

· 基层园地 ·

泻胃化瘀止血糊剂治疗应激性
溃疡出血 101 例

广西柳州市中医院急诊科(广西 545001)

赖跃进 罗洪勇 覃进 黎波

郭淋 王加伟 杨俊 黄永军

章士刚 黄柏文

应激性溃疡是泛指各种危重患者并发的急性胃黏膜损害,是一种严重的应激反应,临床主要表现为上消化道出血。我院 ICU 2001 年 2 月—2004 年 6 月应用中药糊剂治疗危重病伴发应激性溃疡出血 101 例,取得较好的止血效果,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 参照国家中医药管理局制定的中医药行业标准“内科吐血证”诊断标准(中医药管理杂志 1994;6:封一),并结合现代医学有关应激性溃疡出血的相关理论明确诊断,排除原有消化性溃疡或肝硬化门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血、胃癌、全身性凝血功能障碍性疾病。

2 资料 病例均选自 2001 年 2 月—2004 年 6 月在我院 ICU 的危重病患者伴发应激性溃疡出血共 196 例,按抽签法随机分为中药组 101 例和西药组 95 例。中药组 101 例,男 71 例,女 30 例;年龄 25~79 岁,平均 67 岁;出血 2 h~10 天;原发病中脑血管意外 57 例,严重感染 3 例,大手术后 5 例,创伤 24 例,休克 4 例,肾功能衰竭 2 例;其他(一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、呼吸衰竭)6 例。西药组 95 例,男 58 例,女 37 例;年龄 20~81 岁,平均 65 岁;出血 7 h~8 天;原发病中脑血管意外 55 例,严重感染 6 例,大手术后 3 例,创伤 15 例,休克 2 例,肾功能衰竭 3 例,心肌梗死 2 例,其他(一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、呼吸衰竭)9 例。经组间 χ^2 检验,两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法

在治疗原发病的基础上,两组均留置胃管,每 6 h 以 10~14℃ 冰盐水 150~300 ml 灌胃后,行相应治疗。(1)中药组:抽尽胃内液体后注入泻胃化瘀止血糊(组成:大黄粉 5g、白及粉 5g、田七粉 3g 等混合制成糊

剂 100 ml 备用)80~100 ml,钳夹胃管 3~4 h 后放开,接胃肠减压器,每 6 h 1 次;(2)西药组:用生理盐水 20 ml 加雷尼替丁 200 mg,静脉推注,每 12 h 1 次;同时保持胃管每 6 h 冰盐水洗胃后持续减压。两组均连续治疗 72 h 后进行疗效评估。统计学方法:采用 χ^2 检验。

结 果

1 止血疗效 参照国家中医药管理局制定的中医药行业标准“内科吐血证”疗效标准。(1)治愈:引流胃液无咖啡色或血性液体,胃液潜血(OB)试验在开始治疗 24 h 转阴或由(++++)变为(+或-)。(2)显效:胃液 OB 试验在开始治疗 48 h 内转阴或由(+++)变为(+)或(+++)变为(-或±)。(3)有效:胃液 OB 试验在开始治疗 72 h 内转阴或由(+++)变为(+)或(++++)变为(++或±)。(4)无效:未达到有效标准者。如在 72 h 后出血情况加重,改用其他治疗方案,则视为该组无效病例计算。

2 两组疗效比较 中药组总有效率(72 h 内止血率)为 81.2%(82/101 例),其治愈率(24 h 内止血率)为 17.8%(18/101 例);西药组总有效率(72 h 内止血率)为 70.5%(67/95 例),其治愈率(24 h 内止血率)为 4.2%(4/95 例)。经 χ^2 检验两组治愈率差异有显著性,而总有效率两组比较差异无显著性。说明中药组在迅速止血方面优于西药组。应用过程中未见明显不良反应,仅少数患者用药后大便次数增多。

讨 论

应激性溃疡出血大多数见于危重病患者,而且随着原发病的变化这种出血反复出现,我院 ICU 根据中医学有关理论自制中药糊剂,通过留置胃管局部用药可以在短期内就达到止血的效果,对稳定病情起到关键作用。应激性溃疡出血的发病机制目前仍不完全清楚,一般认为与以下因素有关:(1)中枢神经系统兴奋性增高,神经内分泌功能失调;(2)胃黏膜屏障损伤同时泌酸和抗酸机制失衡;(3) H^+ 在应激性溃疡中逆行扩散,导致胃黏膜损害加重;(4)胃黏膜代谢障碍等。这些因素造成胃壁溃疡侵蚀血管导致出血。中医学认为本病属吐血范畴,其病因主要为外邪侵袭,情志不遂,饮食不节,劳倦内伤等;但无论何种原因,其病机大多为火盛或气虚。而出血之后,离经之血留积体内形成瘀血,阻滞脉络妨碍新血生成,不仅出血不易停止并且加重出血。临床常见便血如柏油样,吐血紫暗夹块。治疗强调“止血为第一要法”,止血不留瘀,化瘀不动血,以通降泻胃,化瘀止血为法,精选生大黄、白及、田七等中药制成糊剂,其中大黄能增加胃肠道黏膜的灌注量,使黏膜缺氧得到纠正,微循环改善,减少氧自由

基的产生,阻断胃黏膜屏障的破坏;大黄还直接参与凝血、止血及纤溶等多种效应。白及具有收敛止血、消肿生肌的作用,同时具有较强止痛、止血而不留瘀的作用,其水提物可缩短凝血时间及凝血酶原时间;白及根茎含有大量淀粉、黏液质、挥发油等(苏州医学院学报 2002;5:463),其黏液质成分遇到血液后即可发生凝血块,在胃肠内可形成凝胶状,广泛黏附于胃黏膜表面,当遇到血液后即可产生凝血,从而达到止血效果,局部使用具有保护溃疡面,利于溃疡面的愈合作用。田七祛瘀止血,活血生新,止血而不留瘀是 its 特点,对保护胃黏膜,促进溃疡愈合有较好的作用。我们的观察表明:鼻饲中药糊剂对于反复出血能起到稳定病情的效果,从而为治疗原发病争取时间。使用中药糊剂应严格掌握的是 72 h 的观察时间,因为危重病患者并发应激性溃疡出血很可能因出血不止而致病情恶化,故两组患者如观察 72 h 出血加重或无效,我们常加用或改用质子泵抑制剂如奥美拉唑或洛赛克等。

(收稿:2004-09-22 修回:2004-11-14)

血塞通软胶囊治疗糖尿病周围神经病变 33 例

乌鲁木齐市中医医院(乌鲁木齐 830002) 何 涛

乌鲁木齐市第一人民医院 郝拥玲

我们于 2002 年 9 月—2003 年 11 月,在西药治疗的基础上加用血塞通软胶囊治疗糖尿病周围神经病变 33 例,取得较好疗效,现报道于下。

临床资料

符合 1997 年美国糖尿病协会(ADA)提出的糖尿病诊断标准,并且具有肢体麻木、针刺样疼痛、感觉异常、腱反射减弱或消失、肌无力萎缩等任一项症状或体征,共 65 例,根据简单随机表法分为两组。治疗组 33 例,男 15 例,女 18 例;年龄 42~69 岁,平均(56.0±7.9)岁;糖尿病病程 5~19 年,平均(10.2±7.7)年;糖尿病周围神经病变病程 2~7 年,平均(5.1±1.2)年。对照组 32 例,男 17 例,女 15 例;年龄 40~67 岁,平均(55.0±8.0)岁;糖尿病病程 7~19 年,平均(11.4±5.7)年;糖尿病周围神经病变病程 2~8 年,平均(4.9±1.1)年。两组性别、年龄、病程及病情比较,差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法

对照组给予饮食控制,口服降糖药物或注射胰岛素;弥可保片 500 μg /片,每天 3 次口服。治疗组在上述治疗的基础上加用血塞通软胶囊(主要成分为三七

总甙和黄酮类物质,昆明圣火有限责任公司生产,生产批号 20020708,每粒 60 mg)2 粒,每天 2 次口服。两组均为 1 个月为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

结 果

(1)疗效评定标准:显效:自觉症状消失,腱、膝反射基本恢复正常。有效:自觉症状减轻,腱、膝反射改善,但未完全恢复。无效:自觉症状无好转,腱、膝反射无改善。(2)疗效:治疗组 33 例,显效 8 例,有效 14 例,无效 11 例,总有效率 66.7%;对照组 32 例,显效 3 例,有效 16 例,无效 13 例,总有效率 59.4%;两组比较,差异有显著性($P<0.05$)。治疗组肢体麻木、针刺样疼痛、感觉异常、肌无力萎缩等症状改善均较对照组明显。

讨 论

糖尿病属于中医学“消渴”范畴,基本病机为阴虚燥热,周围神经病变则属中医学“痹证”范围,病性总归本虚(气阴两虚、阴阳两虚)标实(寒凝、血瘀、痰阻),病机关键是气血不畅,脉络痹阻。现代医学研究发现,周围神经病变病理改变以阶段性脱髓鞘为主,轴索再生能力受损,一般感觉神经受损较早(朱禧生主编.2 型糖尿病诊疗指南.上海:上海科技文献出版社,2000:14),它是在糖代谢紊乱基础上多因素共同作用的结果,微循环异常是周围神经病变的独立危险因素;高血糖是糖尿病微循环改变的始动因子,高血糖引起微血管受损,血管内皮细胞损伤,导致微动脉、微静脉基底膜增厚,微血栓形成,造成管腔狭窄,加之血液流变性和血液黏度异常与继发血液动力学紊乱,造成的神经组织缺血缺氧以及多元醇通路激活,肌醇减少,糖基化终末产物堆积等代谢障碍导致神经损害是主要原因[中国中西医结合杂志 1996;16(1):4-5]。

弥可保又名甲钴胺($\text{CH}_3 - \text{B}_{12}$),它可促进神经细胞内核酸、蛋白质和脂质的形成,从而修复受损的神经组织,促进髓鞘形成和轴突再生,临床上证实其治疗糖尿病周围神经病变有效,但仅用弥可保不能改善神经组织的缺血缺氧状态。血塞通软胶囊系中药三七提取物,主要成分为三七总甙和黄酮类物质,三七总甙具降低外周血管阻力,扩张血管,增加神经组织血流量的作用,也具有抗凝、活血化瘀的作用,从而改善糖尿病周围神经的缺血缺氧状态,明显改善症状;且服药方便,无明显不良反应,可用于难以治疗的糖尿病周围神经病变。

(收稿:2004-06-11 修回:2004-08-04)