

急诊消化内科上消化道出血患者的中医治疗效果观察

卢学毅

(任丘市人民医院,河北 沧州 062550)

【摘要】目的:本文旨在观察中医治疗应用于急性消化内科上消化道出血患者中的临床疗效。**方法:**选取2020年10月10日至2022年5月30日医院急性消化内科收治的84例上消化道出血患者作为研究对象,将其依据信封法分为对照组和观察组,各42例。对照组采用常规西医治疗方案,观察组采用常规西医治疗方案+中医治疗方案,观察两组患者治疗效果、中医证候积分、不良反应发生率、症状缓解时间。**结果:**观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组呕血、头晕、黑便等症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组止血时间、住院时间、血红蛋白恢复正常时间、IL-6恢复正常时间、hs-CRP恢复正常时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**中医治疗急诊消化内科上消化道出血患者效果理想,可改善症状,缩短症状缓解时间,效果理想,安全,可推广。

【关键词】 消化内科上消化道出血; 中医治疗; 中医证候积分; 不良反应发生率; 症状缓解时间

中图分类号: R256.3

文献标识码: B

文章编号: 1671-2242(2023)09-0049-03

急性上消化道出血(Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, AUGIB)是消化内科一种常见病变,主要指患者屈氏韧带以上消化道病变导致的出血,具有发病快、发病急、死亡率高、发病率高等特点^[1]。上消化道出血发病后,若未达到科学有效救治,可引起一系列并发症,危及患者生命安全。临床上治疗上消化道出血以药物治疗为主,多采用奥美拉唑、法莫替丁等药物配合纠正水电解质、全静脉营养、禁食等治疗,以尽快止血,改善患者病症。但采用单一西医药物治疗病情容易反复,治疗中止血速度依旧有限,探究其他药物治疗方案尤为重要。中医学治疗上消化道出血经验丰富,可以根据患者病症,对症治疗,确保治疗效果,与西医治疗联合应用,加快止血,明显改善患者黑便、呕血等症状^[2]。本研究选取2020年10月10日至2022年5月30日我院急性消化内科收治的84例上消化道出血患者作为研究对象,分析急诊消化内科上消化道出血患者的中医治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2020年10月10日至2022年5月30日我院急性消化内科收治的84例上消化道出

血患者作为研究对象,将其依据信封法分为对照组和观察组,各42例。对照组男22例,女20例;年龄22~76岁,平均(47.25±2.48)岁;出血性胃炎15例,消化性溃疡17例,复合性溃疡10例。观察组男21例,女21例;年龄23~76岁,平均(47.31±2.44)岁;出血性胃炎16例,消化性溃疡18例,复合性溃疡8例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者自愿入组,对本研究知情同意并签署知情同意书。研究经过本院伦理委员会核准。(1)纳入标准:所有患者经过胃镜等检查,均有黑便、呕血、头晕等症状,符合上消化道出血诊断标准;临床资料完整;年龄18周岁及以上;患者对本次研究目的、内容均知情。(2)排除标准:合并凝血功能障碍者;合并血液系统性疾病者;合并精神障碍者、认知障碍者;合并恶性肿瘤者;入组前1个月内服用其他药物治疗者;参与其他研究者;中途退出者。

1.2 方法:对照组入院后,采用常规西医治疗方案,给予患者静脉补液、抗感染、全静脉营养、禁食、纠正水电解质紊乱等基础治疗。予以奥美拉唑(四川科伦药业股份有限公司,国药准字H20056108),1次/d,静

脉滴注,根据患者出血情况确定所用注射量;法莫替丁(上海第六制药厂,国药准字H10950129),2次/d,静脉注射,注释时将药物+5%葡萄糖250ml稀释静脉滴注。观察组入院后,采用常规西医治疗方案+中医治疗方案,西医治疗方法同对照组。中医治疗方案予以云南白药胶囊(云南白药集团股份有限公司,国药准字Z53020799),2粒/次,4次/d。两组患者均予以7d治疗,患者治疗期间医护人员给予患者用药指导,护理干预等。

1.3 观察指标:观察两组治疗效果、中医证候积分、不良反应发生率、症状缓解时间。(1)治疗效果:患者治疗后进行胃镜检查,患者症状消失,脉搏稳定,胃镜检查结果显示正常为显效;胃镜检查结果显示消失,症状改善,脉搏、血压基本恢复正常,黑便、呕血、头晕等症状明显改善为有效;患者症状改变不明显,胃镜检查结果显示恢复不明显为无效。总有效率=(显效例数+有效例数)/组例数×100%。(2)中医证候积分:于两组患者治疗前后,统计两组患者呕血、头晕、黑便等症状评分,评分范围0~3分,分数越高则症状越明显。0分标准,无症状;1分患者偶有症状,对患者生活无影响;2分症状较为明显,生活、工作均受到影响;3分症状严重,生活工作无法继续。(3)不良反应发生率:于两组患者治疗后,统计出现嗜睡、头痛等不良反应情况,不良反应发生率=

不良反应例数/组例数×100%。(4)症状缓解时间:统计两组患者止血时间、住院时间、血红蛋白恢复正常时间、白细胞介素-6(IL-6)水平恢复正常时间、超敏C反应蛋白(hs-CRP)恢复正常时间。IL-6参考范围:hs-CRP参考范围ELISA(酶联免疫吸附试验)0.373~0.463ng/L。hs-CRP参考范围:ELISA检验1.00~10.00mg/L。

1.4 统计学方法:采用SPSS 24.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗有效率比较:观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组治疗前后中医证候各项积分比较:治疗前,两组呕血、头晕、黑便等症状评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组呕血、头晕、黑便等症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 两组治疗有效率比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	42	17(40.48)	24(57.14)	1(2.38)	41(97.62)
对照组	42	14(33.33)	20(47.62)	8(19.05)	34(80.95)
χ^2					6.098
P					0.014

表2 两组治疗前后中医证候各项积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	呕血		头晕		黑便		其他	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	2.63±0.13	0.52±0.16 ^a	2.69±0.20	0.54±0.14 ^a	2.61±0.22	0.62±0.12 ^a	2.66±0.13	0.59±0.11 ^a
对照组	42	2.62±0.17	1.02±0.18 ^a	2.64±0.23	1.02±0.13 ^a	2.64±0.23	0.81±0.14 ^a	2.65±0.12	1.03±0.22 ^a
t		0.303	13.455	1.063	16.282	0.611	6.678	0.366	11.593
P		0.763	<0.001	0.291	<0.001	0.543	<0.001	0.715	<0.001

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$

2.3 两组治疗后不良反应发生率比较:观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组治疗后不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	乏力	头痛	其他	不良反应发生
观察组	42	1(2.38)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.38)
对照组	42	3(7.14)	3(7.14)	2(4.75)	8(19.05)
χ^2					6.098
P					0.014

2.4 两组治疗后各项症状缓解时间比较:治疗后观察组止血时间、住院时间、血红蛋白恢复正常时

间、IL-6恢复正常时间、hs-CRP恢复正常时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组治疗后比较各项症状缓解时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	止血	住院	血红蛋白	IL-6	hs-CRP
		时间	时间	恢复正常	恢复正常	恢复正常
		时间	时间	时间	时间	时间
观察组	42	1.15±0.23	6.35±0.67	7.06±1.03	6.35±1.25	6.33±0.27
对照组	42	1.88±0.36	8.05±0.52	8.60±1.12	8.05±1.13	8.25±0.28
t		11.074	12.990	6.559	6.538	31.989
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

急性上消化道出血是一种消化内科的疾病,指发生在十二指肠、食管、胃、胰腺、胆道等屈式韧带以上的短时间出血,为多种疾病的常见并发症,临床表现与出血量的大小直接相关。患者出血量少,则临床症状以黑便为主,随着病情加重,出血量增加,患者出现血便或者呕血等症状,并多数患者伴有周围循环衰竭^[3]。急性上消化道出血发病快速,起病急,严重的患者甚至可能出现休克,危及患者生命安全。随着影像学等诊疗技术的不断发展,急性上消化道出血的发病率、病死率均有所下降,多数患者可以在出现症状后通过胃镜等手段加以确诊,以便于掌握患者具体情况,给予治疗。考量到急性上消化道出血对患者造成危害大,随着出血增加还会增加伤害,因此及时采取止血治疗尤为重要。

急性上消化道出血治疗以药物为主,西医药物为此病常规治疗手段。奥美拉唑、法莫替丁等药物为急性上消化道出血常用药物。奥美拉唑为质子泵抑制剂,是脂溶性弱碱性药物的一种,对胃酸的分泌产生明显抑制作用,避免由于胃酸分泌过多,加重对上消化道造成的侵蚀等,改善患者病症。奥美拉唑药物具有起效快、吸收快等特点,在静脉注射治疗后,可以快速达到病灶,有效止血。法莫替丁联合奥美拉唑进行治疗,加快止血。改善病症。尽管西医药物可以较为快速止血,但西药物治疗中容易引起便秘、腹泻、白细胞减少、头晕乏力等症状,对患者身体造成伤害较大,影响患者选择。中医学治疗上消化道出血经验丰富,根据患者病症予以药物,治疗药物成分取自植物等,可以降低对患者机体造成的伤害,治疗安全性较高,降低不良反应发生率。祖国医将上消化道出血归为“吐血”“便血”范畴,原因为胃致使的出血,治疗仪止血为主。云南白药是我国著名保密方剂,临床应用有百年历史,具有活血散瘀、止血愈伤、消炎止痛等作用^[4]。现代药理学研究相关研究表明,云南白药可激活血小板表面的糖蛋白GMP140,从而促进糖蛋白表达及血小板活化,增强血小板的黏附和聚集功能,缩短创口凝血时间^[5]。云南白药治疗上消化道出血时,可以结合西医药物综合治疗,西药物抑制胃酸分泌,改善胃内pH值,为血小板聚集创造适宜的环境,云南白药可以在提供

的良好环境下,促进血小板聚集与黏附,通过综合治疗,大大提高止血效率,提高治疗游戏效率,缩短患者止血时间、住院时间、血红蛋白恢复正常时间、IL-6恢复正常时间、hs-CRP恢复正常时间。云南白药使用同西医药物联合应用,减少西医药物使用剂量,降低药物对患者机体造成的伤害,在有效改善患者呕血、黑便等症状的同时,降低不良反应发生率。

急诊消化内科上消化道出血患者的中医治疗效果理想,本研究结果显示,观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组呕血、头晕、黑便等症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组止血时间、住院时间、血红蛋白恢复正常时间、IL-6恢复正常时间、hs-CRP恢复正常时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明此种方式治疗效果理想。中医治疗方案遵循对症治疗原则,结合患者实际情况,采取针对性综合治疗,配合西医治疗,进一步确保疗效。对患者十分关注的安全问题,此种方式也可以很好解决,确保患者治疗期间的生命安全。

综上所述,中医治疗方案可以根据患者情况,采用云南白药加以治疗,操作较为简便,可以满足患者实际治疗需求,更容易被患者接受,值得在临床治疗中广泛推广。

【参考文献】

- [1] 李晓琴. 大剂量云南白药治疗6例消化道出血患者随访观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(4): 127-129.
- [2] 王莉莉, 邱纯, 王愉平, 等. 急诊护理干预在肿瘤合并上消化道出血患者中的应用效果[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 243-244.
- [3] 牟大礼. 胃镜下喷洒生肌止血散治疗上消化道出血的效果及对止血时间、中医症候和再出血率的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(8): 117-121.
- [4] 黄国荣, 龙青山, 文世宏, 等. 云南白药治疗上消化道出血患者的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(6): 136-138.
- [5] 王克杰, 王慧娟, 刘传振, 等. 云南白药联合奥美拉唑及生长抑素治疗肝硬化上消化道出血临床观察[J]. 社区医学杂志, 2020, 18(1): 52-55.

(收稿日期: 2022-09-16)