

• 临床探讨 •

肝硬化合并上消化道出血的临床特征及预后分析

童庆华, 彭 涛, 丁 云

(湖北省武汉市江夏区第一人民医院普外科 430020)

摘要:**目的** 总结肝硬化合并上消化道出血的临床特征,探究影响其预后的危险因素。**方法** 选取该院 2008—2015 年收治的肝硬化合并上消化道出血患者 150 例,依据预后结局不同,将患者分为死亡组(31 例),存活组(119 例)。将患者预后设为因变量,将年龄、性别、既往上消化道出血史、肝功能 Child-Pugh 分级、基础疾病、出血量、合并症、贫血、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、血清总胆红素(TBiL)、治疗后再出血等设为自变量,行单因素非条件 Logistic 回归分析和多因素非条件 Logistic 回归分析。**结果** 单因素分析显示,年龄≥60 岁、男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往上消化道出血史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、ALT≥120 g/L、AST≥120 g/L、TBiL>17.1 μmol/L、食管胃底静脉曲张均是肝硬化合并上消化道出血预后的危险因素($P<0.05$)。多因素分析显示,男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往上消化道出血史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、食管胃底静脉曲张均是肝硬化合并上消化道出血预后的危险因素($P<0.05$)。**结论** 肝硬化合并上消化道出血多发于中老年男性,临床上应针对肝硬化合并上消化道出血预后的危险因素加以防治。

关键词:肝硬化; 上消化道出血; 预后; 临床特征; 危险因素
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.052 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)17-2627-03

上消化道出血(UGH)是肝硬化较为常见的危急并发症之一,它是肝硬化病情恶化的重要征象。本研究回顾性分析本院 150 例肝硬化合并 UGH 患者的临床资料,总结肝硬化合并 UGH 的临床特征,探讨影响其预后的危险因素,以供后续防治参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院于 2008—2015 年收治的肝硬化合并 UGH 患者 150 例。依据预后结局的不同,将治疗后死亡的患者设为死亡组(31 例),将治疗后存活的患者设为存活组(119 例)。肝硬化诊断标准:(1)有长期嗜酒、乙型或丙型病毒性肝炎、血吸虫病等病史;(2)有食欲缺乏、恶心、腹水、黄疸等症状;(3)肝组织病理活检进一步证实有假小叶形成。肝硬化合并 UGH 诊断标准:(1)满足以上肝硬化诊断标准;(2)有呕血、黑便,或者大便隐血试验阳性等;(3)胃镜进一步证实有 UGH。纳入标准:(1)满足以上肝硬化合并 UGH 诊断标准;(2)年龄>18 岁;(3)病历资料完善。排除标准:(1)口、鼻、咽部出血患者;(2)合并有血液系统疾病者;(3)合并心、肺、肾等严重基础疾病者;(4)合并有食管癌、胃癌者;(5)合并急慢性感染疾病者。

1.2 方法 通过建立 Excel 表格,采用双人双录,单人核对的方式记录患者的年龄、性别、既往 UGH 史、肝功能 Child-Pugh 分级^[1]、基础疾病(高血压、糖尿病、冠心病)、出血量、合并症

(腹水、肝性脑病、食管胃底静脉曲张)、贫血、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、血清总胆红素(TBiL)、治疗后再出血、疾病转归等情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;将患者预后设为因变量,将年龄、性别等设为自变量,对变量赋值后,先行单因素非条件 Logistic 回归分析,然后将得到的可疑因素行多因素非条件 Logistic 回归分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 肝硬化合并 UGH 的临床特征 150 例肝硬化合并 UGH 患者中,男 118 例、女 32 例,男女之比 3.7:1;年龄 20~81 岁,平均(55.37±12.59)岁;治疗后,72 h 内再出血 35 例(23.33%),死亡 31 例(20.67%)。

2.2 肝硬化合并 UGH 预后的单因素分析 如表 1 所示,依据各自变量赋值,在不考虑各因素之间相互作用时,年龄≥60 岁、男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往 UGH 史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、ALT≥120 g/L、AST≥120 g/L、TBiL>17.1 μmol/L、食管胃底静脉曲张均是肝硬化合并 UGH 预后的危险因素($P<0.05$);而贫血、高血压、糖尿病、冠心病与肝硬化合并 UGH 预后无关($P>0.05$)。

表 1 肝硬化合并 UGH 预后的单因素非条件 Logistic 回归分析

自变量		死亡组 (<i>n</i> =31)	存活组 (<i>n</i> =119)	β	<i>SE</i>	<i>Wald</i> χ^2	<i>P</i>	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
年龄	≥60 岁	19	38	1.028	1.235	4.268	0.047	1.239(1.014~3.579)
	<60 岁	12	81					
性别	男	17	101	1.238	0.846	6.349	0.039	2.014(1.367~5.609)
	女	14	18					
肝功能	Child-Pugh A+B 级	13	86	2.367	1.027	8.467	0.018	2.156(1.659~5.984)
	Child-Pugh C 级	18	33					
贫血	是	8	30	1.047	1.112	1.023	0.105	1.201(1.002~3.459)

续表 1 肝硬化合并 UGH 预后的单因素非条件 Logistic 回归分析

自变量		死亡组 (<i>n</i> =31)	存活组 (<i>n</i> =119)	β	<i>SE</i>	<i>Wald</i> χ^2	<i>P</i>	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
腹水	否	23	89					
	是	19	28	2.755	1.125	6.347	0.035	5.249(3.021~8.657)
高血压	否	12	91					
	是	21	80	1.364	1.026	1.957	0.084	1.114(1.001~2.854)
糖尿病	否	10	39					
	是	19	75	1.002	0.657	1.024	0.099	1.239(1.014~3.579)
冠心病	否	12	44					
	是	20	79	1.024	1.124	1.258	0.095	1.017(1.003~2.349)
既往 UGH 史	否	11	40					
	有	19	35	2.087	1.125	7.659	0.032	2.034(1.556~5.117)
出血量	无	12	84					
	>500 mL	20	28	3.267	1.026	8.574	0.029	4.026(2.557~8.627)
	≤500 mL	11	91					
治疗后 72 h 内再出血	是	22	13	4.369	1.156	10.785	0.012	4.012(2.119~7.627)
	否	9	106					
肝性脑病	是	22	13	3.258	1.259	9.357	0.016	3.247(1.554~8.247)
	否	9	106					
ALT	≥120 g/L	16	58	1.015	0.957	4.157	0.047	1.095(1.0143.259)
	<120 g/L	15	61					
AST	≥120 g/L	17	54	1.456	1.028	4.024	0.049	1.115(1.001~3.076)
	<120 g/L	14	65					
TbIL	>17.1 μmol/L	16	48	1.387	1.086	5.014	0.046	1.214(1.014~3.957)
	≤17.1 μmol/L	15	71					
食管胃底静脉曲张	是	18	31	4.628	1.258	13.067	0.001	7.235(4.041~12.503)
	否	13	88					

2.3 肝硬化合并 UGH 预后的多因素分析 对单因素分析得到的可疑因素行多因素非条件 Logistic 回归分析,结果见表 2。男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往 UGH 史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、食管胃底静脉曲张均是肝硬化合并 UGH 预后的危险因素(*P*<0.05)。

表 2 肝硬化合并 UGH 预后的多因素非条件 Logistic 回归分析

变量	β	<i>SE</i>	<i>Wald</i> χ^2	<i>P</i>	<i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
男性	1.121	1.168	4.379	0.038	3.048(0.312~8.260)
肝功能 Child-Pugh C 级	1.678	1.028	5.632	0.033	2.109(0.312~6.260)
腹水	1.359	0.597	5.548	0.035	2.085(0.312~6.260)
既往出血病史	1.028	1.267	3.029	0.044	1.569(0.312~5.260)
出血量>500 mL	2.848	1.181	6.522	0.029	2.339(0.234~6.876)
治疗后 72 h 再出血	2.719	1.210	0.364	0.043	2.063(0.190~6.824)
合并肝性脑病	4.452	0.976	11.211	0.004	6.558(0.234~12.645)
食管胃底静脉曲张	1.558	1.217	8.629	0.026	4.766(0.427~10.381)

3 讨 论

肝硬化合并 UGH 是肝功能失代偿的重要表现之一,属临床较为危急的重症,常可引发肝性脑病、感染等并发症,加之有较高的致死特性,引起了医生的广泛关注^[2]。明确肝硬化合并

UGH 的临床特征和预后因素有重要的防治意义。

本研究中,肝硬化合并 UGH 的男女之比为 3.7 : 1,中位年龄 55.4 岁,这与苏海水^[3]研究中的 4.0 : 1、54.7 岁接近。可能是中老年男性身体功能下降,日常生活吸烟、饮酒多等所致。而陈好等^[4]研究中的男女之比 3.2 : 1,中位年龄 43.6 岁,与本研究有所偏差,分析与其样本偏小,地域性差异有关。本研究中,肝硬化合并 UGH 住院期间再出血率、病死率均在 20.0% 以上,而苏海水^[3]的住院再出血率、病死率仅为 12.6% (31/246),13.4% (33/246);而陈煊森^[5]的报道分别为 63.09% (94/149)、18.12% (27/149),这与本研究数据有所出入,应与患者治疗、护理方式不同,统计时间的差异等有关。

本研究中,肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水及肝性脑病均是影响肝硬化合并 UGH 预后的重要危险因素,它们是肝功能失代偿的典型表现。肝脏是机体代谢的枢纽,它合成及分泌的酶、细胞因子、凝血因子、胆汁、蛋白质等物质参与机体的食物消化、能量代谢、出凝血平衡、代谢产物清理等多个过程^[6]。肝功能失代偿不仅影响心、脑等器官的能量供应,还可使代谢废物大量堆积于体内,从而造成水电解质失衡及酸碱紊乱。陈春等^[7]指出,伴发肝性脑病的肝硬化合并 UGH 患者,其死亡风险增加 5.5 倍;侯昉^[8]研究显示,肝功能 Child-Pugh C 级的 *OR* 为 1.387,95%*CI* 为 1.157~3.659;崔星亮等^[9]的数据表明,合并腹水的 *OR* 为 4.540,95%*CI* 为 2.730~7.540。这均与本研究相互佐证。

本研究中,既往 UGH 史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血也是肝硬化合并 UGH 预后的危险因素。肝受损不仅可减少凝血因子、免疫球蛋白等生成,而且能引起脾功能亢进,从而激活单核吞噬系统,破坏血小板^[10]。反复的中重度出血提示患者病情极不稳定,机体存在随时恶化可能,应给予足够重视。陈春等^[7]研究中,住院期间再出血患者的死亡风险是非再出血患者的 9 倍左右;占国清等^[11]认为既往出血史($OR=3.140,95\%CI$ 为 1.027~8.329)、24 h 内再出血($OR=1.563,95\%CI$ 为 1.029~4.336)是肝硬化合并 UGH 预后的独立危险因素;陈炀森^[5]报道,出血量>500 mL 的 OR 为 2.312,95% CI 为 1.359~6.452。这均与本研究结果相吻合。

本研究中,食管胃底静脉曲张对患者预后有明显不利影响。肝硬化患者肝内血液循环障碍,门静脉内血液不能正常回流,导致食管胃底静脉充血、扭曲,代谢产物异常堆积,消化道管壁变薄,通透性提高,最终形成局部黏膜的水肿、溃疡,甚至糜烂,可造成重度 UGH,从而危及生命。崔星亮等^[9]研究中,食管静脉曲张 OR 为 9.100,95% CI 为 5.000~16.600,与本研究结论相互印证。

本研究中,盆血、合并冠心病等基础病及 ALT、TBiL 等异常未入选为肝硬化合并 UGH 预后的独立危险因素,与陈志敏等^[12]、郑剑^[13]、孙立东等^[14]的观点不全一致,考虑与样本量大小、检测精确度等的差异有关,需进一步进行全国性、大样本、高精度检测手段的研究。

综上所述,肝硬化合并 UGH 多发于中老年男性,病死率和再出血率均在 20.0% 以上;男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往 UGH 史、出血量>500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、食管胃底静脉曲张是影响肝硬化合并 UGH 预后的危险因素,临床需加以重视。

参考文献

[1] Kim E,Ryoo Y,Ryu H,et al. Sorafenib for hepatocellular carcinoma according to Child-Pugh class of liver function [J]. Cancer Chemother Pharmacol, 2011, 68 (5): 1285-1290.

• 临床探讨 •

个性化护理干预在脊柱结核患者围术期的应用效果分析

李孝文

(辽宁省朝阳市中心医院骨伤科 122000)

摘要:目的 分析个性化护理干预在脊柱结核患者围术期的应用效果和临床意义。方法 对 154 例符合手术标准的脊柱结核患者按照随机数字表法,随机分为试验组和对照组,每组 77 例。试验组实施个性化术中护理,对照组采用传统护理模式,比较两组患者的创口愈合时间、下床时间;定期随访患者,在护理前、护理后(护理 6 周或护理 3、6 个月)对患者视觉模拟(VAS)评分、个性化护理后服药依从性、活动能力指标方面进行对比和分析。结果 试验组在创口愈合时间、下床时间、VAS 评分、服药依从性、活动能力指标方面优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 针对患者不同的个性化需求制订出适当的个性化护理干预措施,有利于患者的康复。

关键词:个性化术前护理; 脊柱结核; 个性化术中护理; 复发

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.053 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)17-2629-04

脊柱结核是最常见的一种骨关节结核,占全身结核的 50%。由于椎体受累塌陷、骨质破坏、肉芽组织形成,导致脊柱受压,以及循环障碍及结核感染引起椎体病变,最终形成脊柱

[2] Mayorga CA,Rockey DC. Clinical utility of a standardized electronic order set for the management of acute upper gastrointestinal hemorrhage in patients with cirrhosis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2013, 11(10): 1342-1348.

[3] 苏海水. 肝硬化并上消化道出血的临床特征及预后分析[D]. 福州:福建医科大学, 2013.

[4] 陈好,田虹,黄晓丽,等. 肝硬化合并非静脉曲张性上消化道出血临床分析[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2014, 35(2): 278-283.

[5] 陈炀森. 肝硬化并上消化道出血患者预后的相关因素研究[J]. 河北医学, 2015, 20(1): 86-88.

[6] Hoekstra T, De Graaf W, Nibourg A, et al. Physiological and biochemical basis of clinical liver function tests: a review[J]. Ann Surg, 2013, 257(1): 27-36.

[7] 陈春,伍思国,杨智娟. 肝硬化上消化道出血患者预后因素分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2015, 18(3): 300-301.

[8] 侯昀. 肝硬化不同病因上消化道出血患者的临床对比[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 13(12): 999-1001.

[9] 崔星亮,刘晓东,任海霞,等. 肝硬化并发上消化道出血相关危险因素分析[J]. 疑难病杂志, 2014, 12(5): 488-489.

[10] Tsochatzis EA, Jaime B, Burroughs AK. Liver cirrhosis [J]. Lancet, 2014, 383(9930): 1749-1761.

[11] 占国清,郑三菊,李儒贵,等. 肝硬化并上消化道出血患者预后的影响因素[J]. 临床消化病杂志, 2011, 23(1): 43-45.

[12] 陈志敏,仇建成,上官惠敏,等. 肝硬化患者上消化道出血危险因素与预后影响因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 24(19): 4488-4490.

[13] 郑剑. 肝硬化并上消化道出血患者的临床特征与预后[J]. 中国临床研究, 2014, 27(10): 1224-1225.

[14] 孙立东,张玫,汤哲. 老年肝硬化患者预后及影响因素分析[J]. 山东医药, 2010, 50(16): 75-76.

(收稿日期:2017-03-20 修回日期:2017-04-27)

结核^[1]。脊柱结核具有隐匿性发病的特点,通常引起椎体病理性压缩性骨折、截瘫,给患者带来严重的身体危害和极大的精神损伤,且需要实施长期的治疗和有针对性的护理。目前国内