

中西医结合治疗小儿烧伤后 严重消化道出血2例

湖南医学院第一附属医院烧伤科 马恩庆 罗成群 黄聪敏 刘发祝

烧伤后合并急性消化道溃疡的发生机制目前尚未完全清楚。烧伤后并发严重消化道出血是烧伤的一种严重并发症,尤其是小儿,死亡率很高。James等⁽¹⁾统计,自1823~1973年国外共报道了185例(包括尸检中发现)。自1937年第一例小儿Gurling's溃疡出血的治疗成功报道以来,至1973年止,已有33例抢救成活的报道。我科于1978~1979年收治2例烧伤后严重消化道出血患儿,均经采用中西医结合的方法治疗获得治愈。现报告于下:

一、病案介绍

例一:

李×,男,1岁3个月,住院号218742。因开水烫伤左上肢、躯干12天,解黑大便1天,于1978年7月10日晚急诊入院。患儿伤后在当地医院清创,创面涂敷狗油及草药。伤后10天患儿出现寒战、厌食、高烧、昏迷等症状,并连续解黑色稀大便3次,量约200毫升,诊断为烧伤后合并严重消化道出血。因治疗困难而转来我院。

入院检查:体温38.8℃,脉搏140次/分,呼吸34次/分。精神委软,烦躁不安,面色苍白,左上肢及左侧躯干深Ⅱ°烫伤,面积为22%。创面潮湿,有较多的脓性分泌物。血红蛋白5.5克%,入院当天又解黑色及血色大便300毫升。入院后除常规服用金

蒲银蛇汤⁽²⁾(金银花25克,蒲公英50克,银柴胡25克,蛇莓100克,甘草25克。每剂煎成400毫升,成人每次口服100毫升,每日3次。小儿酌减,即按年龄每岁每次10毫升)清热解毒外,并立即给予静脉补液,滴注6-氨基己酸、维生素K、止血敏等止血药,口服白及粉、胃舒平,配合输血及大剂量抗菌素,并积极处理创面。患儿每天仍间断便血,每次约50毫升,每天5~8次。输血300毫升,置胃管注入0.01%冰盐水去甲肾上腺素溶液20~40毫升/次。患儿呕血,便血(鲜红色),伴发烧,腹胀,面色苍白,气怯神疲,舌质红绛,苔光剥,脉细数,按中医辨证属气血耗损,热伤阴络,迫血妄行,加服凉血止血、益气生津方剂:红参6克,五味子6克,麦冬6克,白茅根6克,生地6克,仙鹤草15克,芦根15克。连服2剂,3天后,出血量逐渐减少。第4天复查血红蛋白为8.1克%,全身情况好转,能进流汁。第5天拔除胃管,胃液测试正常,食量增加,大便黄软,于是停用止血药及静脉补液。继续观察1周,血红蛋白上升至10克%。创面愈合出院。

例二:

许××,女,4岁,住院号225794。因开水烫伤背、臀、双下肢6天,呕血、便血1天,于1979年5月26日入院。患儿伤后在当地医院清创,休克期输液500毫升。伤后第5天,创面水肿不消,并有感染,高烧,厌食,解黑色稀便2次,约150毫升。伤

瘀药(丹参、赤芍、川芎)对增强抗感染和损伤机体的修复有促进作用。本组植皮成活较高,仅有2例植皮皮片大部溶解液化,其中1例术后第二天才开始服中药,服5剂后中断中药治疗;另1例儿童两下肢腘窝部植皮术后制动不牢而失败。此2例均非局部感染所致。供皮区系用国产鼓式取皮机切取。供皮区4周后愈合良

好,均为甲级愈合。从供皮区组织缺损多、创伤面积大的特点来分析,五味消毒饮预防创伤感染疗效不亚于青、链霉素的联合应用。

(三)用药简便,安全有效,病人乐意接受,免除每日打针之痛苦。实践证明,应用五味消毒饮加味预防术后外科感染不亚于青、链霉素的联合应用,建议推广使用。

后第6天清晨呕血凝块及便鲜血约300毫升,诊断为烧伤后合并严重消化道出血。转来我院治疗。

入院检查:体温38℃,脉搏134次/分,呼吸34次/分。精神差,贫血貌,背、臀、双下肢深Ⅱ°烧伤,面积20%,血红蛋白6.5克%。急于静脉输液,滴注6-氨基己酸、抗血纤溶芳酸、止血敏等止血药,口服金蒲银蛇汤及氢氧化铝,配合输血、抗感染及创面处理。但出血未能控制,每天仍排出黑色大便50~150毫升。6天共输血900毫升,而血红蛋白仅为3克%,桡动脉扪不清,患儿一般情况极差。自6月2日起给患儿插胃管,以0.01~0.05%冰盐水去甲肾上腺素溶液30~40毫升/次,每天4~6次胃管内灌入,同时每次加苏打水50毫升,白及粉20克。患儿呕血、便血(鲜红色),伴腹胀,嗝气,小便量多,面色晄白,浮肿,舌质淡,苔白稍干,脉沉细数,按中医辨证为气血虚损,中气下陷,气不摄血,再加服补气益血兼止血理气方剂:参须6克,黄芪10克,当归10克,陈皮6克,炒升麻6克,白术10克,白芍10克,熟地10克,阿胶6克,地榆炭15克,白及10克,枳壳6克,甘草6克。连服3剂,出血停止。到伤后第3周,患儿又出现呕血、便血。6月12日24小时内共出血约1000毫升,即予输血。患儿体温达40.2℃,面肢浮肿,皮色苍白,神疲乏力,易汗,脉细弱而数,舌胖质淡,苔薄白,中医辨证为气不摄血,郁热迫血妄行,故治则改用益气摄血、养血止血。处方:红参6克,白术10克,黄芪15克,当归10克,远志10克,酸枣仁12克,龙眼肉10克,炒山栀12克,粉丹皮10克,仙鹤草30克,地榆炭30克,白及15克,甘草6克。连续服药5天,出血停止,胃液测试正常。巩固治疗4天后,查大便隐血试验阴性,一般情况好转,于是停止静脉输液、输血及止血药,拔除胃管,喂流汁及半流饮食。至创面愈合出院时,未再发现出血情况,血红蛋白上升到9克%。

二、体会

从我们所治的这2例烧伤后发生消化道出血的时间来看,例一是在伤后12天,合并有全身感染,中毒症状严重;例二在伤后第5天出现呕血、便血,此患儿在休克期仅静脉补液500毫升,且口服少,这可能是休克期度过不平稳,而促成烧伤后合并严重消化道出血形成的因素。这说明烧伤后并发消化道出血的发生可能和休克、脓毒症等因素有关^(3,4)。所以,预防烧伤后合并消化道出血的根本措施是把握

好休克关,防止和积极控制创面脓毒症。除一般对症治疗措施包括输血、补液、给予止血药及加强创面抗感染等处理外,要结合中医辨证施治。按中医辨证,本组2例患儿烧伤后出现严重消化道出血,例一及例二后期系热伤阴络,迫血妄行,故治以凉血止血、益气生津为主;例二早期症状由气不摄血,血不归经所致,故治以补气益血、止血理气为主。通过以上中西医结合治疗,2例的治疗效果是比较好的。

我科采用的烧伤内服药金蒲银蛇汤系由金银花、蒲公英、银柴胡、蛇莓及甘草组成。按金蒲银蛇汤的药物配伍,能清热解毒、活血利水。近年来的研究^(5,6)证实,金蒲银蛇汤含有ABH(O)血型系统抗原、大肠杆菌与伤寒杆菌菌体抗原成分,它们经口服可刺激机体产生相应的抗体,可影响血清抗体显著增高,即有“扶正”的作用。本组2例烧伤后合并严重消化道出血患儿在中西医结合的治疗中,除应用本方剂外,再依中医辨证随证加用其它中药,是取得较好疗效的基础。

烧伤后合并消化道出血的病理变化是比较复杂的。从处理上述2例患儿的有限经验来看,由于病情严重,失血量多,我们体会应该采用中西医结合、标本兼治的原则,既要即时输血补液、加强全身及局部止血药、抗菌素的应用,也要根据病情变化,采用辨证施治。如例二在病程早期与后期发生严重消化道出血,前者是由气血虚损,中气下陷,气不摄血所致;而后者则系由于郁热迫血妄行所致,故治则方药有所差异。

参 考 文 献

- (1) James WW, et al: J Trauma 16:639, 1976.
- (2) 湖南医学院第一附属医院:新医药学杂志(5):11, 1973.
- (3) 上海瑞金医院烧伤科编:烧伤治疗, 164页, 上海人民出版社, 1975.
- (4) 第三军医大学烧伤防治研究协作组主编:烧伤治疗学, 202页, 人民卫生出版社, 1977.
- (5) 马恩庆等:金蒲银蛇汤对机体免疫功能影响的实验和临床研究。内部资料, 1978.
- (6) 汪秀明等:中华医学杂志 59:733, 1979.