

tration on hemodynamics and systemic concentrations of anaphylatoxins and cytokines in human sepsis[J]. Intensive Care Med, 1996, 22: 1360-1367.

[12] Silvester W. Mediator removal with CRRT; complement and cytokines[J]. Am J Kidney Dis, 1997, 30(5 suppl 4): S38-43.

[13] Goldstein S L, Currier H, Graf Cd, et al. Outcome in children receiving continuous venovenous hemofiltration[J]. Pediatrics, 2001, 107: 1309-1312.

(收稿日期: 2006-02-27 修回日期: 2006-04-02)
(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗流行性乙型脑炎并发上消化道出血 62 例

魏中银¹, 程百学², 赵地³

(1. 河南唐河县人民医院, 河南 唐河县 473400; 2. 北京大学人民医院, 北京 100032;

3. 中山大学一附院, 广东 广州 510007)

【关键词】 脑炎, 乙型; 出血, 上消化道; 中西医结合疗法

中图分类号: R242; R277.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-9691(2006)03-0171-01

上消化道出血是流行性乙型脑炎(乙脑)的并发症之一, 近年来发生率明显上升。总结分析了我院 1983—2004 年 242 例乙脑住院患者, 并发上消化道出血 62 例, 其中死亡 25 例(40.3%), 提示上消化道出血是乙脑患者病情危重的标志, 预后不良, 甚至成为乙脑的主要死亡原因之一。为进一步降低病死率, 提高治愈率, 现总结报告如下。

1 临床资料

依据《传染病学》提出的诊断依据及分型标准^[1], 分析 1983—2004 年乙脑住院患者 242 例, 其中男 172 例, 女 70 例; 年龄 1~35 岁, 平均 13.5 岁; 发病至就诊时间 10 h~10 d, 平均 3.5 d; 中轻型 15 例, 中型 39 例, 重型 99 例, 极重型 89 例。合并上消化道出血 62 例, 发生率 25.6%(男 35 例, 女 27 例), 发生率性别间无差异, 年龄 1~30 岁, 平均 17 岁; 上消化道出血 62 例中, 极重型 52 例, 重型 10 例, 表明病情越重, 发生率越高。上消化道出血发生于病程的 2~12 d, 平均 5 d, 10 d 内占 97%, 也就是乙脑的初热期和极期; 其中少量出血(<200 ml/d) 45 例, 大量出血(>200 ml/d) 17 例, 其中有 3 例患者直接死于大出血, 占消化道出血患者的 4.8%。

在乙脑并发上消化道出血中, 98% 的患者既往健康, 无特殊病史, 无溃疡病

史; 2% 有气管炎等与上消化道出血无关的病史。乙脑患者伴呼吸衰竭(呼衰)、脑水肿时, 易并发上消化道出血。

2 治疗方法

由于并发上消化道出血的乙脑患者病情较重, 随时都有可能死亡, 发生生命危险, 不易进行外科手术治疗。目前主要采用保守治疗, 除纠正脑水肿、呼衰、抗感染、镇静、减少激素及退热药物用量外, 对有并发上消化道出血危险因素的患者, 早期足量应用西咪替丁预防, 每次 0.4 g, 每日 4~6 次, 或洛赛克 0.2 g, 每日 2 次静脉注射。出血者用三七片、云南白药等止血药物, 同时将去甲肾上腺素 1~2 mg 加入质量分数为 5.5% 的氢氧化铝凝胶 20 ml, 每日 3~4 次口服。根据不同情况留置胃管止血, 并抽取胃内容物, 以降低胃内压, 保持胃内低酸, 避免胃扩张, 改善胃黏膜微循环, 控制胃酸碱性及胃蛋白酶活性, 减少氯离子向胃黏膜内逆扩散, 防止胃黏膜进一步受损害。经胃管注入去甲肾上腺素可兴奋 α 受体, 使胃内血管收缩, 有助于止血。胃内灌注法: 将去甲肾上腺素 8 mg 加入生理盐水 100 ml 内, 向胃内间歇灌注。每小时 1 次, 连续用药 5 次左右。

3 结果

62 例患者中死亡 25 例, 病死率为 40.3%。180 例未并发上消化道出血患者中死亡 12 例, 病死率为 6.7%, 差异有显著性($P < 0.01$)。乙脑发病 1 周内并发上消化道出血者 55 例(88.7%), 1 周后 7 例(11.3%); 23 例(92.0%) 在上消化道出血发生 1 周内死亡。提示乙

脑上消化道出血者 1 周内病死率高, 且在乙脑极期内易并发上消化道出血, 应予以高度重视。在并发出血的 37 例存活者中, 出血时间最短 1 d, 最长 10 d, 90% 在 5 d 内出血停止。

4 讨论

乙脑并发应激性溃疡的机制是多方面的。乙脑的病变常以间脑和脑干最为明显, 该部位受到刺激时, 胃酸分泌可明显增强; 乙脑并发脑水肿, 可使丘脑下部及脑干受压、移位, 因而损伤了植物神经中枢, 可引起胃酸分泌增加, 胃蠕动亢进, 胃壁肌张力增高, 导致胃肠黏膜缺血、缺氧, 发生糜烂、溃疡及出血^[2]。乙脑患者的高烧、抽搐, 均可通过各种环节刺激神经、体液的调节系统, 使垂体-肾上腺皮质分泌增加, 交感神经兴奋, 儿茶酚胺分泌增加, 胃肠黏膜血管强烈收缩。胃黏膜屏障破坏, 而引起应激性溃疡^[3]。乙脑患者使用安乃近、阿司匹林、清热解毒药等作为退热药, 可直接损伤胃肠黏膜, 增加黏膜对 H^+ 的通透性。用大剂量肾上腺皮质激素治疗脑水肿等, 可抑制胃黏液的分泌而胃酸分泌增多, 从而加重或引起应激性溃疡。

参考文献:

- [1] 王季午. 传染病学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 243.
- [2] 刘山川. 流行性乙脑的特殊表现[J]. 实用内科杂志, 1987, 7: 107.
- [3] 毛进中. 流行性乙脑的治疗进展[J]. 实用内科杂志, 1996, 16: 283.

(收稿日期: 2006-03-18)

(本文编辑: 李银平)

基金项目: 河南省科技攻关项目资助 (2000125748)

作者简介: 魏中银(1962-), 男(汉族), 河南南阳人, 主任医师。