

表 1 两组 EGP 治疗前后临床症状比较[例(%)]

组别	例数	上腹部疼痛		腹 胀		暖气反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	86	72(83.7)	8(9.3)	66(76.7)	8(9.3)	63(73.3)	10(11.6)
对照组	86	60(69.8)	16(18.6) <sup>▲</sup>	63(73.3)	20(23.3) <sup>▲</sup>	61(70.0)	17(19.8) <sup>△</sup>

注：两组治疗后比较，<sup>△</sup>  $P>0.05$ ，<sup>▲</sup>  $P<0.01$

表 2 两组 EGP 治疗后内镜下病灶疗效比较[例(%)]

组别	例数	消失	减少或缩小	无变化	总有效率
治疗组	76	44(57.9)	23(30.3)	9(11.8)	67(88.2)
对照组	66	9(13.6)	26(39.4)	31(47.0)	35(53.0)

药治疗 EGP,内镜下糜烂灶消失率仅 13.6%,总有效率 53%,疗效不甚理想。治疗组镜下消失率 57.9%,总有效率 88.2%,远高于对照组,且无并发症,与韦良宏等<sup>[7]</sup>报道有效率达 91.11% 结果相似,从而证实高频电凝是治疗 EGP 一种好方法。

参 考 文 献

[1] 柯昌庶,李道芬,王 伟,等.慢性糜烂性胃炎的临床病理学及免疫组织化学研究[J].新消化病学杂志,1997,5(4):241-242.

[2] 锦 坤.胃炎悉尼新分类[J].中华消化杂志,1991,11(2):109.

[3] 王圣华.内镜微波联合抗幽门螺杆菌治疗隆起糜烂性胃炎研究[J].中国内镜杂志,2006,12(2):185-187.

[4] 许国铭,李兆申.上消化道内镜学[M].上海:上海科学技术出版,2003:329.

[5] 徐三平,易粹琼,张锦坤.隆起糜烂性胃炎的临床及酸性相关研究[J].中华消化内镜杂志,1998,15(4):238.

[6] 宋怀忠,周惠印,唐明志,等.糜烂性胃炎 468 例内镜观察[J].中华消化内镜杂志,1999,16(5):930.

[7] 韦良宏,陈海东.高频电凝治疗隆起糜烂性胃炎临床疗效观察[J].微创医学,2008,3(3):278-279.

(收稿日期:2009-06-22;修回日期:2009-07-09)

(本文编辑:潘雪飞)

3 讨 论

慢性 EGP 是一种具有特征性形态的特殊类型的胃炎。其病因及发病机制,多认为与下列因素有关:①Hp 感染。王圣华<sup>[3]</sup>报道 54 例 EGP 患者中 43 例 Hp 阳性, Hp 感染率 79.6%。②免疫机制异常<sup>[4]</sup>。③高酸分泌<sup>[5]</sup>。EGP 的形成可能是由于胃黏膜深度糜烂破坏或损伤了腺颈部细胞,导致幽门腺或胃小凹孤立性增生,黏膜肌层常明显增厚并隆起,结构紊乱。由于胃糜烂性病变反复刺激腺颈细胞,使其易发生中、重度间变,有导致癌变的可能<sup>[6]</sup>,对其积极治疗是十分必要的。

高频电发生器是利用高频电通过人体时产生热效应,使组织凝固坏死来达到隆起病灶息肉消除止血等治疗目的。本组病例中通过电凝使电极与糜烂黏膜接触,从而使蛋白质凝固,组织坏死脱落,表面平坦。对照组单纯应用质子泵抑制剂、铋剂及消炎

善宁治疗尿毒症合并上消化道出血的疗效观察

李 丹,杨 黄,倪志明,陆春来,张 昊  
(解放军第 85 医院肾内科,上海 200052)

[摘 要] 目的 总结善宁治疗尿毒症合并上消化道出血的疗效。方法 将尿毒症合并上消化道出血 35 例患者分为 3 组,其中单纯善宁组(A 组)10 例,善宁联合洛赛克(B 组)12 例,善宁联合泮托拉唑(C 组)13 例。结果 善宁联合泮托拉唑治疗尿毒症合并上消化道出血效果优于其他二组。结论 生长抑素联合质子泵抑制剂治疗尿毒症并发上消化道出血是有效的。  
[关键词] 上消化道出血;尿毒症;善宁;泮托拉唑

中图分类号: R573.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)05-0443-02

作者简介:李 丹(1979-),女,内蒙古呼伦贝尔人,硕士,医师,从事肾脏病科疾病的诊治工作。

慢性肾衰尿毒症并发上消化道出血(AUGH)是尿毒症患者严重的并发症,我科从2000年起使用善宁等药治疗尿毒症合并上消化道出血患者,取得一些经验,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 我院肾内科2000~2008年2月间尿毒症并发上消化道出血患者35例,年龄18~72岁,平均年龄42.7岁,男16例,女19例。引起尿毒症的原发病统计如下:慢性肾小球肾炎16例,糖尿病肾病8例,肾小动脉硬化5例,肾移植术后2例,前列腺癌1例,胰腺癌1例,心源性肝硬化1例,食管癌1例。将患者分为3组,其中单纯善宁治疗组(A组)10例,善宁联合洛赛克治疗组(B组)12例,善宁联合泮托拉唑治疗组(C组)13例。

**1.2 诊断标准** 上消化道出血诊断标准:临床上具有呕血、黑便和失血性周围循环衰竭等表现,经鼻腔插鼻胃管抽出咖啡色液体,呕吐物或隐血试验呈强阳性,血红蛋白下降,除外肝病、胃癌、胆道疾病、鼻咽出血、血液病、严重心及其他疾病。尿毒症诊断标准:血肌酐 $>707\text{ }\mu\text{mol/L}$ ,内生肌酐清除率 $<10\text{ ml/min}$ ,同时伴有酸中毒、电解质平衡失调等。

**1.3 治疗方法** 在综合治疗的基础上,其中A组只予善宁(北京诺华有限公司生产)0.1 mg皮下注射,继以0.1 mg善宁加入5%葡萄糖溶液500 ml中缓慢静脉滴注,出血停止后维持1~2天。B组予善宁治疗(方法和剂量同A组),同时给予洛赛克(阿斯利康制药有限公司生产)40 mg加入0.9%生理盐水100 ml中静脉滴注,每天2次,7天后改为口服制酸药。C组予善宁治疗(方法和剂量同A组),同时予泮托拉唑(保定三九济世生物药液有限公司)80 mg加入0.9%生理盐水100 ml中静脉滴注,每天1次,7天后改为口服制酸药。

**1.4 疗效判断标准** 显效:24小时内停止出血;有效:24~72小时内停止出血;无效(死亡):72小时后继续出血。

**1.5 统计学处理** 3组计数资料行多个独立样本非参数检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 疗效分析** A组显效1例,有效4例,无效5例,总有效率50.0%;B组,显效2例,有效6例,无效4例,总有效率66.7%;C组显效8例,有效3

例,无效2例,总有效率84.6%。3组间比较有统计学意义( $Z=7.268, P=0.026$ )。

**2.2 不良反应** 善宁:腹痛、腹胀2例,恶心1例;泮托拉唑:头晕、嗜睡1例,转氨酶升高1例。

## 3 讨论

尿毒症并发消化道大出血是慢性肾功能衰竭的严重并发症之一,国外报道肾衰竭死于消化道大出血者为55%<sup>[1]</sup>,国内报道为8.06%<sup>[2]</sup>,考虑是由多种原因所致:高龄、贫血、凝血功能障碍、肾功能损害严重、低钙、高胃泌素血症、透析不充分及透析时肝素的使用,是导致尿毒症并发上消化道出血的危险因素<sup>[3,4]</sup>。

本组资料提示:善宁联合泮托拉唑治疗尿毒症并发上消化道出血之总有效率达到84.6%,优于其他二组。善宁为人工合成的生长抑素的八肽衍生物,可抑制多种消化液和消化道激素的分泌,减少内脏血流,可降低门脉压力,对心排血量、血压等无影响,可抑制胃泌素和胃酸作用,还有增加血小板聚集功能,有利于止血。泮托拉唑为新型质子泵抑制剂,可抑制胃壁细胞中 $\text{H}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶活性,尤其对 $\text{H}_2$ 受体拮抗剂不能抑制的二丁基环腺酸引起的胃酸分泌也有较强的抑制作用,对胃粘膜促愈合作用强,与洛赛克相比较,泮托拉唑对细胞色素 $\text{P}_{450}$ 依赖性酶作用较弱,生物利用度更高,症状缓解快,止血快、治愈率较高。研究显示:泮托拉唑能够明显降低肾移植术后消化系统并发症的发生率并减少消化道出血,不良反应少,是可以防治肾移植术后消化道并发症的安全有效的质子泵抑制剂<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

- [1] Boyle JM. Acute upper gastrointestinal hemorrhage in patients with chronic renal disease[J]. AMJ, 1983, 75(3):409-412.
- [2] 叶任高. 慢性肾衰并发消化性溃疡的诊治—36例报告及文献复习[J]. 中华肾脏病杂志, 1993, 2(9):92.
- [3] 李杨麟. 尿毒症并发上消化道大出血危险因素分析[J]. 重庆医学, 2006, 8(15):1930-1931.
- [4] 曹艳玲, 邢淑巧. 尿毒症合并上消化道出血的临床分析[J]. 中国临床医学, 2004, 11(3):363.
- [5] 刘玉梅, 张颖. 泮托拉唑预防肾移植术后消化系统并发症的临床观察[J]. 中国实验诊断学, 2007, 11(2):226-228.

(收稿日期:2009-03-19;修回日期:2009-08-03)

(本文编辑:潘雪飞)