

生长抑素垂体后叶素联合治疗食管胃底 静脉曲张破裂出血疗效观察

Effect of somatostatin plus pituitrin on patients with esophago-gastric fundus variceal bleedings

吴浩¹ 陈晶晶¹

[关键词] 生长抑素;垂体后叶素;食管胃底静脉曲张破裂出血

Key words somatostatin; pituitrin; esophago-gastric fundus variceal bleeding

[中图分类号] R571.3 [文献标志码] B [文章编号] 1009-5918(2013)03-0133-02

食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化最为常见和严重的并发症,急性出血病死率平均为 32%^[1],迅速有效止血是治疗的关键。我院 2005-06-2011-10 对 120 例食管胃底静脉曲张破裂出血患者分别应用生长抑素联合垂体后叶素和单用生长抑素治疗,现将其疗效报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 120 例患者均经病史、临床表现、体征及生化、B 超和(或)CT 确诊为肝硬化,除外高血压、冠心病患者,妊娠或哺乳期妇女,既往接受过肝硬化介入或手术治疗者。全部入选病例均有呕血和便血症状,均经胃镜检查证实为食管胃底静脉曲张破裂出血。

随机分为 A、B 两组, A 组为生长抑素联合垂体后叶素治疗组,共 64 例,其中男 38 例,女 26 例,年龄 32~68 岁,平均 48.6 岁;其中出血量 500~1000 ml 者 10 例,1000~2000 ml 者 34 例,>2000 ml 者 20 例;首次出血者 30 例,再次出血者 20 例,三次及以上出血者 14 例;肝功能按 Child 分级:A 级 4 例,B 级 44 例,C 级 16 例。B 组为单用生长抑素治疗组,共 56 例,其中男 34 例,女 22 例,年龄 28~70 岁,平均 49.2 岁,其中出血量 500~1000 ml 者 9 例,1000~2000 ml 者 29 例,>2000 ml 者 18 例;首次出血者 26 例,再次出血者 17 例,三次及以上出血者 13 例;肝功能按 Child 分级:A 级 4 例,B 级 38 例,C 级 14 例。两组患者性别、年龄、肝功能分级及出血量、出血次数等比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

A 组生长抑素先 250 μ g 缓慢静脉注射,后以 250 μ g/h 微量泵持续静脉泵入 72 h,同时垂体后叶

素 10 U 缓慢静脉注射,继之以 0.2 U/min 微量泵持续静脉泵入 72 h,治疗过程中患者如有心悸、心绞痛、腹痛等不良反应发生时,给硝酸甘油含化或静脉滴注。B 组单用生长抑素治疗,用法同 A 组。两组均同时行常规治疗,包括卧床休息、禁食、吸氧、奥美拉唑抑酸、口服凝血酶粉、护肝补液、预防感染、血红蛋白<70 g/L 者给予输血等。对用药 72 h 后出血仍严重且危及生命情况时,则增加其他治疗措施(镜下止血、三腔二囊管、介入治疗、外科手术等)。

1.3 观察指标

治疗前后严密监测血压、心率、脉搏、呼吸、尿量、呕血量、便血量等,记录 24 h 出入量。每日监测血红蛋白变化,并观察不良反应。出血停止标准:①呕血、黑便停止或黑便颜色变浅;②血压、心率稳定,血红蛋白无继续下降;③胃镜证实出血已停止;以上三项中任一项成立即可。

1.4 疗效判定

显效:用药 24 h 出血停止;有效:用药 48~72 h 内无继续出血征象;无效:用药超过 72 h 仍有出血,或止血后再出血。止血总有效率=(显效+有效)/总例数。

1.5 统计学处理

计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

止血效果的比较:A 组显效 42 例,有效 16 例,无效 6 例,总有效率 90.6%;B 组显效 30 例,有效 14 例,无效 12 例,总有效率 78.6%;两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

不良反应:A 组 5 例出现不良反应,其中 2 例出现腹痛、恶心,1 例出现胸闷,2 例出现血压升高、腹泻,对症处理后症状有所改善。B 组有 1 例患者静脉推注生长抑素时有恶心、呕吐表现,放慢速度后逐渐消失。

¹ 丹江口市第一医院消化内科(湖北丹江口,442700)
通信作者:吴浩,E-mail: wenster@126.com

3 讨论

肝硬化患者由于门脉高压的影响,在胃内酸性反流物侵蚀食管黏膜,粗硬食物或饮酒所致损伤,以及静脉回流血流增多等因素作用下食管胃底静脉曲张容易发生破裂出血,且有发病突然、出血量大、出血易反复的特点,并可促发肝性脑病、肝肾综合征、水电解质及酸碱平衡紊乱等一系列并发症,是肝硬化门脉高压症患者最常见的并发症和致死原因。药物治疗是静脉曲张出血的首选治疗手段^[2],不但在止血方面起重要作用,也为其后的内镜治疗及介入、手术治疗争取更多的时间。目前用于急性出血时的药物主要有血管加压素及其衍生物、生长抑素及其类似物。

垂体后叶素通过收缩内脏血管,减少内脏血流量,降低门脉压力而止血,其临床效果肯定,临床止血率在 64%~90%^[3],一般以 0.2~0.4 U/min 持续静脉滴注,最高可加至 0.8 U/min,增大剂量,疗效不会提高,而不良反应增加。本研究采用小剂量垂体后叶素,仅有 5 例发生不良反应,经硝酸甘油含化或静脉滴注后症状缓解。

生长抑素是一种人工合成的 14 肽激素,一方面通过选择性收缩内脏血管,抑制胰高血糖素、血管活性肠肽等释放,减少门脉血流量,降低门脉压力^[4-5],一方面能抑制胃酸、胃蛋白酶及胃泌素的分泌,刺激胃黏液分泌,促进血小板凝集及血块收缩,从而达到快速止血的目的,止血有效率达到 70%~90%^[6]。生长抑素对冠状动脉及全身血液动力学无影响,其不良反应轻,发生率低。

本研究采用生长抑素、垂体后叶素联合治疗食管胃底静脉曲张破裂出血,临床有效率达 90.6%,较单用生长抑素(78.6%)明显增高,结果表明二者在降低门脉压方面可能具有协同作用;生长抑素有抑制胃肠蠕动的作用,可拮抗垂体后叶素引起的腹痛等不良反应,生长抑素及垂体后叶素均可不必用至较大剂量即可获得较好疗效,不良反应发生率明显减少。

总之,生长抑素、垂体后叶素联合治疗食管胃底静脉曲张破裂出血,疗效好,不良反应少,是理想的治疗肝硬化食管胃底静脉曲张破裂所致上消化道出血的治疗措施之一。

参考文献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:490—490.
- [2] 中国医师协会急诊医师分会. 急性上消化道出血急诊诊治专家共识[J]. 中国急救医学,2010,30(4):289—293.
- [3] 张文武. 急诊内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:1309—1309.
- [4] 刘菲,陆玮,倪玮. 生长抑素对肝硬化病人门脉血流动力学的影响[J]. 中华消化杂志,1996,16(6):367—368.
- [5] 王永平. 生长抑素的临床应用[J]. 现代诊断与治疗,2003,14(2):125—127.
- [6] 杨冬华,陈旻湖. 消化系统疾病治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:102—102.

(收稿日期:2012-11-05)

科技论文中数字的规范化用法(一)

1 阿拉伯数字

中华人民共和国国家标准关于出版物上数字用法的规定,凡可以使用阿拉伯数字且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字。

公历世纪、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字。如 20 世纪 90 年代不能写成二十世纪九十年代。日期可采用全数字式写法,如 2003—04—15,年月日之间使用半字线“—”,当月和日是个位数时,在十位上加“0”。年份用 4 位数表示,如 2003 年不能简写为 03 年。日的时间表示,采用每日 24 小时计时制,时、分、秒的分隔符为冒号“:”,如下午 3 时 9 分 38.5 秒应写作 15:09:38.5 或 150938.5;上午 4 时应写作 04:00:00。

计量和计数单位前的数字一律使用阿拉伯数字,如 15 kg,13 只,等。

多位数的阿拉伯数字不能拆开转行

小数点前或后超过 4 位数(含 4 位),应从小数点起向左或向右每 3 位空半个阿拉伯数字(1/4 汉字)的空隙,不用千分撇“,”分节法。如:48 363,1 285.41,9.806 6 等。年份、部队代号、仪器型号等非计量数字不分节。参考文献中的版次、卷号、期号、页码均应使用阿拉伯数字,如第 2 版,36(11):68—70。