

中西医结合治疗老年性急性上消化道出血疗效观察

魏小果

甘肃省人民医院消化内科, 甘肃 兰州 730000

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法治疗老年性急性上消化道出血的临床疗效。方法: 70 例患者, 随机分为观察组和对照组, 各 35 例, 对照组给予止血、补液、抗感染等常规治疗; 观察组在对照组治疗基础上加用中医辨证治疗。比较 2 组临床疗效及输血量、止血时间、住院时间及复发情况。结果: 总有效率观察组 97.14%, 对照组 77.14%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组输血量、止血时间明显少(短)于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组住院时间明显短于对照组, 1 年后复发率明显低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗老年性急性上消化道出血临床疗效显著, 可减少输血量、缩短止血时间及住院时间、降低复发率。

[关键词] 急性上消化道出血; 老年; 中西医结合疗法; 临床疗效

[中图分类号] R573.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0086-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.041

上消化道出血为消化系统常见急性病之一, 临床主要表现为呕血、黑便、腹部胀痛等, 胃溃疡等各类消化系统疾病、临近组织器官疾病、部分全身系统疾病、药物等均有可能引发。严重影响患者的生命健康及生活质量。笔者采用中西医结合疗法治疗老年性急性上消化道出血, 取得了良好临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

选取 2011 年 8 月—2014 年 7 月本院消化内科住院老年性急性上消化道出血患者为研究对象, 共 70 例, 所有患者均为 24h 内发现黑便或隐血、隐血试验阳性(+++ 以上)且未经治

疗, 7 天内发现黑便或呕血、隐血试验持续阳性(+++ 以上)^[1]。男 45 例, 女 25 例; 年龄 60~71 岁, 平均(67.24±4.92)岁; 出血严重程度, 轻度出血 17 例, 中度出血 40 例, 重度出血 13 例; 辨证分型: 中气不足 42 例, 胃中积热 9 例, 脾胃虚寒 8 例, 气滞血瘀 7 例, 肝胃郁热 4 例; 经胃镜检查, 胃溃疡 53 例, 十二指肠溃疡 13 例, 复合性溃疡 3 例, 吻合口溃疡 1 例。将患者随机分为观察组和对照组, 各 35 例。2 组患者在性别、年龄、出血严重程度、辨证分型、出血原因等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	n	性别		年龄(岁)	出血严重程度			辨证分型				
		男	女		轻度	中度	重度	中气不足	胃中积热	脾胃虚寒	气滞血瘀	肝胃郁热
观察组	35	23	12	66.91±4.86	8	20	7	20	5	4	4	2
对照组	35	22	13	67.45±5.02	9	20	6	22	4	4	3	2

2 治疗方法

2.1 对照组 给予止血、补液、抗感染等常规治疗: ①凝血酶 2000~4000 U、去甲肾上腺素 5~10 mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 200 mL 中, 每 0.5 h 口服 20 mL, 出血停止后即可停药; ②注射用奥美拉唑 40 mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中静脉滴注; ③给予卧床、流质饮食, 当患者失血过多时立即给予输血治疗, 若患者出血或呕血量多时禁食。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中医辨证治疗: ①中

气不足型用本院消血 1 号方, 组成: 人参 20 g, 黄芪 30 g, 当归、地榆、白术各 15 g, 柴胡、升麻、陈皮、炮姜、白及、三七粉(冲服)各 10 g; ②胃中积热型用本院消血 2 号方, 组成: 大黄 10 g, 炒地榆、黄芩、天花粉、石斛各 15 g; ③脾胃虚寒型用本院消血 3 号方, 组成: 伏龙肝 30 g, 白术、制附片、阿胶(烩化)各 15 g, 炮姜、黄芩、三七各 10 g, 甘草 5 g; ④气滞血瘀型用本院 4 号, 组成: 当归、枳壳、桃仁各 12 g, 赤芍、川芎、三七粉(冲服)、香附各 10 g; ⑤肝胃郁热

[收稿日期] 2014-09-23

[作者简介] 魏小果 (1973-), 女, 副主任医师, 研究方向: 消化道肿瘤、肝病、食管动力及胃肠疾病。

型用本院消血5号方,组成:白芍、生地黄、白及、柴胡各15g,黄芩、茜草、牡丹皮、三七粉(冲服)各10g,大黄8g。每天1剂,水煎服,分2次服用,连续治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较2组患者治疗的临床疗效、输血量、止血时间、住院时间及复发情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》评价。治愈:1周内大便潜血转为阴性,黑便、呕血停止,出血等伴随症状基本消失;显效:1周内大便转黄,黑便、呕血停止,大便潜血(+),出血等伴随症状较治疗前有所好转;无效:轻中度出血经1周治疗,重度出血经24h治疗后各项临床症状体征无改善甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。总有效率观察组97.14%,对照组77.14%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	显效	无效	总有效率(%)
观察组	35	22	12	1	97.14 ^①
对照组	35	13	14	8	77.14
χ^2 值		4.62	0.24	6.24	6.24
P值		0.03	0.62	0.01	0.01

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组输血量及止血时间比较 见表3。观察组输血量、止血时间少(短)于对照组,2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	输血量(mL)	止血时间(h)
观察组	35	256.12 \pm 1.63 ^①	25.24 \pm 7.93 ^①
对照组	35	481.42 \pm 3.14	40.12 \pm 10.13
t值		14.55	8.98
P值		0.00	0.00

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组患者住院时间及复发情况比较 见表4。观察组住院时间短于对照组,1年后复发率低于对照组,2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	住院时间(d)	1年后复发
观察组	35	6.11 \pm 2.24 ^①	0 ^①
对照组	35	9.13 \pm 3.62	7(20.00)
t或 χ^2 值		4.57	7.77
P值		0.02	0.00

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

上消化道出血为内科常见疾病之一,治疗的关键在于尽快、尽早止血,发病与胃黏膜、十二指肠黏膜防御功能的降低有关,出血量因病变深度、部位、有无侵蚀到大血管而不同,因此促进黏膜修复和抑制胃酸分泌是上消化道出血治疗的两大要素^[2-3]。奥美拉唑为质子泵抑制剂,可降低胃内酸度,减轻胃酸对暴露黏膜的消化、侵蚀,并有利于出血部位血凝块的形成,促进血小板的聚集,最终达到止血的目的。与此同时,奥美拉唑还可通过负反馈调节作用增加胃泌素的释放,改善血液循环,增加黏膜血液量,促进消化系统黏膜的愈合。但即便如此,部分患者仍存在止血困难的情况,必须通过内镜或外科手术治疗。

老年人处于特殊生理状态,身体各项机能均较中青年人群有所下降,凝血功能降低,容易受伴发基础疾病、药物等各种因素的影响而出现上消化道出血,且出血不易止住,出血量大且容易发生反复出血,在治疗中存在一定的难度。上消化道出血属于中医学便血、吐血、血证范畴,是由肝气郁结损伤胃肠经络,使局部血液循环出现障碍,或燥热蕴结于消化系统,干扰血液运行和经络等所致。治疗上应治血、治火、治气,以益气摄血、化瘀止血、凉血止血、清火泄热为主。在本项研究中,将老年性急性上消化道出血按中医辨证分型分别给予本院自制消血方符合中医辨证施治的需求,对于不同的病因,采用相应的中药方剂进行治疗,加上奥美拉唑等西药治疗,标本兼治,可从根本上治愈疾病。

综上所述,中西医结合疗法用于治疗老年性急性上消化道出血患者时,可明显提高疾病治疗的临床疗效、减少输血量、缩短止血时间及住院时间、降低疾病复发率,值得推荐。

[参考文献]

[1] 中华消化杂志编委. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009,杭州)[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(10): 682-686.

[2] 刘艳云. 上消化道出血反复发作84例中西医结合护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(4): 65-66.

[3] 李海东. 泮托拉唑联合生长抑素治疗急性上消化道出血的疗效及临床分析[J]. 医学综述, 2012, 18(16): 2179-2180.

[4] 严华. 消化性溃疡并急性上消化道出血46例临床分析[J]. 陕西医学杂志, 2011, 40(12): 1596-1597.

[5] 毛荷芬. 中西医结合治疗急性上消化道出血疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(5): 816-817.

[6] 顾荣红. 临床应用中药疗法治疗上消化道出血39例[J]. 中国健康月刊, 2011, 13(8): 131-132.

(责任编辑: 马力)