

脑损伤合并消化道出血 65 例临床分析

杨化强 代振霞

(山东省临沭县人民医院 临沭 276700)

关键词 :脑损伤 ;并发症 ;消化道出血 ;中西医结合疗法 ;云南白药 ;甲氰咪胍 ;止血敏 ;洛赛克

中图分类号 :R651.1*5 文献标识码 :B 文献编号 :1671-4040(2004)04-0040-02

消化道出血为颅脑损伤多种并发症的一种,若处理不当可造成严重的后果,我院自 1998~2002 年共收治颅脑损伤合并消化道出血 65 例,其中死亡 4 例,行剖腹探查术 1 例,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 46 例,女 19 例;年龄 8~73 岁,平均年龄 42.6 岁;脑挫裂伤 22 例,硬膜外血肿 6 例,脑内血肿 10 例,急性弥漫性轴索损伤 5 例,硬膜下血肿 12 例,硬膜下血肿并脑挫裂伤 10 例,所有病人中共有 6 例出现脑室内出血;GCS 评分 13 分 2 例,12~9 分 36 例,8~6 分 23 例,5~3 分 4 例,均并发呕血,黑便或鼻饲时自胃管内抽出咖啡样液体。

1.2 治疗方法 降低颅内压,应用脑组织活化药物,抗感染及支持治疗。同时采用常规治疗,留置胃管,正肾素冰盐水洗胃,鼻饲氢氧化铝凝胶及云南白药,静脉应用 VitK₁、止血敏、止血芳酸、甲氰咪胍等药物,对近期 16 例消化道反复出血病人应用冰盐水洗胃后胃内注入凝血酶 1 500U,静脉应用洛赛克 40mg/12h,1 例病人胃镜提示十二指肠球部溃疡(约 3cm伊 2.5cm 大小)行胃大部切除术,术后仍继续出血,经上述治疗 4d 后出血停止。

2 结果

本组 65 例,治愈 35 例,轻残 17 例,重残 9 例,死亡 4 例。有 58 例应用激素,10 例应用消炎痛等退热药物,12 例因

2 结果

2.1 降压疗效 经过 8 周治疗,治疗组与对照组疗效比较见表 1。

表 1 治疗组与对照组疗效比较					例 (%)
组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	76	44(57.9)	28(36.8)	4(5.3)	94.7
对照组	72	32(44.4)	22(30.5)	18(25.0)	75.0

注:2 组疗效比较有显著性差异, $P<0.05$ 。

2.2 症状疗效 治疗组 76 例,有头痛头晕、眼花、心悸等症状 46 例,治疗后显效 36 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 95.7%。对照组 72 例,有头痛头晕、眼花、心悸等症状 45 例,治疗后显效 20 例,有效 15 例,无效 10 例,总有效率 77.8% 例,2 组比较有显著性差异($P<0.05$)。

2.3 实验室检查 血尿常规、血脂、血糖及肾功能均无明显变化。

2.4 不良反应 出现水肿、颜面潮红、皮疹等不良反应,对照组 11 例(15.3%),治疗组 5 例(6.6%)。

3 讨论

钙离子拮抗剂对高血压患者有良好的降压作用。可经过

昏迷时间长、肺部感染行气管切开术。

3 讨论

脑损伤并发消化道出血不同于一般应激性溃疡,是颅内压增高引起全身性病理变化的结果。1932 年由 Cushing 观察到并首先提出,称为 Cushing 溃疡。我们认为颅脑损伤后出现消化道出血的主要原因如下:(1) 颅脑损伤后颅内压增高,脑灌注压降低,脑组织处于缺血状态,大脑缺血导致幕上对脑干血管加压中枢抑制的释放,引起交感-肾上腺系统兴奋,大量儿茶酚胺类神经介质释放入血,引起消化道粘膜血管强烈收缩,出现粘膜损害。有资料证实颅脑损伤后 NE 可成倍升高^[1]。(2) 颅内压增高,脑干移位,迷走神经兴奋性增高,致胃泌素过高,使胃酸分泌增加,易形成溃疡。(3) 颅内压增高,下丘脑损伤,使周围血管舒缩杂乱无序,加重消化道粘膜缺血,同时下丘脑摄食中枢抑制,机体摄食减少,导致胃酸本身消化而致溃疡。(4) 治疗过程中常规应用激素,而该类激素具有促进胃酸、胃蛋白酶分泌,减少胃肠粘膜粘液分泌,并使粘膜萎缩的作用,从而促进和加重胃肠病变,尤其是消炎痛等解热止痛药物极易出现消化道反应,使用时必须严密观察。(5) 消化道出血与颅脑损伤的程度有关,本组资料提示,GCS 评分愈低,发生消化道出血的几率越高,与临床报道相符,说明对中、重型颅脑损伤的病人应高度警惕发生消化道出血的危险,应早期预防及治疗。

阻断钙通道,抑制钙离子向细胞内转移,而扩张周围动脉,减轻心脏后负荷,降低血压,其中以血管选择性最强的双氢吡啶类应用最多,取得了良好的效果。硝苯地平为第一代钙离子拮抗剂,由于血浓度达峰时间短,具有快速的扩张周围小动脉,降低外周血管阻力,从而使血压下降,但由于半衰期短,血浆清除率高,使得高血压病患者不能实现全天平稳降压,因其生物利用度低,量效关系不稳定,故有效率偏低。氨氯地平属新型二氢吡啶类钙离子拮抗剂,其生物利用度高、血浓度达峰时间、半衰期明显延长,有效的覆盖全天 24h,降压平稳有效^[2]。另外氨氯地平的不良反应也低于硝苯地平,并且服药方便,每日 1 次,即使漏服 1 次,也不会出现血压骤升的现象,因此氨氯地平值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]张廷杰,吴时达.1999 年世界卫生组织及国际高血压协会高血压处理指南[J].心血管病学进展,1999,20(3): 177~181

[2]余静.氨氯地平对高血压的临床疗效及对内皮素和降钙素基因相关肽的影响[J].高血压杂志,1997,5(1): 51~52

(收稿日期: 2004 -03-23)

中西医结合治疗上消化道出血 22 例

王建辉

(河南省开封市中西医结合医院 开封 475003)

关键词 :上消化道出血 ;止血汤 ;甲氧咪胍 ;中西医结合疗法

中图分类号 :R 573.2

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0041-01

我院从 2000 年 7 月~2002 年 10 月,对 22 例上消化道出血患者采用中西医结合治疗,效果满意。现报道如下:

1 一般资料

22 例中,男性 14 例,女性 8 例;年龄 28~70 岁,平均 55 岁;12 例既往有胃、十二指肠球部溃疡病史,4 例有肝硬化病史,2 例有饮酒史,3 例有出血性胃炎病史,1 例病因不明。具有下列情况之一的可确诊:(1) 明显出血(包括呕血和黑便);(2) 鼻胃管吸出咖啡色样物;(3) 胃镜检查证实出血或出血部位。

2 治疗方法

22 例患者入院后给予基础治疗,包括补充液体、扩容、输血等抗休克治疗,或口服止血药,效果不甚满意,故采用中西医结合救治。中药以自拟止血汤[藕节 30~40g,败酱草 20~60g,冬瓜子 24~30g,大蓟 16~20g,薏苡仁 30~50g,生地炭 15~20g,白及 9~20g,赤、白芍各 12~20g,三七粉 3g(炒,冲服),大黄 10~30g(后下)]为基础方加减。脘腹胀闷痛甚,舌红、苔黄腻,脉滑数者,加黄芩、地榆、茜草、半夏等;伴有心悸气短者,加白术、当归、党参、乌贼骨等。每日 1 剂,水煎后取汁 40mL,用蜜调匀,分 6 次温服,共 3 剂;并加用 5%G·S 500mL+甲氧咪胍 0.6g,静点,1d 1 次,连用 3~5d。

3 疗效观察

痊愈(症状和体征消失,大便潜血 3 次阴性)20 例,好转(呕血、便血停止,大便潜血阴性,但伴有腹痛等症状)2 例,有效率 100%。

4 典型病例

曹某,男,44 岁,以间断上腹部疼痛 3 年,加重伴呕血 2d 为主诉入院。1 年前因节律性腹痛、反酸,经纤维胃镜确诊为十二指肠球部溃疡。3d 前因饮酒及食物不当,上腹部疼痛加重,并伴有烧灼感,呕咖啡色样物 3 次,总量约 800mL,柏油样大便 2 次,总量约 500g。患者入院,T 36.2℃,P 102 次

/min,R 25 次/min,BP 100/60mmHg,神志清楚,精神倦怠,舌红、苔薄黄,脉沉细,心肺听诊未见异常,腹部平软,剑突下压痛,无反跳痛,肝脾肋缘下未触及,肠鸣音活跃。化验:Hb120g/L,大便潜血阳性。中医诊断:呕血(胃热壅盛)。西医诊断:胃、十二指肠球部溃疡并上消化道出血。即给予中药:陈皮 12g,白芍 20g,丹皮 12g,生地炭 18g,大蓟 12g,大黄 10g(后下),黄连 6g,炒三七粉 3g(冲服),3 剂,每日 1 剂,分 6 次服,用蜜 20mL 调匀,温服。西药给予 5%G·S 500mL+甲氧咪胍 0.6g,静点,1d 1 次,并加对症治疗。1d 后未再呕吐,2d 后腹痛消失,3d 后大便潜血转阴。

5 讨论

上消化道出血是临床上常见症状。这类患者出血量大,病情凶险,往往合并休克,是消化系统疾病突然死亡的主要原因之一。相当一部分病人因各种条件不允许,或不愿意手术而采用中西医结合治疗,是较为理想的治疗方法。通过对 22 例上消化道急性出血的治疗,我们的初步体会是:(1) 保守疗法的病例选择,必须是上消化道出血,不并发胃肠穿孔,这是中西医结合治疗成败的关键。(2) 在治疗过程中,坚持医疗原则,使病员绝对卧床休息,应给无渣半流饮食,严密观察病人的生命体征变化。(3) 方中大黄苦寒泻火,根据现代药理研究证明,大黄还能缩短凝血时间,降低毛细血管的通透性,改善血管脆性,使血管活性增强,促进骨髓制造血小板;藕节、生地炭、大蓟凉血止血;白及温经固涩止血;炒三七粉化瘀止血;败酱草、冬瓜子、薏苡仁清热解毒消炎;赤、白芍活血化瘀止痛。上述药物相伍,止血而不留瘀,清热解毒泻火,用蜜调匀更增加疗效。(4) 合用西药甲氧咪胍,能选择地阻断组织胺 H₂ 受体,抑制胃酸分泌,减少对胃粘膜刺激,并促进愈合。两者作用环节不同,而达到共同治愈的目的,从而缩短疗程,提高治愈率。

(收稿日期:2004-02-10)

颅脑损伤并发消化道出血,病人的预后效果明显降低,因此必须加以重视。我们体会到防治消化道并发症应从以下各个环节着手:(1) 积极治疗原发病,降低颅内压,早期手术减压或清除血肿,不能贻误时机。(2) 早期进食,24h 后不能进食者给予鼻饲,既能保护胃粘膜,又能增强体质,同时能早期发现消化道出血,及时治疗。(3) 药物治疗以提高胃液 pH 值,使胃液 pH 值保持在 5~7 之间,以前应用甲氧咪胍、制酸剂等药物,近期 16 例病人应用凝血酶及洛赛克,应用 2~4d 后出血停止未再复发,与文献报道相符^[2]。(4) 避免使用加重胃粘膜损害的药物,脑损伤急性期过后逐渐减量并停用地塞

米松,若发现消化道出血,立即停用。(5) 对持续大量便血或呕血者可行胃镜检查以确定出血部位,局部应用止血药物或电凝止血,必要时剖腹探查。文献报道术后再出血率达 15%~40%,本组 1 例病人行胃大部切除术,术后仍继续出血,应用洛赛克及凝血酶 4d 后有效地控制出血。

参考文献

[1]杨学军,杨树源,王明璐,等.严重颅脑外伤急性期血流动力学的变化及临床意义[J].中华神经外科杂志,1997(1):52~53
[2]钱向新.三种方法治疗 119 例应激性溃疡的疗效对比[J].中国急救医学,2001(3):175

(收稿日期:2004-01-16)