

• 论著 •

中西医结合治疗大面积脑梗死后应激性溃疡 100 例分析

周瑞祥

(华中科技大学同济医学院附属中西医结合医院, 武汉市第一医院神经内科, 湖北 武汉 430022)

【摘要】 目的:探讨中西医结合治疗大面积脑梗死后应激性溃疡的方法。**方法:**采用前瞻、随机、对照方法, 将 100 例在重症监护室(ICU)住院治疗的大面积脑梗死患者随机均分为两组。对照组给予西药西咪替丁静脉滴注, 每 12 h 1 次。中西医结合治疗组在对照组的基础上给予中药汤剂(自制胃必欢水煎剂: 大黄、制半夏、厚朴、苏梗各 10 g, 茯苓 15 g, 生姜 9 g, 山栀 10 g, 连翘 12 g, 黄芩 6 g, 生甘草 3 g)胃管灌胃保留 3~4 h, 接胃肠减压器换液, 每 8 h 1 次。两组均治疗 14 d。检测两组患者空腹胃液 pH 值及肺部感染和多器官功能衰竭(MOF)发生率、最终病死率; 同时进行入 ICU 时的急性生理学与慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 评分。**结果:** 两组患者入 ICU 时的 APACHE II 评分及 APACHE II > 20 分的比例差异无显著性。两组空腹胃液 pH 值较正常参考值高, 且中西医结合治疗组的抑酸能力较对照组强 ($P < 0.05$)。两组肺部感染和 MOF 发生率及最终病死率差异无显著性, 但中西医结合治疗组治愈率和总有效率较对照组为高 (P 均 < 0.05)。**结论:** 中西医结合治疗脑梗死后应激性溃疡可明显提高疗效。

【关键词】 脑梗死; 溃疡; 应激性; 中西医结合疗法; 西咪替丁

中图分类号: R242; R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1008-9691(2006)06-0354-03

Treatment of stress ulcer with integrated traditional Chinese and western medicine after large area cerebral infarction ZHOU Rui-xiang, Department of Neurology, the First Hospital of Wuhan, Affiliated Integrated Traditional Chinese and Western Medical Hospital of Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, Hubei, China

【Abstract】 Objective: To study the treatment of integrated traditional Chinese and western medicine for stress ulcer after large area cerebral infarction. **Methods:** One hundred patients with large area cerebral infarction in intensive care unit (ICU) were randomly divided into two groups with prospective, randomised and controlled method; the control group ($n=50$) treated with cimetidine intravenous drip every 12 hours, and treatment group ($n=50$) treated with cimetidine intravenous drip and traditional Chinese medicine decoction (self-made Weibihuan decoction (胃必欢煎剂) including radix et rhizoma rhei (大黄) 10 g, rhizoma pinelliae praeparata (制半夏) 10 g, cortex magnoliae officinalis (厚朴) 10 g, caulis perillae frutescentis (苏梗) 10 g, poria (茯苓) 15 g, rhizoma zingiberis recens (生姜) 9 g, fructus gardeniae (山栀) 10 g, fructus forsythiae (连翘) 12 g, radix scutellariae (黄芩) 6 g, radix et rhizoma glycyrrhizae (生甘草) 3 g]. The gastric tube for perfusion was remained for 3-4 hours and later connected with gastrointestinal decompressor with changing of fluid every 8 hours. Patients of two groups were treated for 14 days. Then, pH of gastric juice, incidences of pulmonary infection and multiple organ failure (MOF) and final fatality rate were detected in all the patients; at the same time, acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) scores were recorded when they were admitted into ICU. **Results:** At the admission to ICU, there were not significant differences for APACHE II scores and rate of APACHE II scores > 20 between the two groups. Gastric juice pH of two groups were higher than normal reference, and the inhibition of gastric acid in the treatment group was stronger than that of the control group ($P < 0.05$). There were no significant differences for incidences of pulmonary infection, MOF and final fatality rate between two groups, but cure rate and total efficiency rate in the treatment group were higher than those in the control group (both $P < 0.05$). **Conclusion:** Integrated traditional Chinese and western medicine can significantly elevate the therapeutic effect on stress ulcer after large area cerebral infarction.

【Key words】 cerebral infarction; stress ulcer; integrated traditional Chinese and western medicine; cimetidine

应激性溃疡(stress ulcer)是大面积脑梗死常见临床并发症,往往是病情危重和预后不良的表现,大大增加了临床病死率。近年我们采用中西医结合治疗大面积脑梗死并发应激性溃疡,取得明显疗效,报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料:采用前瞻、随机、对照方法,选择 2005 年 1 月—2006 年 5 月在重症监护室(ICU)住院治疗的大面积脑梗死患者。入选标准:①符合 1995 年中华医学会第 4 次全国脑血管病学术会议修订的标准。②头颅 CT 示大面积脑梗死。③符合应激性溃疡的诊断标准:入院时无应激性溃疡出血;既往无消化性溃疡、肝病、出血性疾病等病史;在大面积脑梗死发生后 1~9 d 内出现上消化道出血,即肉眼见呕吐或胃管抽出咖啡样或暗红色液体,解柏油样黑便或粪潜血试验(+++)以上;排除口鼻、咽喉以及食道损伤出血。入选患者共 100 例,按随机原则分为中西医结合治疗组与对照组,每组 50 例。中西医结合治疗组中男 27 例,女 23 例;平均年龄(64±11)岁;对照组中男 26 例,女 24 例;平均年龄(60±14)岁。两组患者病程均为(45±12) d。两组患者的性别、年龄、脑梗死部位及 Bathal 评分差异均无显著性,具有可比性。

1.2 治疗方法:在治疗原发病的基础上,两组均留置胃管并行相应治疗。①中西医结合治疗组:用生理盐水 250 ml 加西咪替丁 1.0 g 静脉滴注,每 12 h 1 次;胃管注入本院自制胃必欢水煎剂 80~100 ml (组成:大黄、制半夏、厚朴、苏梗各 10 g,茯苓 15 g,生姜 9 g,山栀 10 g,连翘 12 g,黄芩 6 g,生甘草 3 g),钳夹胃管 3~4 h 后放开,接胃肠减压器,每 8 h 1 次。②对照组:用生理盐水 250 ml 加西咪替丁 1.0 g 静脉滴注,每 12 h 1 次,留置胃管持续减压。两组疗程均为 14 d。

1.3 检测指标:两组患者进入 ICU 后留置胃管,每日 08:00、14:00、20:00 抽吸胃液,观察其性状,用 pH 试纸测 pH 值,取其平均值;留取 08:00 的空腹胃液进行潜血(OB)试验;密切观察是否并发肺部感染、多器官功能衰竭(MOF),并统计其发生率及患者最终的病死率。同时详细记录患者进入 ICU 时的体温、呼吸频率、血压、氧饱和度、动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血 pH 值、血清 Na⁺、K⁺、HCO₃⁻、血常规、尿素氮、肌酐、胆红素、转氨酶、患者昏迷程度等,并据此进行急性生理学及慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 评分^[1-3]。

1.4 疗效标准:止血疗效评价参照国家中医药管理局制定的中医药行业“内科吐血证”疗效标准^[4]。

①治愈:引流的胃液为无咖啡色或血性液体,胃液 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。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。

1.5 统计学方法:所有资料采用 SPSS 10 统计软件包进行数据分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,分类变量用 χ^2 检验,呈正态分布连续变量用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 APACHE II 评分、平均空腹胃液 pH 值以及肺部感染和 MOF 发生率的比较(表 1):两组患者空腹胃液的 pH 值较正常参考值 0.8~1.8 高(P 均 < 0.05),且治疗组高于对照组($t = 2.165$, $P < 0.05$)。说明中西医结合治疗组的抑酸能力比对照组强,且患者在入 ICU 时的 APACHE II 评分及 APACHE II > 20 分的比例及肺部感染和 MOF 发生率与对照组比较差异均无显著性(P 均 > 0.05)。两组在治疗期间未见明显不良反应。

表 1 两组患者 APACHE II 评分、空腹胃液 pH 值及肺部感染、MOF 发生率比较

Table 1 Comparison of APACHE II scores, gastric juice pH, lung infection and MOF morbidity rate between two groups

组别	例数 (例)	APACHE II		空腹胃液 pH 值 ($\bar{x} \pm s$)	肺部感染 (例(%))	MOF (例(%))
		($\bar{x} \pm s$, 分)	> 20 分(%)			
中西医结合组	50	23±5	46.34	4.79±0.51*	9(18)	6(12)
对照组	50	24±7	47.21	3.14±0.60	10(20)	5(10)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组临床疗效比较(表 2):经 χ^2 检验,两组治愈率、总有效率比较差异均有显著性(P 均 < 0.05),说明中西医结合治疗组在迅速止血、抑酸方面优于对照组。

表 2 两组患者临床疗效比较

Table 2 Comparison of treatment effect between two groups

组别	例数 (例)	疗效(例)				病死率 (例(%))	总有效 (例(%))
		治愈	显效	有效	无效		
中西医结合组	50	35*	14	1	0	2(4)	50(100)*
对照组	50	25	13	7	5	3(6)	45(90)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

脑梗死为临床常见病、多发病,病死率高,其致死原因除与中枢神经系统损害有直接关系外,多因严重的并发症而死亡。大面积脑梗死引起的应激性溃疡发生上消化道出血,就是其主要的死亡原因之一。应激性溃疡发病机制为机体对神经内分泌系统的应激反应,一般认为与以下因素有关^[5-7]: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;③H⁺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。

研究认为,应激性溃疡属中医的肝火犯胃、胃中积热,热伤胃络致血热妄行,而发生呕血、便血等症状^[8]。本病属中医的“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^[4]。

大面积脑梗死极易并发应激性溃疡。通常认为应激状态下黏膜缺血、黏膜屏障受损、胃酸分泌过高三大因素对溃疡致病起主要作用。我院根据中医学有关理论自制中药水煎剂,通过留置胃管局部用药,可以在短期内达到止血的效果。胃必欢方剂中大黄具有促进黏膜血运、保护黏膜的作用,增加胃肠道黏膜的血供,使黏膜缺氧得到纠正,改善微循环,减少氧自由基的产生,阻断胃黏膜屏障的破坏;制半夏、厚朴、生姜、甘草、黄芩等可参与凝血、止血、纤溶、消

肿及生肌等多种效应,具有抑制溃疡发生或发展的作用;应激性溃疡时多伴局部免疫功能下降,易继发感染,作为补剂的人参、大枣等可提高机体免疫功能和抗应激反应的能力。机体应激后许多攻击因子导致胃黏膜损伤的程度取决于胃液的酸度。西咪替丁通过拮抗 H₂ 受体而抑制胃酸分泌,从而使胃液 pH 值升高,降低胃蛋白酶的活性,使得胃黏膜得到保护^[9],故与胃必欢联合应用,可以发挥中西医结合、扬长避短的作用,产生明显的协同增效作用,减少药物不良反应的发生,达到尽快控制病情的目的;同时费用低、效果良好、使用方便。

参考文献:

- [1] 俞森洋. 危重病监护治疗学[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996:16-73.
- [2] 李林,崔维韵,王才玲,等. APACHE II 评分在外科 ICU 感染防治中的应用[J]. 中国危重病急救医学,2003,15:239-240.
- [3] 李林,赵亚伟,田惠民,等. APACHE II 评分在外科 ICU 中的应用[J]. 中国危重病急救医学,2002,14:308-310.
- [4] 赖跃进,罗洪勇,覃进,等. 泻胃化瘀止血糊剂治疗应激性溃疡出血 101 例[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25:165-166.
- [5] Silen W, Merhav A, Simson J N. The pathophysiology of stress ulcer disease[J]. World J Surg, 1981, 5:165-174.
- [6] 聂时南,钱晓明,唐文杰,等. 应激状态下大鼠胃黏膜适应性细胞保护作用的研究[J]. 中国危重病急救医学,2003,15:222-225.
- [7] Messori A, Trippoli S, Vaiani M, et al. Bleeding and pneumonia in intensive care patients given ranitidine and sucralfate for prevention of stress ulcer: meta-analysis of randomised controlled trials[J]. BMJ, 2000, 321:1103-1106.
- [8] 张红梅,刘晓伟,曲宏达,等. 左金丸对应激性溃疡大鼠下丘脑室旁核 c-fos 及 HPA 轴的调节作用[J]. 中国中西医结合急救杂志,2004,11:276-280.
- [9] 陈振宏. 奥美拉唑与西咪替丁在急性重型脑挫伤中的作用[J]. 中国危重病急救医学,2005,17:573.

(收稿日期:2006-09-10 修回日期:2006-10-17)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志投稿须知

为缩短稿件修改时间,提高效率,加快文稿刊发速度,请作者在投稿时注意以下问题:①来稿须实事求是、数据可靠,具有科学性、逻辑性和时效性,文字精练,引用资料应给出文献依据。②论著类文章在正文前应有内容、格式完全相同的中英文摘要[按目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)、结论(Conclusions)4个部分分别说明]以及关键词(3~8个),全部作者的中、英文姓名及单位,中、英文摘要均应一式2份。③文稿作者顺序排名(不排并列作者),作者单位及邮政编码在作者姓名后注明。英文的作者顺序及单位写法与中文完全相同。④在文稿首页下脚注明第一作者姓名(出生年),性别(民族),籍贯,硕士以上学位,职称,主要研究方向、研究成果及业绩,发表论文数,国外进修情况及学术地位等。⑤如文稿属科研基金资助项目或重点攻关、研究课题,请在文稿首页的脚注中一并注明,出示课题号,并务必同时寄上述证明复印件(A4复印纸)。⑥投稿须提供软盘(WPS、WORD打字,如用方正、华光系统打字,请另存为“纯文本”文件,文件名控制在8个字符以内),并交文字稿2份。

(期刊编辑部)