Occurs via an Intrinsic Mitochondria- Dependent Pathway[J]. Journal of Cellular Biochemistry, 2017;**18**(22):1154-1156

[15] Gao S, Wang Y, Zhao J, et al. Effects of dexmedetomidine pretreatment on heme- oxygenase-1 expression and oxidative stress during one-lung ventilation[J]. International Journal of Clinical & Experimental Pathology, 2015;**8**(3):3144-9

(上接第64页)

[4]Clere-Jehl R, Schaeffer M, Vogel T, et al.Upper and lower gastrointestinal endoscopies in patients over 85 years of age: Risk-benefit evaluation of a longitudinal cohort[J].Medicine, 2017;**96**(44):e8439

[5]罗正武.急诊胃镜检查对上消化道出血患者病因诊断及治疗转归分析[J].山西医药杂志,2018;**47**(12):1418-1420

[6]中国医师协会急诊医师分会.急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识[J].中国急救医学,2015;**35**(10):865-873

[7]Vasapolli R, Malfertheiner P, Kandulski A .Helicobacter pylori and non- malignant upper gastrointestinal diseases[J].Helicobacter,2016;**21**(S1):30-33

[8]王嫄嫄,陈洪波.2012~2014年邢台地区上消化道出血临床特征分析[J].医学临床研究,2016;**33**(4):793-796

[9]安康,陈倩倩,李惠惠,等.75岁以上非静脉曲张性上消化道出血患者临床特点分析[J].解放军医学院学报,2016;**37**(7):742-744,749

[10]Abougergi M S , Avila P , Saltzman J R .Impact of Insurance Status and Race on Outcomes in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A Nationwide Analysis[J].J Clin Gastroenterol,2019;**53**(1):e12-e18

[11]杨辉,金玉,李玫,等.苏皖地区14岁以下儿童上消化道出血的临床和胃镜特征分析[J].中国内镜杂志,2016;**22**(5):52-56

[12]Abougergi M S,Peluso H,Mrad C,et al.The Impact of Obesity on Mortality and Other Outcomes in Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the United States[J].J Clin Gastroenterol,2019;**53**(2):114-119

[13]胡越,郑松柏.老年人上消化道出血的临床特点[J].中华消化杂志,2018;**38**(6):426-429

[14]Laursen S B , Leontiadis G I , Stanley A J , et al.The use of selective serotonin receptor inhibitors (SSRIs) is not associated with increased risk of endoscopy- refractory bleeding, rebleeding or mortality in peptic ulcer bleeding[J].Aliment Pharmacol Ther,2017;**46**(3):355-363

[15]Laursen S B , Leontiadis G I , Stanley A J , et al.Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: A nationwide cohort study[J].Gastrointest Endosc,2017;**85**(5):936-944