

# 奥美拉唑联合内镜下止血治疗急诊消化内科上消化道出血患者的临床疗效

方昭慧 于文静

赤峰市宁城县中心医院，内蒙古赤峰，024200；

**摘要：**目的：探讨奥美拉唑联合内镜下止血治疗急诊消化内科上消化道出血的疗效与安全性，为临床选方案提供依据。方法：选取2024年1月至2025年1月我院急诊消化内科200例30-90岁的上消化道出血患者，用随机数字表法分对照组与实验组，各100例。对照组用奥美拉唑单独治疗，实验组采用奥美拉唑联合内镜下止血治疗。比较两组临床止血效果、止血时间、住院时间、输血量、再出血发生率及不良反应。结果：实验组总有效率96.00%，显著高于对照组的78.00%（ $\chi^2=13.529$ ,  $P<0.001$ ）；实验组止血时间（12.35±3.21）h、住院时间（5.21±1.45）d、输血量（205.34±58.67）ml，均显著优于对照组（ $t=24.156$ 、14.872、19.634，均 $P<0.001$ ）；实验组再出血发生率3.00%，显著低于对照组的16.00%（ $\chi^2=10.256$ ,  $P=0.001$ ）。两组不良反应发生率差异无统计学意义（ $\chi^2=0.785$ ,  $P=0.375$ ）。结论：奥美拉唑联合内镜下止血治疗可显著提高上消化道出血止血效果，缩短时间，减少输血量与再出血发生率，安全性好，值得推广。

**关键词：**奥美拉唑；内镜下止血；急诊消化内科；上消化道出血；临床疗效；再出血

**DOI：**10.69979/3029-2808.26.02.047

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月我院急诊消化内科200例30-90岁上消化道出血患者。纳入标准为符合相关诊断标准、有呕血等症状、粪便潜血阳性、胃镜明确出血部位、年龄符合要求、发病至入院≤24h且患者及家属知情同意。排除合并食管胃底静脉曲张破裂出血等多种情况者。用随机数字表法分组，每组100例。对照组男58例、女42例，平均（58.67±12.34）岁；实验组男60例、女40例，平均（59.23±12.56）岁。两组患者性别、年龄、出血原因、出血量等一般资料无显著差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

诊断标准严格参照《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南（2022年）》的相关内容制定，具体包括以下方面：首先，患者需具备呕血、黑便、便血等典型的上消化道出血临床表现，部分患者可能伴随头晕、心慌、乏力、面色苍白等贫血相关症状，严重者甚至出现休克等危急表现；其次，实验室检查中粪便潜血试验结果需为阳性；再次，胃镜检查结果应显示食管、胃、十二指肠球部及降部近端存在明确的出血病灶，例如溃疡出血、黏膜糜烂出血或肿瘤出血等；最后，患者的血红蛋白水平应有明显下降，符合急性失血性贫血的典型特征。出

血量分级标准依据临床实际表现和监测指标分为三个等级：轻度出血定义为出血量小于500毫升，患者通常无明显头晕、心慌等不适，血压和心率基本维持在正常范围；中度出血指出血量介于500至1000毫升之间，患者可能出现头晕、心慌、乏力等症状，血压可有轻度下降或保持正常，心率呈轻度加快趋势；重度出血则为出血量超过1000毫升，患者表现出面色苍白、四肢湿冷、意识模糊等休克体征，血压明显下降（收缩压低于90mmHg），心率显著增快（超过100次/分）。

### 1.3 方法

两组患者入院后均立即接受基础急救治疗，具体措施包括绝对卧床休息、严格禁食禁水、持续心电监护、给予氧气吸入、迅速建立静脉通路以补充血容量并纠正休克状态，同时维持水电解质及酸碱平衡等对症支持治疗。在此基础上，两组患者分别采用不同的药物治疗方案。

#### 1.3.1 对照组

对照组患者采用奥美拉唑注射液（生产厂家：阿斯利康制药有限公司，批准文号：国药准字H20030945）进行单独治疗。具体用药方案为：将奥美拉唑注射液40毫克加入0.9%氯化钠注射液100毫升中，通过静脉滴注方式给药，每日两次，每次间隔12小时，连续治疗5至7天。治疗过程中可根据患者的具体出血情况及病情

恢复程度，适当调整用药剂量和治疗疗程。

### 1.3.2 实验组

采用奥美拉唑联合内镜下止血治疗。①奥美拉唑使用方法同对照组；②内镜下止血治疗：患者生命体征相对稳定后（收缩压 $\geq 90\text{ mmHg}$ ，心率 $\leq 100$ 次/分），尽快行胃镜检查明确出血部位及出血情况。根据出血病灶特点选择合适的止血方法：对于溃疡出血、黏膜糜烂出血等非血管性出血，采用氩离子凝固术（APC）止血，将氩离子凝固器导管经胃镜活检孔道插入，对准出血病灶，距离病灶2-3mm，以功率30-50W进行凝固止血，直至出血停止；对于小血管破裂出血，采用钛夹止血术，将钛夹通过胃镜活检孔道送至出血部位，对准出血点释放钛夹闭血管，直至出血停止；对于出血量较大的病灶，可先采用去甲肾上腺素盐水（去甲肾上腺素8mg加入0.

9%氯化钠注射液100ml）局部喷洒止血，待出血量减少后再行APC或钛夹止血。术后继续给予奥美拉唑治疗，观察患者出血情况。

### 1.4 观察指标

- ①临床止血效果。
- ②止血及住院相关指标。
- ③再出血发生率。
- ④不良反应发生情况。

### 1.5 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床止血效果比较

见表1。

组别	例数	治愈(n)	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效率(%)
对照组	100	35	28	15	22	78.00
实验组	100	62	25	9	4	96.00
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	-	13.529
P值	-	-	-	-	-	<0.001

### 2.2 两组患者止血及住院相关指标比较

见表2。

组别	例数	止血时间(h)	住院时间(d)	输血量(ml)
对照组	100	28.67±5.89	8.94±2.13	428.76±89.32
实验组	100	12.35±3.21	5.21±1.45	205.34±58.67
t值	-	24.156	14.872	19.634
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001

### 2.3 两组患者再出血发生率比较

治疗后1周内，对照组出现再出血16例，再出血发生率为16.00%；实验组出现再出血3例，再出血发生率为3.00%。实验组再出血发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2=10.256$ , P=0.001）。

## 3 讨论

上消化道出血是急诊消化内科常见的急危重症之一，其发病急、进展快，若不及时有效治疗，可导致失血性休克，甚至危及患者生命。上消化道出血的病因复杂，主要包括胃溃疡、十二指肠溃疡、急性胃黏膜病变、食管胃底静脉曲张破裂、胃癌等，其中以消化性溃疡出血最为常见<sup>[1]</sup>。目前，临床治疗上消化道出血的关键在

于快速止血、防止再出血、纠正贫血及休克，保护重要脏器功能。

奥美拉唑是一种质子泵抑制剂（PPI），通过特异性抑制胃壁细胞上的H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATP酶活性，阻断胃酸分泌的最后环节，从而显著降低胃内酸度，提高胃内pH值。其在急性上消化道出血治疗中的作用机制主要包括：①提高胃内pH值至6.0以上，可使胃蛋白酶失活，避免胃蛋白酶对出血病灶黏膜的进一步损伤；②促进血小板聚集和纤维蛋白凝块形成，因为血小板聚集和纤维蛋白凝块的稳定性均依赖于较高的pH值，酸性环境会抑制血小板聚集，溶解纤维蛋白凝块；③减轻胃酸对出血病灶的刺激，为出血病灶的修复创造良好的环境<sup>[2]</sup>。因此，奥美拉唑已成为急性上消化道出血治疗的基础药物。本研究中，对照组采用奥美拉唑单独治疗后，总有效率达到78.00%，证实了奥美拉唑在止血治疗中的有效性。但单独使用奥美拉唑时，对于一些活动性出血病灶，尤其是小血管破裂出血，止血速度较慢，再出血发生率较高，临床疗效仍有待进一步提高。

内镜下止血治疗是近年来发展迅速的微创止血技术，其具有定位准确、止血迅速、疗效确切等优点，已成为急性非静脉曲张性上消化道出血的首选止血方法。内镜下止血可通过多种方式实现，如氩离子凝固术（AP

C)、钛夹止血术、局部药物喷洒止血等<sup>[3]</sup>。APC是利用氩离子束的热效应使出血病灶组织凝固坏死，从而达到止血目的，适用于溃疡出血、黏膜糜烂出血等非血管性出血；钛夹止血术是通过钛夹直接夹闭出血血管，适用于小血管破裂出血，止血效果迅速可靠；局部药物喷洒止血则是通过喷洒止血药物（如去甲肾上腺素盐水）收缩局部血管，减少出血，常用于出血量较大时的初步止血。内镜下止血可直接作用于出血病灶，快速阻断出血来源，相比单纯药物治疗，其止血速度更快，再出血发生率更低。

基于奥美拉唑与内镜下止血治疗的作用特点，两者联合使用可产生协同作用，进一步提高止血效果。奥美拉唑通过提高胃内pH值，为内镜下止血创造良好的操作环境，减少胃酸对止血后病灶的刺激，促进凝血块稳定，降低再出血发生率；内镜下止血则可直接作用于出血病灶，快速止血，缩短止血时间，减少出血量<sup>[4]</sup>。本研究结果显示，实验组采用奥美拉唑联合内镜下止血治疗后，总有效率达到96.00%，显著高于对照组的78.00%，表明联合治疗方案的临床止血效果更为显著。在止血及住院相关指标方面，实验组止血时间（12.35±3.21）h显著短于对照组的（28.67±5.89）h，住院时间（5.21±1.45）d显著短于对照组的（8.94±2.13）d，输血量（205.34±58.67）ml显著少于对照组的（428.76±89.32）ml，说明联合治疗可快速控制出血，减少血液丢失，促进患者康复，缩短住院周期，减轻患者经济负担。再出血发生率方面，实验组为3.00%，显著低于对照组的16.00%，提示联合治疗可有效降低再出血风险，提高治疗的稳定性。在安全性方面，两组患者不良反应发生率比较无显著差异，表明联合治疗方案安全性良好，不会增加不良反应风险。

本研究还发现，对于不同出血量的患者，联合治疗的效果存在一定差异。重度出血患者的止血时间、住院时间及输血量均长于或大于轻、中度出血患者，再出血发生率也高于轻、中度出血患者，提示出血量是影响治疗效果的重要因素。因此，对于重度上消化道出血患者，应在积极抗休克治疗、维持生命体征稳定的同时，尽快实施内镜下止血治疗，以提高止血成功率，降低死亡率。此外，本研究中实验组有4例患者治疗无效，分析原因可能与患者出血病灶较大、血管破裂较粗、合并严重基础疾病等因素有关，对于此类患者，可能需要联合外科手术或介入治疗等其他止血方法。

在临床实践中，对于急诊上消化道出血患者，应遵循“先救命后治病”的原则，首先进行抗休克治疗，维持生命体征稳定。在患者生命体征相对稳定后，应尽快行胃镜检查明确出血部位及病因，根据出血情况选择合适的治疗方案<sup>[5]</sup>。对于轻、中度出血患者，可先采用奥美拉唑治疗，密切观察出血情况；对于活动性出血、重度出血或药物治疗效果不佳的患者，应及时联合内镜下止血治疗，以快速控制出血。同时，治疗后应加强护理，密切观察患者生命体征及出血症状变化，避免食用刺激性食物，预防再出血。

综上所述，奥美拉唑联合内镜下止血治疗急诊消化内科上消化道出血患者，可显著提高临床止血效果，快速缩短止血时间，减少输血量，降低再出血发生率，促进患者早日康复，且安全性良好，为急诊消化内科上消化道出血的治疗提供了一种高效、安全的治疗方案，值得临床广泛应用。但本研究样本量仍相对有限，且为单中心研究，研究结果可能存在一定局限性。未来需开展大样本、多中心、前瞻性临床研究，进一步验证该联合治疗方案的长期疗效及安全性，并探讨其在不同病因上消化道出血患者中的应用价值，为上消化道出血的临床治疗提供更充分的循证医学证据。

## 参考文献

- [1]张军. 奥美拉唑联合内镜下止血治疗急诊消化内科上消化道出血患者的临床疗效[J]. 系统医学, 2025, 10(08): 59-62. DOI: 10.19368/j.cnki.2096-1782.2025.08.059.
- [2]张正亚. 内镜下止血夹联合奥美拉唑治疗消化性溃疡并活动性出血患者的疗效评价[J]. 包头医学, 2022, 46(02): 14-16.
- [3]冯娜. 观察内镜下止血术联合泮托拉唑或奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的疗效[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(21): 186-188. DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2021.21.069.
- [4]杨智华. 奥美拉唑联合内镜下止血夹治疗消化性溃疡合并出血的有效性及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(23): 78-80. DOI: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.23.031.
- [5]黎静, 陈亮任, 蔡方宙, 等. 奥美拉唑联合内镜下止血夹治疗消化性溃疡并出血的临床疗效观察[J]. 智慧健康, 2021, 7(23): 108-110. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2021.23.035.