

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.03.18

## 限制性液体复苏联合甘草人参汤治疗上消化道出血 合并失血性休克的临床疗效分析

王 斌

(东阳市横店医院 急诊科,浙江 东阳 322118)

**摘要:**[目的]探究与分析限制性液体复苏联合甘草人参汤治疗上消化道出血合并失血性休克的临床疗效。[方法]选取我院自 2013 年 4 月~2015 年 4 月收治的 60 例上消化道出血合并失血性休克患者,采取随机数字表法分为常规液体复苏组与限制性液体复苏组,每组各 30 例,对比 2 组患者临床疗效、凝血酶原时间、输血量、血压、血小板计数、血红蛋白、血乳酸及 BE 值。[结果]限制性液体复苏组的总有效率为 90.00%,常规液体复苏组的总有效率为 73.33%,组间相比差异显著( $\chi^2=5.67, P<0.05$ )。限制性液体复苏组的凝血酶原时间、输血量、平均血压与常规液体复苏组相比均具有显著差异( $t=3.23, P<0.05; t=9.12, P<0.05; t=4.51, P<0.05$ )。限制性液体复苏组血小板计数、血红蛋白、血乳酸、BE 值与常规液体复苏组相比均具有显著差异( $t=7.84, P<0.05; t=8.11, P<0.05; t=7.94, P<0.05; t=5.22, P<0.05$ )。[结论]采用限制性液体复苏联合甘草人参汤治疗上消化道出血合并失血性休克的临床疗效显著,可有效缩短凝血酶原时间,输血量较少,各实验室指标改善情况显著,值得广泛推广与应用。

**关键词:**限制性液体复苏;甘草人参汤;上消化道出血;失血性休克;疗效

**中图分类号:**R441.9

**文献标志码:**B

**文章编号:**1671-038X(2016)03-0227-03

失血性休克作为临床上一类发生于上消化道出血后的并发症,属于常见的急危重症,对患者的生命健康造成了严重威胁<sup>[1]</sup>。因此,采取积极有效的方法治疗该病至关重要,通常以早期充分的液体复苏作为急救首选<sup>[2]</sup>。以往临床上所采用的常规液体复苏是通过将大量的晶体液与胶体液输入到患者体内,从而达到迅速扩充循环血量的目的,并将其控制在正常范围内,阻碍休克的发展<sup>[3]</sup>。而限制性液体复苏作为一种新型的治疗方法,又被称为延迟性液体复苏或低压性液体复苏,是通过将患者的血压控制在较低水平,维持稳定的机体代偿机制,以达到止血的目的<sup>[4]</sup>。此种方法引起可获得显著疗效,目前已在临床范围内得到广泛应用,现将研究结果总结报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取我院自 2013 年 4 月~2015 年 4 月收治的 60 例上消化道出血合并失血性休克患者,全部患者均在我院行 B 超或 CT 检查后确诊,并签署了关于本次实验的知情权同意书,采取随机数字表法分为常规液体复苏组与限制性液体复苏组,每组各 30 例。常规液体复苏组中男 18 例,女 12 例,年龄在 44 至 67 岁之间,平均年龄为(55.6±3.2)岁,疾病

类型:胃溃疡 6 例,十二指肠球部溃疡 7 例,肝硬化食管静脉曲张 8 例,急性胃黏膜病变 9 例。限制性液体复苏组中男 17 例,女 13 例,年龄在 45~64 岁,平均年龄为(57.5±3.7)岁,疾病类型:胃溃疡 8 例,十二指肠球部溃疡 8 例,肝硬化食管静脉曲张 6 例,急性胃黏膜病变 8 例。2 组患者一般资料差异无统计学意义,具有可比性。

#### 1.2 治疗方法

常规液体复苏组:全部患者均给予禁食、止血、氧疗、静脉泵入生长抑素、静脉滴注兰索拉唑,输液处理。根据目标血压采用输液泵对输液速度进行控制,早期、快速、足量的补充液体<sup>[5]</sup>。限制性液体复苏组在常规治疗基础上对液体输入速度进行控制,不急于江血压恢复至正常范围,同时给予口服甘草人生汤。药方制作方法为:将 30 g 红参切片后加入 800 ml 水,煎煮 20 min 后加入 60 g 生甘草,在煎煮 20 min 后,滤过取汁,每剂为 1 000 ml,每各 1 h 后口服 1 次,每次 100 ml,每日最多可服用 3 剂。

#### 1.3 疗效评价标准

将患者经过治疗后的 24 h 内出血症状停止且未再次出血评为显效,将患者经过治疗后的 24 至 72 h 内出血症状停止且未再次出血评为有效,将患者经过治疗后 72 h 后出血症状未停止,需采取其他方法治疗评为无效,以显效及有效之和评为总有效。

#### 1.4 观察指标

观察与对比 2 组患者凝血酶原时间、输血量、血压、血小板计数、血红蛋白、血乳酸及 BE 值,其中血

收稿日期:2015-05-09

作者简介:王 斌,男,本科,主治医师

通讯作者:王 斌,E-mail:wangbin5388@126.com

常规指标通过清晨抽取 5 ml 静脉血检测。

1.5 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料采取  $t$  检验,以  $\bar{x} \pm s$  的形式对数据进行表示,以  $P < 0.05$  代表有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者的临床疗效对比

限制性液体复苏组的总有效率为 90.00%,常规液体复苏组的总有效率为 73.33%,组间相比差异显著( $\chi^2 = 5.67, P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 2 组患者凝血酶原时间、输血量、平均血压比较

限制性液体复苏组的凝血酶原时间、输血量、平均血压分别为(10.6 ± 1.3)s、(980.6 ± 220.5)ml、(45.6 ± 3.5)mmHg,常规液体复苏组的凝血酶原时

间、输血量、平均血压分别为(15.9 ± 1.6)s、(2750.3 ± 320.8)ml、(76.4 ± 4.5)mmHg,组间相比均具有显著差异( $t = 3.23, P < 0.05; t = 9.12, P < 0.05; t = 4.51, P < 0.05$ )。见表 2。

2.3 2 组患者血小板计数、血红蛋白、血乳酸及 BE 值比较

限制性液体复苏组血小板计数、血红蛋白、血乳酸、BE 值分别为(204.5 ± 20.6) × 10<sup>9</sup>/L、(120.9 ± 18.7)g/L、(2.3 ± 1.1)mmol/L、(-4.2 ± 2.5)mmol/L,常规液体复苏组血小板计数、血红蛋白、血乳酸、BE 值分别为(112.5 ± 15.4) × 10<sup>9</sup>/L、(90.5 ± 24.1)g/L、(2.8 ± 1.2)mmol/L、(-7.82 ± 1.7)mmol/L,组间比较差异有统计学意义( $t = 7.84, P < 0.05; t = 8.11, P < 0.05; t = 7.94, P < 0.05; t = 5.22, P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 2 组患者的临床疗效比较

例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
限制性液体复苏组	30	14(46.67)	13(43.33)	3(10.00)	27(90.00) <sup>1)</sup>
常规液体复苏组	30	12(40.00)	10(33.33)	8(26.67)	22(73.33)

与常规液体复苏组比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者凝血酶原时间、输血量、平均血压比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	凝血酶原时间/s	输血量/ml	平均血压/mmHg
限制性液体复苏组	30	10.6 ± 1.3 <sup>1)</sup>	980.6 ± 220.5 <sup>1)</sup>	45.6 ± 3.5 <sup>1)</sup>
常规液体复苏组	30	15.9 ± 1.6	2750.3 ± 320.8	76.4 ± 4.5

与常规液体复苏组比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者血小板计数、血红蛋白、血乳酸及 BE 值比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	血小板计数/(×10 <sup>9</sup> · L <sup>-1</sup> )	血红蛋白/(g · L <sup>-1</sup> )	血乳酸/(mmol · L <sup>-1</sup> )	BE 值/(mmol · L <sup>-1</sup> )
限制性液体复苏组	30	204.5 ± 20.6 <sup>1)</sup>	120.9 ± 18.7 <sup>1)</sup>	2.3 ± 1.1 <sup>1)</sup>	-4.2 ± 2.5 <sup>1)</sup>
常规液体复苏组	30	112.5 ± 15.4	90.5 ± 24.1	2.8 ± 1.2	-7.82 ± 1.7

与常规液体复苏组比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

3 讨论

失血性休克作为临床上一类发病率较高的并发症,对患者的生命健康带来较大威胁,而在对该病给予液体治疗时,常以恢复及维持休克机体血管内、细胞及其间质内的液体容积作为主要目的,以此重新维持并激活正常的氧气运输能力,阻碍延性介质的再次激活,以减少由再灌注引起的损伤<sup>[6]</sup>。以往临床工作者认为,在治疗失血性休克时需以早而足的作为补充原则,使得补充的液体量达到失血量的 2

至 3 倍左右,同时确保在短时间内完成补液过程,此种治疗方法被称为充分液体复苏或积极液体复苏<sup>[7]</sup>。但有研究报道指出,此种补液方法在一定程度上可引起患者发生不同程度的并发症,包括呼吸功能恶化,循环血量增加,氧气运输较少,凝血功能较差等,不仅影响治疗全程,同时威胁患者预后<sup>[8]</sup>。因此,有关专家学者提出,在针对失血性休克患者实施早期治疗时需给予限制性液体复苏,其发挥作用的机制在于通过寻找一个复苏的平衡点,逐渐适当

的恢复组织器官的血流灌注,从而减少对血管造成的损伤,降低再次出血发生率,以在临床上得到了广泛应用<sup>[9]</sup>。现我院为了进一步提高限制性液体复苏的临床效果,在其基础上加用了甘草人参汤,发现此种治疗方法具有充分的应用价值<sup>[10]</sup>。

现代中医认为,上消化道出血性休克属于“血脱”范畴,采用甘草人参汤治疗,通过利用其中具有健脾益气功效的甘草,具有益气固脱功效的红参达到补气,健脾、摄血固脱之功效<sup>[11]</sup>。而现代药理学证实,甘草在治疗上消化道出血时可起到明显的止血作用,原因是其中所具有的甘草酮成分可有效阻止胃蛋白酶的激活过程,于消化道的酸性条件下通过于胃蛋白酶的结合发生沉淀,以此对胃蛋白酶的活性起到抑制作用<sup>[12]</sup>。另外,还可通过直接作用于溃疡部位的上皮细胞,一方面促进溃疡组织愈合及在细胞再生,另一方面延长了细胞存活的时间<sup>[13]</sup>。此外,甘草还可显著减少平滑肌发生痉挛的频率,降低肠胃蠕动的速度,促进增加肾上腺皮质激素的分泌量。而红参则具有促进增加减压耐氧,提高机体应激状态的目的,经大量临床研究资料显示,甘草人参汤不仅可取得显著的临床疗效,同时可充分体现中医施治的高度及灵活性<sup>[14]</sup>。

本次研究结果显示,限制性液体复苏组的总有效率为 90.00%,常规液体复苏组的总有效率为 73.33%,限制性液体复苏组的总有效率明显高于常规液体组,限制性液体复苏组的凝血酶原时间、输血量、平均血压、血小板计数、血红蛋白、血乳酸、BE 值与常规液体复苏组相比均具有显著差异。结果提示,采用限制性液体复苏联合甘草人参汤治疗上消化道出血合并失血性休克的临床疗效显著,可有效缩短凝血酶原时间,输血量较少,各实验室指标改善情况显著,与陈祖鹏<sup>[15]</sup>等人于 2011 年的研究结果基本一致,值得进一步扩大样本量进一步研究与应用。

#### 参考文献

- [1] DELLINGER R P, LEVY M M, RHODES A, et al. Surviving Sepsis Campaign; international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012 [J]. *Intensive Care Med*, 2013, 39:165-228.
- [2] 周 姚, 李金林, 邹 玲, 等. 早期目标导向液体复苏在重型颅脑损伤合并失血性休克治疗中的应用[J]. *江苏医药*, 2012, 38(12):1464-1465.
- [3] Van Den ELSEN M J, LEENEN L P, KESECIOGLU J. Hemodynamic support of the trauma patient [J]. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2010, 23:269-275.
- [4] PERNER A, HAASE N, GUTTORMSEN A B, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis [J]. *N Engl J Med*, 2012, 367:124-134.
- [5] 李 磊, 刘 磊, 王振杰, 等. 限制性液体复苏联合血必净对失血未控制性休克缺血再灌注损伤的影响 [J/CD]. *中华临床医师杂志:电子版*, 2011, 3(5):1356-1360.
- [6] MYBURGH J A, FINFER S, BELLOMO R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care [J]. *N Engl J Med*, 2012, 367:1901-1911.
- [7] ANNANE D, SIAMI S, JABER S, et al. Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial [J]. *JAMA*, 2013, 310:1809-1817.
- [8] 孟凡琳, 张 洪, 于晓敏. 甘草人参汤联合限制性液体复苏治疗上消化道出血致失血性休克 32 例 [J]. *现代中医药*, 2013, 33(1):345-346.
- [9] 龚鸿昌, 邓琳, 余锡斌. 早期限制性液体复苏在伴失血性休克脑伤中的疗效分析 [J]. *西部医学*, 2012, 24(8):1571-1576.
- [10] 刘维政, 高振和, 陶江. 早期限制性液体复苏在重型颅脑损伤合并失血性休克疗效观察 [J]. *临床医药实践*, 2010, 19(2 B):201-203.
- [11] 杨建涛, 吴耀建. 不同血管活性药物在感染性休克治疗中的临床应用 [J]. *河北医学*, 2010, 17(10):1290-1292.
- [12] 赵 阳, 王 倩, 臧 彬, 等. 多巴胺与去甲肾上腺素治疗感染性休克疗效比较的系统评价 [J]. *中国循证医学杂志*, 2012, 12(6):679-685.
- [13] 袁玉丰, 芮 泽, 张国刚. 限制性液体复苏在脑损伤合并失血性休克中的应用 [J]. *中华临床医师杂志*, 2015, 9(3):209-210.
- [14] 李叔国, 周珍萍. 不同血管活性药物对脓毒症休克患者心率及肾功能的影响 [J]. *全科医学临床与教育*, 2014, 12(1):23-25.
- [15] 陈祖鹏, 李 徐, 徐 震, 等. 早期限制性液体复苏在重型颅脑损伤合并创伤性失血性休克救治中的应用 [J]. *浙江创伤外科*, 2011, 16(4):479-481.