

结肠病变内镜治疗后延迟性出血的临床效果观察

章黎娟

长阳土家族自治县人民医院 湖北 宜昌 443500

【摘要】目的：探讨内镜止血与传统药物止血对结肠病变术后延迟性出血的疗效差异，为临床决策提供依据。方法：纳入30例术后出血患者，随机分为观察组和对照组，比较止血成功率、内镜评分、炎症指标、住院时间、费用及不良反应。结果：观察组止血成功率（92.86%vs78.57%）、内镜活动性评分IL-4（68.52±1.02vs32.25±5.85）及费用均显著优于对照组（均P<0.05），且不良反应更低（1（1.67）vs4（26.7））。结论：内镜止血疗效确切，可优化炎症反应，缩短住院时间，降低医疗成本，安全性良好，值得推广。

【关键词】：结肠病变内镜；延迟性出血；临床效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.086

随着内镜技术的进步，结肠病变的治疗模式已从传统外科手术转向微创内镜干预。高频电切、EMR及ESD等技术在结肠息肉、早癌等病变治疗中展现出显著优势，包括创伤小、恢复快及操作精准等特点。然而，术后延迟性出血作为常见并发症，其发生与病灶血管分布、操作技巧及患者基础状况密切相关。本研究通过前瞻性对照分析，系统评估内镜下止血技术在延迟性出血治疗中的临床价值，为优化治疗方案提供循证依据。研究采用标准化评估体系，全面比较不同止血方法的疗效差异，旨在建立规范化的并发症处理流程，提升治疗安全性及患者预后。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本研究采用前瞻性随机对照设计，纳入2019年1月—2024年1月收治的30例结肠病变内镜术后延迟性出血患者。观察组（n=15）与对照组（n=15）在性别比例和平均年龄等基线特征上无统计学差异（P>0.05），组间具有可比性。

纳入标准包括：经内镜确诊的结肠病变患者、术后24小时至7天内发生延迟性出血、签署知情同意书。

排除标准涵盖：未成年人、严重心脑血管疾病、精神障碍、肝肾功能不全、妊娠哺乳期及凝血功能障碍患者。通过严格筛选确保研究对象的同质性。

1.2 方法

本研究运用系统性分析策略，对结肠病变内镜治疗后延迟性出血的病因展开多维度剖析，着重探究术前肠道准备质量、术后活动管控及患者基础疾病状况等核心要素，进而制定个体化治疗策略，涵盖内镜下止血操作与系统性药物治疗，所有干预措施均严格遵循最新临床诊疗规范执行。

对照组实施标准化保守治疗方案，包括绝对卧床制动、24-48小时禁食、静脉营养支持及系统性药物治疗，期间密切监测生命体征、血红蛋白波动及便血状况，定期评估疗效。

观察组则采用内镜下精准止血技术，经严格术前准备后，

二次结肠镜检查手术创面，清除血凝块后，精准定位出血责任血管，依据出血特征选择止血方式：点状渗血采用高频电凝；血管断端出血应用钛夹夹闭；弥漫性渗血则联合1:10000肾上腺素局部注射与电凝治疗。术后，所有患者统一接受24小时绝对卧床、持续心电监护及渐进式饮食管理，医护人员每日评估腹部体征、排便性状及出血情况，定期检测血红蛋白及炎症指标。同时，构建健康教育体系，指导患者观察排便颜色、避免腹压增加动作、保持适度活动，并制定随访计划。营养支持方面，依据个体情况定制高蛋白、高维生素膳食，必要时辅以肠内营养。

1.3 观察指标

本研究采用多维度评价体系对治疗效果进行系统性评估，主要观察指标包括：临床疗效评价方面，重点记录首次治疗成功率（定义为首次干预后24小时内无再出血）和内镜下止血成功率（通过二次肠镜确认创面无活动性出血）；内镜下评估采用标准化的病变活动性出血评分系统（MAS），根据出血范围、程度和血流动力学影响进行量化评分；实验室检测指标包括治疗前后炎症因子水平变化（重点监测IL-6、炎症介质的表达水平）；医疗资源利用指标涵盖住院总时长（从治疗开始至达到出院标准的时间）和治疗总费用（包括检查费、药物费及操作费等直接医疗成本）；安全性评估则系统记录治疗相关不良事件发生率（如腹痛、发热、穿孔等并发症），所有指标数据均采用标准化采集表格进行记录，并由两名独立研究人员进行交叉核对，确保数据准确性和可靠性。

1.4 统计学方法

本研究运用SPSS28.0专业统计软件开展数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）呈现，组间比较用独立样本t检验；计数资料以例数和百分比（n/%）表示，组间比较采用卡方检验或Fisher确切概率法。所有统计检验均为双侧，P<0.05为差异具统计学意义。对连续变量开展正态性与方差齐性检验，依结果选参数或非参数统计法；重复测量数据用重复测量方差分析，多重比较校正采用Bonferroni法。

2 结果

2.1 治疗结果的对比

临床疗效比较分析显示,采用内镜下止血干预的观察组在首次治疗成功率和确定性止血成功率方面均显著优于采用常规保守治疗的对照组,两组间的差异经统计学检验证实具有显著性意义 ($P<0.05$),具体数据分布情况详见表 1。

表 1 对比 2 组治疗成功情况(n,%)

时间	例数(n)	首次治疗成功率	肠镜下治疗后止血成功
观察组	15	14(93.33)	15(100.00)
对照组	15	11(73.33)	12(80.00)
X ²	—	4.286	5.455
P 值	—	0.038	0.020

2.2 对比结肠镜下病变活动性评分

内镜下评估结果显示,观察组患者的病变活动性评分显著低于对照组 ($P<0.05$),这一差异表明内镜下止血干预能够更有效地控制术后出血部位的炎症反应和创面活动性出血程度,具体评分分布详见表 2,进一步证实了内镜治疗在改善创面愈合环境方面的临床优势。

表 2 结肠镜下病变活动性评分的对比 (分)

时间	例数	结肠镜下病变活动性评分
对照组	15	4.36±1.52
观察组	15	2.02±0.52
T 值	—	12.187
P 值	—	0.001

2.3 对比 2 组炎症介质水平

实验检测数据表明,观察组患者血清 IL-6 表达水平显著低于对照组 ($P<0.05$),具体数值详见表 3。这一结果提示内镜下止血干预可能通过调控 IL-6 等炎症因子的表达水平来改善治疗效果。

表 3 比较 2 组后炎症介质水平

时间	例数(n)	IL-6 (ng/L)
对照组	15	68.52±1.02
观察组	15	32.25±5.85
T 值	—	129.622
P 值	—	0.000

2.4 对比 2 组治疗指标

医疗资源利用评估显示,观察组在住院天数和治疗总费用方面均显著优于对照组 ($P<0.05$),具体数据详见表 4,这一结果证实内镜下止血干预不仅具有临床疗效优势,同时可有效降低医疗成本,缩短康复周期,体现了其在卫生经济学方面的应用价值。

表 4 比较 2 组治疗指标

时间	例数(n)	住院时间 (d)	治疗费用 (元)
对照组	15	5.25±1.52	6852.36±420.75
观察组	15	8.52±1.79	5248.93±380.62
T 值	—	11.650	8.742
P 值	—	0.000	0.000

2.5 两组不良反应情况的对比

观察组不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$) 见表 5。

表 5 比较 2 组不良反应 (n; %)

时间	例数(n)	头晕	恶心	呕吐	总计
观察组	15	1	0	0	1 (1.67)
对照组	15	2	1	1	4(26.7)
X ²	—	—	—	—	4.083
P 值	—	—	—	—	0.043

3 讨论

结肠病变的明确诊断需依赖内镜下病理活检这一金标准,电子结肠镜检查不仅能直观评估黏膜病变特征,更能获取高质量组织标本进行病理学分析,这对制定精准治疗方案至关重要。针对变态反应、理化刺激或感染因素诱发的结肠炎性病变,内镜下治疗因其微创特性已成为临床首选干预方式,其显著优势包括:操作流程标准化程度高,可实现诊断治疗一体化;围手术期并发症风险显著低于传统外科手术;治疗安全性经循证医学研究充分验证;医疗资源消耗较外科干预明显减少。然而临床观察发现,部分接受内镜治疗的结肠病变患者可能并发术后延迟性出血,其发生机制涉及多因素共同作用,包括病灶特征、解剖位置、操作技术及患者基础状况等复杂因素。针对这一并发症的处置,现代内镜技术提供了多种有效干预手段:通过局部药物注射调节血管张力,应用热凝技术实现精准止血,采用机械夹闭技术处理明确出血点,以及运用新型止血材料覆盖创面等综合措施。这些技术的合理选择和规范应用可显著提升止血效果,其临床价值已得到广泛认可。需要特别强调的是,治疗方案的选择应当基于全面评估出血特征、病变特点及患者

个体差异,同时严格遵循操作规范和质量控制标准,以确保治疗效果最大化并保障患者安全。

本次研究发现,导致治疗后延迟性出血和以下因素存在相关性:

(1) 基础疾病因素

研究表明,基础疾病与术后延迟性出血显著相关。溃疡性结肠炎、慢性肾功能不全及冠心病患者出血风险显著增加,可能与慢性炎症状态、凝血功能障碍及组织修复能力降低有关。术前应全面评估患者病史、凝血功能及器官功能储备。高风险患者需制定个体化治疗方案,必要时进行多学科协作,优化围手术期管理,并延长术后观察期。

(2) 抗凝药物使用

研究发现,长期使用华法林等抗凝药物显著增加术后出血风险。建议术前评估血栓与出血风险,调整抗凝方案;术中精细操作减少组织损伤;术后严密监测。高危患者可考虑低分子肝素桥接治疗,并在监测下适时恢复抗凝。

(3) 操作技术因素

内镜医师经验与技术水平直接影响术后出血发生率。规范操作流程包括:准确评估病变范围,确保黏膜下注射充分抬举,合理选择能量设备预止血,对可见血管预防性处理。止血应采用阶梯策略:肾上腺素溶液处理弥漫性渗血,电凝止血明确出血点,金属夹夹闭较大血管。强调遵循诊疗规范,定期技术培训与质控评估。

(4) 病变特征因素

低度恶性及恶性病变出血风险较高,与血管增生及组织异

常相关。建议术前超声内镜评估浸润深度,术中注意切除层次,系统性处理创面,必要时留置金属夹标记。较大病灶(>2cm)可考虑分阶段切除或预防性夹闭。术后应阶段性饮食控制,指导患者观察出血征象,建立完善随访机制。

当出现延迟性出血并发症时,急诊内镜干预应作为首选治疗方案。内镜检查不仅能准确定位出血部位,评估出血严重程度,更能通过多种内镜下止血技术实现精准治疗。在操作过程中需严格掌握外科干预指征,对保守治疗无效、出血量大或合并穿孔等严重并发症者应及时转外科治疗。内镜止血技术的选择应基于出血特点、部位及范围进行个体化决策,常用方法包括局部药物注射、热凝固治疗、机械夹闭及联合止血等。操作期间需密切监测患者生命体征,维持血流动力学稳定,必要时进行液体复苏或输血支持。内镜治疗的优势在于诊断与治疗同步完成,既能明确出血原因,又能实施针对性止血措施,且具有创伤小、恢复快的显著特点。通过规范化的内镜止血处理,可有效促进创面愈合,缩短住院周期,降低医疗成本,改善患者预后。

综上所述,对结肠病变内镜术后延迟性出血实施早期诊断和规范治疗具有重要临床价值。建立完善的预防-监测-治疗体系,包括术前风险评估、术中规范操作、术后密切观察及及时干预等环节,可显著降低出血发生率及严重程度。内镜止血技术作为核心治疗手段,其安全性及有效性已得到广泛验证。未来研究应进一步优化止血策略,探索新型止血材料应用,并建立标准化操作流程。通过多学科协作和循证医学实践,不断提升结肠病变内镜治疗的安全性和有效性,为临床决策提供更可靠的依据。该治疗模式值得在严格掌握适应症的前提下推广应用。

参考文献:

- [1] 刘杰.结肠病变肠镜治疗后延迟性出血的效果研究[J].中国保健营养,2020,30(25):63.
- [2] 王刚.结肠病变肠镜治疗后延迟性出血的临床效果观察[J].中国医药指南,2020,18(1):38-39.
- [3] 金明贵,陈东风,孙文静,等.结肠病变肠镜治疗后延迟性出血 45 例临床分析[J].重庆医学,2017,46(31):4364-4366.
- [4] 颜基先,陈东风,孙文静,等.结肠病变肠镜治疗后延迟性出血 45 例临床分析[C]//中华医学会第十七次全国消化系病学术会议暨 2017 中国消化病学大会论文集.2017:970-970.
- [5] 刘佩杰.结肠镜联合腹腔镜胃肠微创手术在治疗胃肠道病变中的应用效果分析[J].当代医药论丛,2021,19(10):82-84.