维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 1

16例应激性溃疡的临床诊治体会

李春海* 庞 湃* 李伟安* 王晓东* 赵英男* 王伟平* 柴 华* 凌 兴**

【摘 要】 目的 报告应激性溃疡的临床诊治体会。方法 全组16例,男12例,女4例。术前均无溃疡病史,血红蛋白检查均正常。术后早期应用糖皮质激素9例,出血前发生肺不张、严重呼吸道感染、呼吸功能不全6例,低血容量休克5例,急性重症出血坏死性胰腺炎4例,食管癌、贲门癌术后6例,严重烧伤(80% 深Ⅱ°)1例。14例保守治疗,2例保守治疗无效而手术治疗。结果 14例经治疗后(2例手术治疗)痊愈出院,2例死亡。结论 应激性溃疡大出血患者多病情危重,难以忍受二次手术,死亡率约为50%,因此应采取有效的保守治疗,对于保守治疗无效、大出血休克或胃肠穿孔者应及时手术治疗。

【关键词】 应激性溃疡;临床诊治

Experiences of treating stress ulcer in 16 cases *Li Chunhai, Wang Xiaodong, Pang Pai, et al. Department of General Surgery, Central Hospital of Jiamusi, Jiamusi* 154002

【**Abstract**】 **Objective** To summarize the experiences of treating stress ulcer. **Methods** A total of 16 patients with no past history of ulcer before admission and with normal hemoglobin volume were analyzed. Among them glucocorticoid was used in 9 cases, 6 cases had pulmonary atelectasis, serious infection of respiratory tract with respiratory insufficiency, 5 cases had hypovolemic shock, 4 cases had acute haemorrhagic pancreatitis, 6 cases were after operation of cancer of esophagus or cardia, 1 case was severe burn(80%). Fourteen cases were treated conservatively and 2 were treated operatively after failure of conservative treatment. **Results** Fourteen cases were cured(2 cases were treated by operation) and 2 cases died. **Conclusion** Patients with stress ulcer are usually serious and can not tolerate the operation. The mortality is about 50%. Therefore effective conservative treatment should be taken in time. Operative measures should be taken in time when conservative treatment is not effective.

【**key Words**】 Stress ulcer; Clinical treatment

应激性溃疡(stress ulcer SU)是指机体在重度创伤、危重疾病等应激状态下,发生的急性上消化道粘膜糜烂、溃疡等病变,其主要临床表现为上消化道出血,发生穿孔者罕见。我院于1995至2000年共治疗16例,现就其发生的病因及治疗体会介绍如下。

资料与方法

一、临床资料

本组16例,男12例,女4例。年龄36~68岁,平均52岁。术前均无溃疡病史,血红蛋白检查均正常。术前早期曾用糖皮质激素9例,术前发生肺不张、严重呼吸道感染、呼吸功能不全6例,低血容量休克5例,重度颅脑损伤2例(与脑外科联合治疗),腹部闭合性损伤术后3例(包括肝脾破裂、肠破裂),急性重症出血坏死性胰腺炎4例,食管癌贲门癌术后6例,80%深Ⅱ°烧伤1例。出血发生在术后8 h至13 d,平均6.3 d。出血量1 500~4 800 ml,平均3 200 ml。症状最初为呕血者9例,血便、柏油样便者6例,其中4例因呕血迅猛而误入呼吸道内。多数患者有面色苍白、心率快、血压低等失血性休克表现及不同程度腹胀、肠鸣音亢进等消化道症状。血红蛋白平均50.3~78.1 g/L。

二、胃镜检查

6例于手术后10~13 d行胃镜检查,显示胃粘膜弥漫性,散在性浅表糜烂及点状出血,其中1例于胃底部0.3 cm×0.4 cm小溃疡,2例于胃体部见0.4 cm×0.4 cm的小溃疡。

三、治疗方法

出血发生后全部病例均停用糖皮质激素,禁食水,

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市中心医院普外科
** 桦川县江川农场医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

胃肠减压，输新鲜血(输血量1 200～4 500 ml)，局部及全身应用止血、抗酸与胃粘膜保护剂，如静注止血敏、立止血、止血芳酸、维生素K_1、甲氰咪呱、洛赛克，胃管内注入云南白药、凝血酶、硫酸铝、氢氧化铝凝胶。有8例在用药同时采用冰盐水去甲肾上腺素或冰盐水碳酸氢钠间断交替行胃管内灌注止血，对于误入呼吸道内血量较多者采用纤维支气管镜冲洗吸引。2例保守治疗无效而手术，1例两次剖腹切开胃前壁探查，见胃窦部有一1.4 cm×1.8 cm溃疡灶伴活动性出血，给于单纯缝合止血后痊愈出院；另1例剖胃探查，见胃内大量积凝血块，予以清除，胃体部粘膜处见6处0.2～0.8 cm的充血而未见明显糜烂与出血点，因病情危重难以耐受全胃切除，术中以凝血酶及云南白药浸泡充血部位，但术后继续出血致全身衰竭死亡。

结　果

14例经治疗后(含2例手术治疗)痊愈出院，2例死亡。

讨　论

胃粘膜屏障防御功能降低是形成SU的基础，而缺血、低氧引起胃粘膜细胞能量物质减少及氧自由基产生是削弱胃粘膜屏障功能的重要因素[1]。同时胃粘膜损伤因子作用相对增强亦是SU发病的主要机理。与下列因素有关：(1)年龄偏大、术前营养状况及心肺功能差。(2)手术时间长，创伤严重，出血渗血多，合并休克或持续低血压。(3)机械性通气大于3 d，严重的全身感染。(4)术后早期使用大量皮质激素。

典型的应激性溃疡诊断并不困难，突发性无痛性呕血、便血、柏油样便是其特点，若有胃肠吻合手术应与吻合口瘘及吻合口大动脉瘘相鉴别[2]。胃镜检查对应激性溃疡的诊断有重要意义，即可看到溃疡出血情况，又可局部止血，避免不必要的手术探查。但有胃肠吻合手术的病人，为预防胃镜检查对吻合口的损伤，术后早期不宜进行。对于出血迅猛倒灌入呼吸道内者应与呼吸道内出血相鉴别。本组有1例曾患支气管扩张大咯血，术后10 d发生出血，起初以为大咯血而应用垂体后叶素效果不佳，遂行纤维支气管镜检查，但未见气管、支气管腔内明确出血部位，从而考虑为应激性溃疡所致，行胃镜检查后得到证实。

应激性溃疡大出血患者病情多危重，难以耐受二次手术，手术死亡率约为50%[3]，而且任何一种手术均有一定的再出血率，因此，应采取有效的保守治疗，尽可能避免手术。具体做法是：(1)根据Hb、Hct、血压、脉搏及全身情况综合判断出血量，等量输血迅速恢复周围血管血液动力学改变、改善微循环，本组平均输血量为1 800 ml。(2)静脉应用止血敏、立止血、止血芳酸、维生素K_1、血小板及胃管内注入凝血酶、云南白药，胃腔内局部应用止血药物效果更佳。(3)静脉滴入甲氰咪呱、洛赛克、口服或胃管内注入雷尼替丁以抑制胃酸分泌并降低胃蛋白酶活性，使胃粘膜细胞得到保护，出血时局部应用止血药物效果更好。(4)抽出胃液，经胃管交替、间断胃腔内灌注冰盐水去甲肾上腺素或5％冰冻碳酸氢钠，其治愈率可达70%。本组中有8例在手术后8 d后才用之，效果良好。(5)硫酸铝既可降低胃酸又能促进溃疡愈合，血止后应继续服药2～4周。(6)有人提倡胃镜下电凝止血[4]，作者曾用于3例术后晚期出血患者，效果不佳，因胃腔内凝血块多，难以清除，一直无法确认出血部位。对于保守治疗无效、大出血休克或胃肠穿孔者应及时手术治疗。

参 考 文 献

1. Cook DJ, Witt LG, Cook RJ, et al. Stress ulcer prophylaxis in critically ill. Am J Med, 1991, 91(5): 519－527.
2. 张玮，张毓德，杜喜群，等. 食管癌切除术后食管胃—大动脉瘘(附10例报告). 河北医学院学报，1992，16(4)：257－259.
3. 张效公，黄孝迈. 食管癌、贲门癌切除术后并发应激性溃疡大出血. 中华外科杂志，1992，12(6)：321－323.
4. Cheung LY. Reflux of bile acid, gastritis and gastric remnant cancinoma. Am J Surg, 1987, 153(4): 403－404.

(收稿日期：2002－12－20)