

药源性胃十二指肠出血 68 例临床分析

张进华, 游枫慧(福建医科大学附属协和医院药剂科, 福建 福州 350001)

摘要:药源性胃十二指肠出血在临床上并不少见。本文回顾性调查我院自 1994 年 1 月到 2004 年 1 月收治经胃镜确诊为药源性胃十二指肠出血的 68 份病例。1、服用药物种类:本组 31 例服用非甾体抗炎药物,主要是解热镇痛类口服药如乙酰水杨酸,去痛片,消炎痛,布洛芬等,19 例服用肾上腺糖皮质激素,8 例合用非甾体抗炎药物和激素类药物,其余 10 例。2、临床表现:观察服药后出血前有上腹部不适 31 例(如上腹部疼痛,恶心,嗝气反酸)单纯呕血 23 例,单纯排黑便 19 例,呕血伴黑便 26 例,其中 6 例伴失血性休克,均有上腹部压痛,45 例伴有肠鸣音亢进,具有明显贫血外观 27 例。3、辅助检查:血红蛋白低于正常范围下限 37 例。胃镜检查胃十二指肠疾病病例中可见黏膜缺损,溃疡灶底可见血液凝固物与白苔混杂覆盖于溃疡底部,边缘充血水肿,部分可见红色出血点;服药前无十二指肠溃疡病例中,内镜可见黏膜表面有多处出血点,黏膜缺损,部分可见浅表性溃疡灶出现,底部为深红色。4、治疗与预后:本组 68 例经诊断为上消化道出血即给予停用片剂,止血,补液对症处理。其中 60 例经内科保守治疗后出血停止;5 例经内科治疗后无效,转外科手术治疗,出血停止;2 例病人因出血后病情加重而死;1 例因反复出血且出血量较大,未及手术便因低血容性休克而死亡。5、结果:药源性胃十二指肠出血主要是服用非甾体抗炎药物和皮质激素引起的;基础疾病为胃肠道疾病的患者更易诱发出血;部分病人在呕血或排黑便前可出现上腹部不适;上消化道出血治疗主要是止血,补液,对症处理等内科保守治疗。结论:临床医师要慎用非甾体抗炎药物和皮质激素类药,尤其是既往有胃肠道疾患的病人,要注意加强胃黏膜的保护;一旦出血应早期诊断,早期治疗。

关键词:药源性;上消化道出血;临床分析

胃十二指肠是上消化道出血最常见的部位,而服用药物引起的胃十二指肠出血病例日渐增多,在临床上引起了一定的重视。本文调查我院自1994年1月到2004年1月收治经胃镜确诊为药源性胃十二指肠出血68例,分别对本组病例的服药情况、基础疾病、临床表现、诊断与治疗、预后进行讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例68例,男45例,女23例,年龄19~75岁,平均45.5岁。

1.2 基础疾病

即是指未出现胃十二指肠出血之前的原始疾病,其中胃溃疡18例,十二指肠溃疡23例,胃十二指肠多发溃疡2例,胃炎8例,运动系统外伤8例,椎间盘突出症6例,其余3例。

1.3 诊断依据

(1)出血前有明确口服药物史;(2)服药前无明显上腹部不适,无呕血及排黑便史;(3)均经胃镜确诊为胃十二指肠出血。

1.4 服用药物种类

本组31例服用非甾体抗炎药物,主要是解热镇痛类口服药如乙酰水杨酸,去痛片,消炎痛,布洛芬等,19例服用肾上腺糖皮质激素,8例合用非甾体抗炎药物和激素类药物,其余10例。

1.5 临床表现

观察服药后出血前有上腹部不适31例(如上腹部疼痛,恶心,嗝气反酸)单纯呕血23例,单纯排黑便19例,呕血伴黑便26例,其中6例伴失血性休克,均有上腹部压痛,45例伴有肠鸣音亢进,具有明显贫血外观27例。

1.6 辅助检查

血红蛋白低于正常范围下限37例。胃镜检查胃十二指肠疾病病例中可见黏膜缺损,溃疡灶底可见血液凝固物与白苔混杂覆盖于溃疡底部,边缘充血水肿,部分可见红色出血点;服药前无十二指肠溃疡病例中,内镜可见黏膜表面有多处出血点,黏膜缺损,部分可见浅表性溃疡灶出现,底部为深红色。

1.7 治疗与预后

本组68例经诊断为上消化道出血即给予停用片剂,止血,补液对症处理。其中60例经内科保守治疗后出血停止;5例经内科治疗后无效,转外科手术治疗,出血停止;2例病人因出血后病情加重而死;1例因反复出血且出血量较大,未及手术便因低血容性休克而死亡。

2 讨论

2.1 服用药物分析

本组病例中服用非甾体抗炎药物共37例,占54.41%,说明这类药物诱导胃十二指肠出血的可能性较大。据英国学者Langman等研究报道,服用NSAID患者较未服用者高2~4倍^[1],这类药物损伤胃肠黏膜的主要机制是:(1)非甾体抗炎药物抑制环氧化酶活性而干扰合成前列腺素^[1,2],后者

是保护胃肠黏膜正常结构的成分之一,它能够促进黏膜的血液循环,分泌 HCO_3^- ,参与DNA合成,当PGE缺乏时必然使溃疡黏膜损害出血^[3];(2)非甾体抗炎药物抑制血小板中的血栓素 A_2 (TXA_2)生成减少,降低血小板的黏聚,出现血液机制障碍,不易止血;(3)机械性损伤,口服药物直接刺激胃肠黏膜,损害胃肠黏膜屏障。

本组中服用皮质激素类药物21例,占30.88%,在药源性消化道出血病因中占第二位,皮质激素提高蛋白质的分解代谢,抑制蛋白合成,增加胃蛋白酶和胃酸的分泌,减少胃黏液的分泌,使胃肠黏液丧失黏液- HCO_3^- 屏障,诱发溃疡出血^[3]。

本组中合用皮质激素类药物和非甾体抗炎药物共8例,从药物之间相互作用机制来说,非甾体抗炎药物与皮质激素之间的药物相互作用更易导致上消化道出血。^[4]

2.2 基础疾病与病例分析

本组病例中,基础疾病为胃十二指肠溃疡或炎症50例,占73.53%,说明在有胃肠道疾病的基础上服用非甾体抗炎药物和皮质激素较未患胃肠道疾病的病人更易诱导出血。机制:胃肠道疾病病人中局部胃肠黏膜缺损,部分血管显露,胃肠黏膜屏障薄弱,服用甾体抗炎药物和皮质激素进一步损害黏膜,易诱导出血。本组中胃镜检查显示出血灶多在溃疡灶周围,可得到进一步证实。当然,服用片剂,也可能直接损伤浅表血管,诱发出血。

2.3 临床表现分析

本组病例中,服药后呕血或排黑便前出现上腹部不适31例,主要由于早期少量出血刺激后部迷走神经,促进胃肠道蠕动,这可提醒临床医师注意观察病情变化,尽快采取预防措施和诊治方案,做到早期诊断,早期治疗。

2.4 治疗与预后分析

本组病例出血后均停用非甾体抗炎药物和皮质激素类药物,禁食,止血,补液,给予受体拮抗剂及胃黏膜保护剂,必要时可应用洛赛克强力抑酸药,经内科治疗后大部分出血可停止,少部分病人由于出血灶较大,需手术治疗,肿瘤患者,胃十二指肠溃疡患者可加重体质衰竭,导致病情加重,预后差。

3 结论

药源性胃十二指肠出血是由于服用某些药物引起的上消化道出血,从本组病例可显示,常见的药物主要是非甾体抗炎药物和皮质激素类药物,特别是解热镇痛药,其对胃肠黏膜损伤,诱发上消化道出血是较为肯定的^[4]。临床上应用这些药物时应注意其用药指征及每日限定剂量。尽量选择肠溶性片剂,加强胃黏膜保护。基础疾病为胃肠道疾病的患者,尤其是溃疡患者,由于其局部生理屏障受到破坏,应尽量避免使用这两类药物,注意加强胃黏膜保护。在患者出现呕血或排黑便前,部分病人可出现上腹部不适,临床医师不能忽略上消化道出血的可能,应做到早期诊断,早期治疗。一旦出血诊断成立,即予止血,保护胃肠黏膜,补液及防止其他并发症出现,经保守治疗无效者,可酌情选择手术治疗。

参考文献

- [1] Langman MJS, *et al.* 非类固醇抗炎药物性胃十二指肠病变的流行病学、病因和治疗。国外医学 消化分册, 1991, 11(1) 13.
- [2] 陈新谦, 金有豫主编. 新编药理学(14 版). 北京, 人民卫生出版社, 1998, 151.

- [3] 陈颢珠主编. 内科学(第四版). 北京, 人民卫生出版社, 1996, 351.
- [4] 王志明. 解热镇痛类药物致消化性溃疡 818 例分析. 中国实用内科杂志, 1995, 15(5)316.

收稿日期: 2002-09-18