

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)