

- 1996, 29(6): 381-383.
- [5] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 49.
- [6] 王鸣池, 李伟伟, 于盼盼, 等. 微创颅内血肿清除术联合醒脑开窍针刺法治疗脑出血的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(12): 2469-2471.
- [7] 中华中医药学会. 脑出血中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(23): 110-112.
- [8] 徐丹, 张兰坤, 过伟峰, 等. “瘀热”病机对脑出血急性期病情及预后的影响[J]. 中医杂志, 2011, 52(22): 1922-1924.
- [9] 李俊芳. 醒脑静注射液的药理分析研究[J]. 中国药物经济学, 2014, 4(1): 48-49.
- (责任编辑: 吴凌)

柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血临床观察

蔡雅萍, 沈小玲, 王晓燕

杭州市第一人民医院急诊科, 浙江 杭州 310006

[摘要] 目的: 观察柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血的临床疗效。方法: 将 88 例上消化道出血患者随机分为对照组和研究组各 44 例。对照组予常规治疗, 研究组在对照组基础上予柏叶散联合生长抑素治疗。观察 2 组患者的血流动力学(心率、血氧饱和度、收缩压)变化、不同时间段(第 2 h、6 h、12 h、24 h)仍出血患者的总例数及临床疗效。结果: 研究组总有效率为 100%, 对照组总有效率 90.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组心率低于对照组, 收缩压高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组血氧饱和度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究组在第 2 h、6 h、12 h、24 h 的出血总例数均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血, 有助于快速止血, 有效改善血流动力学, 提高临床疗效。

[关键词] 上消化道出血; 柏叶散; 生长抑素; 中西医结合疗法

[中图分类号] R573.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0039-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.018

上消化道出血, 失血一般较多, 是一组发病快、病情急、病势危的临床常见疾病。据相关文献报道, 上消化道出血可在短时间内超过 1000 mL, 迅速导致周围循环衰竭; 其发病率占总住院人数的 0.1%, 死亡率约 10%, 甚至高达 20%, 严重威胁着患者的生命^[1]。本院采用柏叶散联合生长抑素辅助治疗上消化道出血, 获得一定疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 10 月—2014 年 11 月在本院治疗的 88 例上消化道出血患者, 随机分为对照组和研究组各 44 例。对照组男 28 例, 女 16 例; 年龄 22~59 岁, 平均(37.62±3.47)岁; 十二指肠球部溃疡者 22 例, 胃溃疡者 15 例, 急性黏膜损伤者 7 例。研究组男 29 例, 女 15 例; 年龄 23~58 岁, 平均(38.35±3.46)岁; 十二指肠球部溃疡者 24

例, 胃溃疡者 14 例, 急性黏膜损伤者 6 例。2 组性别、年龄及病来源经统计分析, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中国医师协会急诊医师分会 2010 年制定的《急性上消化道出血急诊诊治专家共识》^[2]中的诊断标准拟定。①呕血, 为上消化道出血特征, 其颜色可根据出血量、出血速度及胃内停留时间等发生变化; ②黑便或便血, 非上消化道出血特征, 其颜色可根据出血量、出血速度及胃肠蠕动等发生改变; ③失血性周围循环衰竭, 及贫血、发热、氮质血症等其他临床表现; ④结合患者病史, 即可诊断。

1.3 辨证标准 脾虚不摄证^[3]: 呕血色暗淡而量多, 大便黑溏, 胃脘隐痛, 伴神疲乏力, 面色少华, 心悸气短; 舌淡、苔薄白, 脉细弱。

[收稿日期] 2015-05-20

[作者简介] 蔡雅萍 (1985-), 女, 护师, 研究方向: 急诊护理。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准和中医辨证标准的患者；②非静脉曲张性出血的患者；③知情并签字同意的患者。

1.5 排除标准 ①合并静脉曲张性出血的患者；②合并恶病质的患者，如癌症；③严重凝血功能障碍的患者及孕妇；④心、肺、肾、肝等重要脏器功能严重不足的患者；⑤对生长抑素及(或)云南白药过敏的患者；⑥依从性差的患者。

2 治疗与护理方法

2.1 对照组 常规给予 500 mL 复方氯化钠注射液补充血容量及纠正电解质紊乱；奥美拉唑注射液 40 mg 静脉注射；氨基己酸初始剂量 6 g 加入 100 mL 生理盐水中，静脉滴注，20 min 滴完，然后以持续剂量 1 g 维持，口服去甲基肾上腺素 2 mg 加 10 mL 生理盐水等其他对症支持治疗，持续治疗 6 天。穴位按压：取双侧足三里、内关，采用指腹按压法，双侧穴位同时进行，每次每个穴位按压 3 min，循环 2 次，每天治疗 1 次，连续 6 天。耳穴压豆：取患者双侧交感、神门、胃、脾，采用王不留行籽按压，3 天换 1 次，共 2 次。整体观察治疗 6 天。

2.2 研究组 常规治疗同对照组，加用柏叶散联合生长抑素辅助治疗。①柏叶散加减：荆芥炭 15 g，仙鹤草、人参、炒蒲黄、白及、云南白药各 10 g，侧柏叶、海螵蛸、煅龙骨各 6 g。伴烦躁不安者，加磁石、珍珠母等；伴痛甚者，加延胡索、五灵脂等。上药研末，每次 20 g，温开水冲服，6 h 服用 1 次，共 4 次。穴位按压和耳穴压豆同对照组。②生长抑素治疗：生理盐水 50 mL 加 3 mg 生长抑素[瑞士 Merck(Schweiz) AG，注册证号 H20090929；规格：每支 3 mg]，24 h 以 0.25 mg/h 持续静脉泵入，持续 3 天。整体观察治疗 6 天。

2.3 护理方法 2 组患者入院后，护理方法相同。①予多参数心电监护严密监测患者的血氧饱和度、血压、心率、呼吸；每隔 1 h 监测患者的神志、瞳孔、体温。记录患者 24 h 出入量。记录患者的呕血次数、颜色、量的变化，黑便次数及颜色，肠鸣音等，及时清除脏污，保持室内空气流通及被褥清洁。每 12 h 抽血查患者的血常规、肝肾功能、动脉血气分析等。②饮食：禁食，直到无活动性出血后，可由流质饮食逐渐过渡为半流质饮食，最后普食。③生活护理：为患者提供安静的环境，患者制动，告知正确的翻身方法。④心理护理：告知患者病情及其预后转归，以身边成功治愈的病友为对象，鼓励患者要有战胜疾病的信心，嘱家属多关心患者。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用多参数心电监护，24 h 监测 2 组患者血流动力学的稳定性，主要包括：心率、血氧饱和度、血压(计收缩压)。②观察 2 组患者在第 2 h、6 h、12 h、24 h 仍出血患者的总例数，主要通过呕血、便血及胃管引流液判断。③比较 2 组的临床疗效。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以百分比表示，

采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[4] 治疗 24 h 后，对 2 组疗效进行评定。显效：上消化道出血停止；胃管引流液转清，或未见陈旧及新鲜血液；血流动力学指标稳定。有效：上消化道出血停止；胃管引流液出现少量陈旧出血；血流动力学指标稳定。无效：上消化道出血未减轻，仍有呕血和(或)便血，或胃管引流液中可见活动性出血；血流动力学指标不稳定。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后，研究组总有效率为 100%，对照组总有效率为 90.9%，2 组比较，差异有统计学意义($\chi^2=4.190$ ， $P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	44	24	16	4	90.9
研究组	44	31	13	0	100 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组血流动力学指标比较 见表 2。治疗后，研究组心率低于对照组，收缩压高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；2 组血氧饱和度比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	心率(次/min)	血氧饱和度(%)	收缩压(mmHg)
对照组	44	85.42 \pm 7.41	93.41 \pm 4.37	104.37 \pm 24.52
研究组	44	74.33 \pm 6.58 ^①	96.21 \pm 2.08	119.47 \pm 25.62 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组不同时间段仍出血总例数比较 见表 3。研究组在第 2 h、6 h、12 h、24 h 的出血总例数均低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组不同时间段仍出血总例数比较

组别	n	第 2 h	第 6 h	第 12 h	第 24 h
对照组	44	24(54.5)	13(29.5)	9(20.5)	4(9.1)
研究组	44	12(27.3)	5(11.4)	2(4.5)	0
χ^2 值		6.769	4.470	5.091	4.190
P 值		0.009	0.034	0.025	0.041

5 讨论

生长抑素为人工合成的一种氨基酸肽，可抑制胰岛素、胰高血糖素、生长激素、甲状腺激素、胃酸的分泌，能有效控制血糖，防止胃酸分泌过多对消化道进一步损伤等；同时对内脏血管具有收缩作用，可减少侧枝血流，增加有效循环血容量，防止休克等并发症发生。加之患者胃酸被抑制，胃液 pH 值升高，有利于促进胃黏膜的恢复^[5]。

上消化道出血属中医学血证范畴，治疗多以止血、化瘀止痛为治则。本研究主要针对的是非静脉曲张性上消化道出血，主要病因为消化性溃疡。本研究结果显示，使用柏叶散加减联

合生长抑素有助于快速止血,改善血液流变学,从而提高临床疗效。笔者分析原因如下。

柏叶散的主要成分为云南白药、仙鹤草、人参、荆芥炭、侧柏叶、炒蒲黄、白及、海螵蛸、龙骨。方中云南白药,其主要成分为三七。现代药理研究表明,三七中的主要成分为三七总皂苷、黄酮、三七素、氨基酸及各种微量元素等,能缩短凝血时间、增加血小板数量而发挥止血作用,同时也具有抗血小板聚集作用,从而能活血化瘀^[6]。故云南白药具有双重功效,在止血的同时还能活血,防止血管栓塞的形成。另外,三七总皂苷对家兔的心脑血管具有保护作用^[7-8],对机体还有抗炎及清除氧自由基的作用^[6],能有效预防上消化道出血产生的应激反应对机体的损害。侧柏叶凉血止血。仙鹤草,具有收敛止血的功效,现代药理研究表明其具有镇痛抗炎、止血、降血糖、降血压、抗心律失常等作用^[9],加之与收敛止血的荆芥炭、止痛止血化瘀的蒲黄、消肿生肌止血的白及合用,能有效促凝血与保护机体^[10-11]。海螵蛸,收敛固摄作用较强,能有效抑制胃酸分泌,对胃溃疡具有保护作用^[12];与龙骨配伍,可加强收敛固摄作用,并加强促凝血功能^[13]。与人参配伍,能迅速补无形之气,加强生血之功。故诸药配伍,共奏收敛止血、化瘀止痛之功,同时对机体还有保护作用,这对患者的治疗具有积极的意义。不过,2组血氧饱和度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可能由心率代偿导致,值得继续探讨。

另外,予患者穴位按压,足三里与内关可和胃止呕,发挥穴位的双重调节作用;耳穴压豆,如交感可止胃肠疼痛,神门能治疗各种痛症,胃能止呕、促胃肠运动;脾主治腹痛、腹胀,能消肿止痛^[14]。在对上消化道出血患者的救治中采取积极的护理措施,有利于及时掌握患者的病情而实施相应的救护措施。予患者制动及正确翻身方法,可防止上消化道再出血。予患者安静的环境、心理护理,能缓解患者的心理压力,保持相对平静状态,积极配合治疗。故在治疗上消化道出血的同时,应予正确的护理措施,能防止意外医疗事故的发生。

[参考文献]

- [1] 陈梅红. 60例上消化道大出血患者的消化内科专科护理临床观察与分析[J]. 中国卫生产业, 2014(14): 52- 55.
- [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] 杨殿洪, 王新舜. 上消化道出血的中医治疗[J]. 医学信息, 2010, 23(7): 2190.
- [4] 尚保敏. 非静脉曲张性上消化道出血疗效分析[J]. 临床医学, 2013, 33(10): 59- 60.
- [5] 杨红英. 生长抑素辅助治疗上消化道大出血疗效观察[J]. 药学与临床, 2014, 8(10): 164- 165.
- [6] 居乃香, 孙静. 三七药理作用的研究进展[J]. 北方药学, 2014, 11(11): 90- 91.
- [7] 唐旭东, 姜建青, 赁常文, 等. 三七总皂苷对心肌缺血-再灌注中中性粒细胞浸润的影响及其核转录机制的实验研究[J]. 成都中医药大学学报, 2002, 25(3): 3.
- [8] 姚小皓, 李学军. 三七中人参三醇苷对脑缺血的保护作用及其机制[J]. 中国中药杂志, 2002, 27(5): 371- 373.
- [9] 洪阁, 戴永红, 刘培勋, 等. 仙鹤草化学成分和药理作用研究进展[J]. 药学服务与研究, 2008, 8(5): 362- 366.
- [10] 李景辉, 陈才法, 李雯雯. 蒲黄药理活性及临床应用[J]. 安徽农业科学, 2011, 39(16): 9604- 9608.
- [11] 任华忠, 何毓敏, 杨丽. 白及化学成分其药理活性研究进展[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(2): 134- 140.
- [12] 卢少海, 马山, 周长征. 中药海螵蛸的应用研究进展[J]. 药品与食品, 2014, 16(1): 65- 67.
- [13] 李娜, 高昂, 巩江. 龙骨药材的鉴别及药学研究进展[J]. 安徽农业科学, 2011, 39(15): 8922- 8925.
- [14] 陆寿康. 刺灸法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 127- 129.

(责任编辑: 吴凌)



·书讯· 中西医结合系列教材已出版,《新中医》编辑部代售的有: 中西医结合病理生理学(42元), 中西医结合诊断学(59元), 中西医结合外科学(58元), 中西医结合妇产科学(60元), 中西医结合儿科学(46元), 中西医结合骨伤科学(52元), 中西医结合眼科学(46元), 中西医结合耳鼻喉口腔科科学(46元), 中西医结合护理学(44元), 中西医结合临床科研方法学(29元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码: 510006, 电话: (020)39354129。