DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.02.010

肾上腺糖类皮质激素所致类固醇性溃疡

（附二例报告）

徐采朴

（第一附属医院 消化科）

糖皮质激素（以下简称激素）用于临床已34年。实践证明它在抗炎、抗过敏、免疫抑制、抗毒和抗休克等方面有明显疗效，但也发现了不少副作用。滥用激素导致严重并发症者屡见不鲜。本文拟举类固醇溃疡伴有消化道大出血及急性穿孔者各1例，并结合文献作一讨论。

病例报告

例1 黄某，男，30岁，医院化验员。1967年11月中旬，因右侧胸痛数日后继而高热40℃。当时，血沉为100mm/h，诊断为风湿热。经抗菌素及强地松（每日30mg）治疗，两天后热退，一般情况迅速好转。12月中旬又发生右下胸痛，较剧，伴右肩胛部及右颈根明显钻痛，有低热，又按风湿热用抗菌素及强地松（每日60mg）治疗，两周后突然上腹剧痛，诊断为急性胃穿孔。经手术证实为十二指肠球部穿孔，并作缝补术，术后第二天咳嗽，痰中带血丝，此后每日咯出血水样痰，至第5天咯血较多，每日达200ml，有时呈巧克力色脓液，右胸第4肋以下叩诊呈浊音，呼吸音减低，但无罗音。胸部X线透视发现右膈明显抬高（以内前侧明显），活动度减弱。右第七肋间腋前线有压痛。诊断为阿米巴肝脓疡穿入胸腔，形成支气管瘘。经依米丁、土霉素治疗后热退，血沉、血象及右膈均恢复正常。

例2 陈某，男，57岁，工人。因患天疱疮2年余，近20天加重。开始强地松治疗，每天40mg，至第14天时血压上升至160/110mmHg；第29天时出现上腹痛，并有压痛，对症治疗无效；第35天时出现黑粪，大便隐血强阳性；第45天时，上消化道大出血，呕血及黑粪约2500ml，病人处于休克状态，输血共4000ml，急症手术见胃小弯溃疡，胃内大量积血，粘膜容易出血。

切除胃见胃角前壁3×2.1×0.5cm之溃疡，边缘整齐，底达肌层深部，溃疡表面为炎性渗出物及坏死组织，其下瘢组织不明显。

讨论

一、类固醇性溃疡的发病率 不少文献报道，类风湿性关节炎患者用激素治疗过程中，并发类固醇性溃疡的发生率分别为6.7%[1]，3—31%[1]，及11—38%[2]；也有报道溃疡发

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

生率升高15倍（男）及43倍（女），但是不用激素治疗的类风湿性关节炎患者，本身发生溃疡病的就稍多于一般人群，加之病人常同时服用其他致溃疡性药物（如醋柳酸、保太松或消炎痛）。所以目前对激素与溃疡之间关系的看法尚不一致，但从临床角度[2]来看，一般认为激素能促进其他因素引起溃疡。

二、类固醇性溃疡的发病机理 各种动物实验中，激素引起胃粘膜的改变，文献报告[1-7]不完全一致，现概括为以下几种：激素能使胃液pH值下降，使胃体壁细胞群增生；使胃粘液形成量减少及其成分改变（糖、唾液酸和岩藻糖的浓度降低），削弱了胃粘膜屏障的保护作用，以致胃粘膜易受胃酸、胃蛋白酶的消化侵蚀；使粘膜上皮细胞更新率降低，影响胃粘膜糜烂、溃烂的修复过程，从而促进了溃疡的形成。但究竟那一种改变是引起类固醇性溃疡的主要发病机制仍为当前争论的课题，也许溃疡的形成是多种因素综合作用所致。有报告在人体一次剂量的激素可引起胃酸分泌稍稍升高，而某些患者长期用激素，则胃酸分泌升高似更明显。给动物造成胃粘膜糜烂时，它会迅速地愈合，但若应用了激素，糜烂可发展成为深溃疡。从胃镜检查了解到人们服用醋柳酸、饮酒、情绪激动等多种因素可产生胃粘膜小片糜烂，此时若用激素则糜烂的粘膜自然修复过程受到抑制，可导致类固醇性溃疡的形成。

三、临床特征 激素治疗过程中，有10～15%的患者有轻微的胃肠道症状，可能是激素刺激局部胃粘膜所致，并非溃疡形成，更换另一种激素可见好转。

类固醇性溃疡以40岁以上的病人更易罹患，尤以类风湿性关节炎或红斑狼疮病人为甚。此种溃疡一般于胃窦或胃小弯多见。本组例1为十二指肠溃疡，例2为胃小弯溃疡。本病隐袭，即使溃疡大而深，甚至穿孔至胰腺而临床症状轻微，约⅓患者无症状，这可能是由于痛阈值升高或炎症反应降低之故。因此本病常以上消化道大出血或急性穿孔为首发症状。类固醇性溃疡极少引起幽门梗阻。

类固醇性溃疡的发生与激素的种类无关，但与激素剂量及用药时间长短是否有关则有两种不同观点。有的作者[3]认为无关，有些作者[1][2][7]则认为剂量越大（强地松20～1000mg以内），用药时间越长则发生溃疡的危险性越大。本组2例既往史中均未患溃疡病。例1诊断错误而滥用激素，强地松剂量由每日30mg增至60mg后两周，突然发生十二指肠球部急性穿孔，当引以为教训。例2强地松每日剂量从40mg增至50mg，第35天总量达1500mg时出现黑粪，第45天（总量为1790mg）时出现上消化道大出血，虽曾两度怀疑为激素的并发症，但采取的防治措施不力，以致发生危及生命的大出血，亦宜从中吸取教益。根据此2例的激素剂量及用药时间，我们认为激素剂量越大，时间越长，产生类固醇性溃疡伴发大出血或穿孔之危险性也越大。应用激素时应密切注意这一问题。

四、诊断 虽然类固醇性溃疡的基底部纤维组织较少，质地较柔软，但在X线钡餐检查、纤维胃镜、细胞学、胃液分析甚至组织学检查等方面与一般消化性溃疡无法区别，与严重烧伤或中枢神经系统疾病并发之应激性溃疡也无明显不同。

临床需要较长期大剂量应用激素，尤其是原来就有消化性溃疡或同时服用醋柳酸、保太松或消炎痛之类致溃疡性药物时，更应严密观察，定期作X线钡餐检查以便及早发现溃疡，采取有效的防治溃疡及其并发症的措施。

五、治疗 类固醇性溃疡具有出血、穿孔率高、死亡率高和需要急症手术等特点。激素疗程中发现溃疡，首先应考虑是否停药。若激素对原发病的治疗是不可少者，可以不停药，但剂量应减至最小有效量。饮食方面应注意少吃多餐和易消化少刺激的食物。此外抗酸药、

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

胃粘膜保护药物的应用均与一般消化性溃疡相同。

溃疡急性穿孔时，手术治疗刻不容缓。伴发上消化道出血，可先按一般消化性溃疡出血处理。有报告类风湿性关节炎病例，类固醇性溃疡并发大出血，止血后还能耐受激素治疗，但不能耐受激素和醋柳酸二药同时服用，倘若部分胃切除术治疗后，同时用上述二药给予治疗，则多能耐受。

对原有活动性十二指肠球部溃疡病人，除非十分必要，一般不宜用激素。确实要用激素者，必须严密观察，定期复查钡餐、大便隐血，并同时用硷性药物和激素，以防止出血或穿孔之发生[6]。

参 考 文 献

（1）Bockus HL:Gastroenterology 3rd ed,vol 1, p503, W B Saunder Co, 1974

（2）Spiro HM:Clinical gastroenterology p351 Macmill Publishing Co,1977

（3）Bogch A: Gastroenterology p365, McGraw-Hill Book Company,New York,1973

（4）Mozsik GY,et al:Progress in peptic ulcer. p356, Budupest 1976

（5）马永红：肾上腺糖皮质激素的作用和临床应用的进展。医教资料1978年，4期p40，沈阳军区军医学校

（6）苏国达：肾上腺糖类皮质激素的临床应用（讲座）。云南医药 1(4):63, 1980

（7）南通医学院附属医院：激素在治疗和诊断上的应用。p34, 1973, 江苏人民出版社

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net