

保守治疗胃十二指肠溃疡并出血 60 例止血效果临床探讨

张海河¹⁾, 李灿钧¹⁾, 程若川²⁾

(1) 大理鹤庆县人民医院, 云南 大理 671500; 2) 昆明医科大学第一附属医院甲状腺中心,
云南 昆明 650031)

[关键词] 胃十二指肠溃疡并出血; 幽门螺旋杆菌 (HP); 胃肠减压; 临床探讨.

[中图分类号] R656.6*2 [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 11 - 0136 - 02

上消化道出血是临床较为常见的一种疾病, 其临床表现为呕血、黑便或两种都有, 严重时可伴心慌乏力、胸闷、面色苍白甚至昏迷等休克症状, 其病因很多, 如: 胃、十二指肠溃疡出血, 门静脉高压引起食道、胃底静脉曲张破裂出血, 各种严重创伤引起的应激性溃疡出血, 急性糜烂性胃炎出血, 胆道出血及各种原发性和继发性上消化道肿瘤合并出血等等. 如果成人一次性失血量在 800 mL 以上, 超过全身血量的 20% 时, 即可出血休克表现. 本文总结了大理鹤庆县人民医院自 2005 年 1 月至 2012 年 2 月间外科收治的 60 例经胃十二指肠纤维镜确诊为胃十二指肠溃疡合并出血, HP 感染率为 90%, 并经保守治疗治愈的病例, 现就其原因及保守治疗的方法作一探讨.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 60 例讨论病例中, 男性 35 例, 女性 25 例, 男女比例为 1.4:1, 年龄在 41~76 岁, 平均年龄 58.5 岁, 其中 30 例以黑便为主, 20 例以呕血为主, 10 例同时伴有呕血及黑便, 5 例伴有头昏、乏力、出汗、晕厥、面色苍白等失血性休克表现. 经保守治疗痊愈 52 例临床治愈, 4 例病危自主出院, 4 例外科手术治疗. 治愈率为 86.7%, 95% CI 75.41%~94.06%.

1.2 治疗及预后

患者入院后立即通知禁食, 平卧并给于留置胃管持续胃肠减压, 开通静脉通道, 静滴立止血 2 kg, 如患者肝功能正常, 立即加用维生素 K120 毫克静滴, 静推生长抑素针 0.25 mg, 随后 3~5 min 内立即再开通一静脉通道, 静滴生长抑素 1.5 mg, 15 gtt/min 24 h 维持 (持续 5 d 后停生长抑素), 无

继续出血的情况下视患者病情补充每日的生理需要量约 2 500 mL, 其中盐 1 000 mL, 糖 1 000 mL, 氯化钾 1.5~3 g/d, 5%SB 150 mL, 复方氨基酸 250 mL, 脂肪乳 250 mL, 使用青霉素类抗生素加强抗 HP 治疗, 同时给予心电监护、吸氧、急查血常规、定型. 如有休克的情况, 积极抗休克, 充分做好输血前的准备工作, 留置导尿并观察尿量, 治疗期间密切观察患者的生命体征、血红蛋白及电解质等变化情况, 如血红蛋白低于 70 g/L, 给予输同型红细胞悬液 600~1 000 mL, 禁食 5~7 d, 经上述治疗, 住院 5~7 d, 52 例患者呕吐包括呕血症状消失, 未排大便, 胃液潜血转阴, 血红蛋白均在 90 g/L 以上, 并保持平稳. 以上均提示出血已经达到临床控制, 拔出胃管、尿管, 进食冷流质, 减少输血量. 平均住院时间为 8.5 d. 病情危重的 8 位患者, 年龄再 74~76 岁, 24 h 仍然提示活动性出血, 经输血治疗无明显好转, 4 位受本地风俗习惯影响, 家属提出要求自动出院签字回家, 住院时间均为 2 d, 另外 4 位患者转为外科手术治疗.

2 讨论

上消化道出血原因很多, 其机制是溃疡基底或边缘血管受侵破裂所致^[1]. 临床资料统计胃、十二指肠溃疡引起的上消化道出血约占一半, 胃、十二指肠溃疡中 3/4 是十二指肠溃疡^[2], 故十二指肠溃疡并出血占上消化道出血首位, 其次为胃溃疡合并出血, 为临床常见病和危重症. 自从质子泵抑制剂应用于临床以来, 消化性溃疡并出血发病率呈明显下降趋势. 近年由于内镜技术普及、发展, 加上放射性核素扫描、血管造影等技术的进

[作者简介] 张海河 (1962~), 男, 云南大理州人, 医学本科, 副主任医师, 主要从事普外科临床工作.

步, 绝大多数消化性溃疡并出血都能及时确诊, 而内镜下止血技术的日益完善和药物治疗的进展, 使得其止血率大大提高^[1]. 现就胃、十二指肠溃疡并出血的病因做一探讨.

病因: (1) 60 例上消化道出血患者中, 有 50 例因平素患有类风湿性关节炎、痛风、腰椎骨质增生、坐骨神经痛、腰椎间盘突出症等, 入院前长期服用地塞米松等糖皮质激素和去痛片、安乃近、对乙酰氨基酚等非甾体类抗炎镇痛药; (2) 幽门螺杆菌感染: 近年许多研究认为 HP 感染在消化性溃疡中发生率达 90%~100%^[2], 公认其可产生空泡毒素及毒素相关蛋白, 而作为攻击因子损伤粘膜屏障, 因而在消化性溃疡中起重要作用^[3]; (3) 受本地饮食习惯影响, 多数患者口味重, 长期食用腌制食品, 比如腌制猪肉等, 因腌制食品中因为盐多, 会直接损伤胃黏膜, 而且其中所含的亚硝酸盐在胃酸和细菌作用下会转变为亚硝胺, 更易致胃十二指肠溃疡及胃溃疡癌变.

综上所述, 笔者认为, 胃十二指肠溃疡并出血的原因与长期服用糖类皮质激素、消炎镇痛及解热镇痛药物等“止痛药”密切相关. 原因在于: (1) 患者及家属对医药知识一知半解, 只了解其疗效, 不知其副作用; (2) 随着社会的不断发展, 到处可见大小药房, 而目前在基层, 药房对方药的管理不太严格, 老百姓对于糖类皮质激素、消炎镇痛及解热镇痛药物等“止痛药”可以随意购买、随意服用, 所以, 在面向绝大多数农民的县级基层, 尽快完善并严格执行药房的处方药, 势在必行, 因它与老百姓的生命安全息息相关; (3) 患者医从性欠佳, 服药期间不愿返院复查; (4) 与经济条件有关.

对于胃十二指肠溃疡并出血患者的保守治疗体会: (1) 持续胃肠减压. 笔者认为, 胃十二指肠溃疡并出血患者, 除合并门脉高压引起的上消化道出血外, 持续胃肠减压是保守治疗上消化道出血的重要措施之一. 因胃内容物, 包括胃液、食物残渣等, 在胃内可刺激胃分泌胃酸, 加重出血, 胃肠减压吸净胃内容物, 可减少胃酸的分泌, 有助于出血

控制; (2) 对于休克的患者, 补充血容量十分重要, 在出血量低于全身血量的 20% 时, 应给予补充有效循环血量. 可先采用平衡盐 1 500~2 000 mL 纠正, 若出血量超过 20% 或休克指数大于 1 时, 立即在 4~6 h 内输入全血 400~800 mL, 使收缩压维持在 100 mmHg 以上. 经上述治疗后, 观察休克是否纠正或病情是否危重. 除观察血压、体温、尿量外, 脉搏未扪及或者细数, 转为脉搏可触及或者慢而有力也是临床简单、适用、且有利的临床指征, 常常提示休克纠正, 病情好转; (3) 积极加强抗 HP 治疗, 首选青霉素类抗生素, 在出血控制后 1 月返院复查 HP 是否转阴; (4) 如患者肝功能正常, 尽早使用维生素 K1, 维生素 K1 为肝脏合成凝血酶原 (II 因子) 的必需物质, 还参与 VII 因子、IX 因子和 X 因子的合成. 当血液中的凝血酶原及其他凝血因子缺乏或活化受限时, 血液的凝固就出现迟缓, 故而尽早使用维生素 K1 有助于提高止血效果^[4]; (5) 同时注意密切观察病情变化, 如患者出现: ①出血量大、短期内出现休克者; ②近期有出血史, 经治疗再次出血; ③年龄 >60 岁伴动脉硬化; ④已明确诊断溃疡动脉搏动性出血或合并溃疡穿孔、癌变、幽门不全梗阻; ⑤非手术治疗无效, 均应及时手术治疗. 均提示紧急手术指征, 应尽早手术干预; (6) 出血是否控制观察指标除了常规的生命体征平稳、血红蛋白稳定、大便常规及隐血试验转阴外, 胃液隐血试验转阴也是一个重要的指标.

[参考文献]

- [1] 殷冬林. 消化性溃疡并出血的治疗进展[J]. 实用临床医学, 2010, 11(9): 136-138.
- [2] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 636.
- [3] 崔毅. 幽门螺杆菌根除后再感染与溃疡复发[J]. 中华内科杂志, 1998, 37(1): 7-8.
- [4] 孙兆金. 幽门螺杆菌细胞毒素与消化性溃疡的关系[J]. 临床内科杂志, 1998, 15(5): 234.

(2012-08-14 收稿)