

• 论著 •

中西医结合治疗肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血的观察

李宏军¹, 李国萍², 李宏岩³

(1. 河南省平顶山市中医院内二科, 河南 平顶山 467000; 2. 河南省平顶山市哮喘病医院理疗科, 河南 平顶山 467000;
3. 河南省平顶山市二院输血科, 河南 平顶山 467000)

【摘要】 目的:观察中西医结合治疗食管、胃底静脉曲张破裂出血的临床疗效。**方法:**将 57 例肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血患者按随机数字表法分为治疗组(27 例)和对照组(30 例)。治疗组予奥曲肽加用生脉注射液、黄芪注射液静脉滴注及中药煎剂灌肠联合治疗;对照组给予奥曲肽治疗。动态观察各组治疗后<7 h、7~24 h、24~72 h 呕血、黑便、血压和脉搏等情况,并对止血效果进行回顾判断。**结果:**两组比较,治疗组止血成功率(96.3%)明显优于对照组(76.7%, $P<0.05$),治疗组止血成功后无再出血发生,未见明显不良反应出现,各项指标均较对照组有明显改善。**结论:**中西医结合治疗肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血的止血成功率高,从而降低了出血对生命的威胁。

【关键词】 中西医结合治疗;肝硬化;出血,上消化道

中图分类号:R242;R256.3

文献标识码:A

文章编号:1008-9691(2006)05-0297-04

Observation on integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of hepatocirrhosis hemorrhage LI Hong-Jun¹, LI Guo-ping², LI Hong-yan³. 1. Departmen of Medicine II, Pingdingshan Traditional Chinese Medicine Hospital, Pingdingshan 467000, Henan, China; 2. Department of

Physiotherapy, Pingdingshan Esthma Hospital, Pingdingshan 467000, Henan, China; 3. Department of Blood Transfusion, The Second Hospital of Pingdingshan, Pingdingshan 467000, Henan, China

【Abstract】 Objective: To observe the therapeutic effect of integrated traditional Chinese and western medicine on treatment of hemorrhage due to rupture of esophageal and gastric varices in cases with hepatocirrhosis. **Methods:** Fifty-seven patients with hemorrhage were randomly divided into two groups: the treatment group (receiving octreotide+Shengmai injection (生脉注射液)+astragali injection (黄芪注射液)+traditional Chinese decoction coloclisis, $n=27$) and control group (receiving octreotide only, $n=30$). In the meantime, vomit, melena, blood pressure and pulse for less than 7 hours, 7-24 hours and 24-72 hours after treatment were paid close attention to, and the clinical therapeutic effects on hemostasis were retrospectively evaluated.

Results: It was obvious that the hemostatic achievement ratio of the treatment group (96.3%) was better than that of the control group (76.7%, $P<0.05$). After successful hemostasis, there were no recurrence of hemorrhage and obvious adverse reaction in the treatment group and all indexes were better than those in the control group. **Conclusion:** The hemostatic achievement ratio of integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of hemorrhage in cases with hepatocirrhosis is high, thus the life threatening effect caused by hemorrhage can be lowered.

【Key words】 integrated traditional Chinese and western medicine therapy; liver cirrhosis; upper gastrointestinal bleeding

上消化道出血(UGIB)包括胃、食管、十二指肠、胆道及胰腺等器官病变所致。肝硬化引起的食管、胃底静脉曲张破裂所致 UGIB 临床常见,如何迅速控制出血、抗休克、保护脏器功能、降低病死率,是急诊抢救的关键。1999 年 2 月—2003 年 12 月,我科对肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血患者在使用奥曲肽(商品名“善宁”)治疗的同时,加用大剂量的生脉

注射液和黄芪注射液静脉滴注(静滴)及中药煎剂灌肠联合治疗,取得较好的止血效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择:诊断标准及评估参考均符合下列条件^[1]:①有呕血或黑便的急性 UGIB 征象,估计出血量在 1 000 ml 以上,血红蛋白(Hb)≤80 g/L,心率(HR)≥100 次/min,血压偏低或已达休克标准;②面色苍白,心慌烦躁,口干尿少,汗出肢冷,畏寒喜暖,或见意识恍惚,舌淡,脉细数或微细无力;③经内

作者简介:李宏军(1969-),男(汉族),河南平顶山人,主治医师,主要从事中医内科常见病及疑难病例的临床治疗研究。

镜检查证实曾有食管、胃底静脉曲张或有破裂出血。

1.2 一般资料:入选病例按随机数字表法分为两组。对照组 30 例,男 24 例,女 6 例;年龄 34~63 岁,平均 46 岁;肝硬化病史 1~26 年,平均 18.6 年。其中肝炎后肝硬化 22 例,酒精性肝硬化 3 例,原因不明 5 例;18 例有反复消化道出血史;Child 分级:A 级 8 例,B 级 11 例,C 级 11 例;估计出血时间 2.5~21.0 h,平均 6.0 h;出血量约 1 000~2 500 ml,平均 1 200 ml;Hb 57~80 g/L,平均 70 g/L;收缩压 74~100 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa,其中低于 80 mm Hg 20 例);入组前行三腔二囊管压迫止血治疗失败 2 例。治疗组 27 例,男 22 例,女 5 例;年龄 32~60 岁,平均 46 岁;肝硬化病史 1~30 年,平均 16.4 年。其中肝炎后肝硬化 20 例,酒精性肝硬化 3 例,原因不明 4 例;17 例有反复消化道出血史;Child 分级:A 级 7 例,B 级 11 例,C 级 9 例;估计出血时间 2.5~19.0 h,平均 4.0 h;出血量 1 000~3 000 ml,平均 1 300 ml;Hb 52~80 g/L,平均 72 g/L;收缩压 70~98 mm Hg (低于 80 mm Hg 20 例);入组前行三腔二囊管压迫止血治疗失败 1 例。两组患者一般资料、Child 分级、出血程度等基本相似,差异无显著性($P<0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法:所有患者每 2 h 观察呕血、黑便、血压、脉搏、胃管引流液等情况 1 次。出血处理程序:所有患者均禁食并予胶体、晶体液缓慢扩容,输注压积红细胞,同时鼻饲或口服(冰镇)生理盐水 100 ml 加去甲肾上腺素 6~8 mg,用“八次疗法”口服,局部止血,并予常规治疗。对照组予奥曲肽,使用方法:①首次用 0.1 mg 静注;②然后按 0.025 mg/h 静滴,维持 72 h;③止血成功后减半量滴注 48 h。治疗组中奥曲肽的使用方法同上,另加生脉注射液、黄芪注射液静滴,并配合中药煎剂灌肠,使用方法:①首次用生脉注射液 80 ml、黄芪注射液 40 ml 加入生理盐水 500 ml 中静滴,滴速为 50~60 滴/min。②治疗后 3 d 症状控制后,在上述治疗的同时,配以中药煎剂灌肠,方药:柴胡 15 g,枳壳 15 g,厚朴 16 g,生大黄 6 g (后下),炒莱菔子 30 g,当归 15 g,桂枝 10 g,元胡 15 g。面色苍白、四肢不温、腹中冷痛者加制附子 6 g,干姜 6 g,党参 20 g;形体消瘦、面色萎黄、气短懒言者加黄芪 30 g;口干心烦、气短少言、舌红少苔、脉细者加太子参 20 g,石斛 20 g,五味子 15 g;脱腹胀满、口黏者加藿香 15 g,砂仁 15 g;尿少、腹胀、叩诊见腹水征者加茯苓 30 g,泽泻 30 g。水煎 2 次,取汁 450 ml 左右,每日 1 次,每次 150 ml 保留灌肠。

③止血成功后减半量静脉注射 2 d。

1.4 统计学方法:使用 SPSS 9.0 统计软件包,组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 疗效标准

1.5.1 止血成功:参照文献[2]标准:①用药 72 h 内无需输血,复查血细胞比容无进行性减少;②胃镜检查证实出血已停止;③胃管引流液无血性液体或再次呕血性液体。3 项中任何 1 项成立,认为出血已经停止。并按 <72 h、7~24 h、24~72 h 的时间分段,对止血成功时间进行回顾性判断。

1.5.2 再出血:止血成功患者停药后 48 h 内发生呕血和(或)便血为再出血。

2 结果

2.1 止血成功率(表 1):治疗组有 24.1% 的患者在 72 h 内止血成功;24 h 内 26 例均止血。治疗组止血成功率(96.3%)明显高于对照组(76.7%),差异有显著性($P<0.05$)。

表 1 两组患者止血成功率比较

		between two groups			例(%)
组别	例数(例)	<72 h	7~24 h	24~72 h	失败
对照组	30	11(36.7)	8(26.7)	4(13.3)	7(23.3)*
治疗组	27	20(74.1)*	6(22.2)	0(0)*	1(3.7)

注:与对照组比较;* $P<0.05$

2.2 再出血率:对照组止血成功后发生再出血 6 例(占 20.0%);治疗组止血成功后无再出血发生,组间比较差异有显著性($P<0.01$)。

2.3 不良反应:对照组有 6 例出现恶心、轻度腹痛,但不影响治疗;治疗组未见明显不良反应出现。

3 讨论

肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血是上消化道大出血的常见原因,占 UGIB 的 2%~10%,病死率高达 30%~50%,需紧急处理^[3,4]。目前主要是以非手术的内科保守治疗为主,包括补充血容量,止血,抑制胃酸和保护胃黏膜^[5],三腔二囊管压迫止血可获即时止血,但早期再出血率和拔管时再出血率均相当高,且不良反应大(气囊滑脱有窒息的可能,存在医患纠纷的隐患),患者因为痛苦而难以接受(尤其是再次插管的患者);抑酸剂作为促进溃疡愈合的病因治疗已无可非议,但对要达到即时止血的目的却存在很大争议。不少学者认为,pH 值对止血作用的影响只是根据体外实验的结果,而机体内在的凝血机制十分复杂,根本不能等同于体外止血实验。尽管世界范围内对因溃疡病引起的 UGIB 都在

广泛应用抑酸剂治疗,但有学者认为,这种治疗并无任何科学基础,迄今为止,也还没有能够证明抑酸剂治疗确实能够止血的设计合理、随机对照组的临床试验资料。根据 Laplace 定律,目前认为,食管、胃底静脉曲张内压力升高是静脉破裂出血的最主要因素。有研究表明,经皮肝穿食管、胃底静脉曲张栓塞术可有效控制急性食管、胃底静脉曲张破裂出血;部分脾栓塞术可使脾动脉血流量减少,从而改善门静脉高压,减轻食管、胃底静脉曲张^[6],因此,降低门静脉和曲张静脉内压力是终止出血的重要措施^[7]。血管加压素是利用其减少门静脉血流量,降低门静脉及侧支循环的压力作用来控制食管、胃底静脉曲张破裂出血,是治疗本病应用最广泛、时间最长的药物,但因其对全身的血流动力学有较大影响,特别是心血管系统的不良反应较多(如并发心肌梗死、周围组织缺血以及头痛、高血压、液体潴留等),往往在使用的同时受到某些限制。目前临床上多同时采用 Groszmann 等^[8,9]提倡的给予血管扩张剂硝酸甘油方法,可逆转血管加压素的大部分不良反应,但仍不能杜绝,目前疗效并不十分满意。内窥镜下治疗(如行硬化剂注射等)虽有较好效果,但需在出血活动期操作,因操作者视野模糊而严重影响止血效果。奥曲肽是一种人工合成的八肽生长抑素,治疗本病的机制尚未十分明确,主要有两种推断:选择性地作用于血管平滑肌,减少内脏血流量,使门静脉血流量减少,门静脉压力下降;抑制胰高血糖素的分泌,后者能使血管对去甲肾上腺素、血管紧张素Ⅱ及血管加压素的敏感性降低,故生长抑素可间接阻断血管扩张,使内脏血管收缩,血流量下降,减少门静脉主干血流量约 25%~35%,降低门静脉压约 12.5%~16.7%,还可抑制胃泌素及胃酸的分泌,保护胃黏膜细胞,为目前治疗门静脉高压所致的食管、胃底静脉曲张破裂出血的主要药物;其治疗食管、胃底静脉曲张破裂出血的止血成功率为 70%~87%^[10],加倍使用后再出血率为 14.0%~18.8%^[11]。

生脉注射液由人参、麦冬、五味子制成;黄芪注射液是由黄芪为主制成的注射液,具有益气、养阴、固脱的功能,已广泛应用于各种休克的治疗,并取得了良好的疗效,但将其用于食管、胃底静脉曲张破裂出血的治疗则很少报道。我们认为,生脉注射液和黄芪注射液联用不但能益气、养阴、复脉而治疗休克,而且能益气、固脱、摄血而治疗大出血。肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血表现的气随血脱为其主要适应证。本研究结果显示,生脉注射液、黄芪注射液与

奥曲肽合用,具有较好的协同性,不但能提高肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血的止血成功率,而且能使出血的止血时间明显缩短,再出血率显著降低,从而降低出血的病死率。此外,我们临床观察发现,使用生脉注射液、黄芪注射液后,患者在临床症状方面(特别是体力恢复)亦较单纯使用奥曲肽明显改善。

在 UGIB 症状控制后常常有很多并发症:①氮质血症(出血后由于血液蛋白消化产物在肠道中吸收引起肠道性氮质血症);②发热(确切原因不明,可能由于血液分解产物吸收,血容量减少、贫血、体内蛋白质破坏、循环障碍等因素使体温调节中枢不稳所致);③对肝硬化肝功能的影响(在肝硬化门静脉高压患者大量出血后,再加上周围循环衰竭、贫血、缺氧、大量丢失蛋白质等,会使肝功能损害加重甚至发生肝功能衰竭、腹水和肝昏迷)。为减少上述并发症,我们采用中药煎剂灌肠治疗,中医认为胃肠为传化物之腑,以通降下行为顺,本病的并发症就是由于出血导致瘀血阻滞、气机不畅、营卫不调所致,治宜疏肝行气通腑、养血活血、祛瘀生新、调和营卫,方中柴胡、枳壳、厚朴、莱菔子、桂枝、大黄可疏肝解郁、行气逐瘀、调和营卫。UGIB 后,肠道的积血及积血分解产物引起氮质血症、发热、肝功能损害等并发症,中药灌肠能促进胃肠蠕动,利于清除肠道积血,从而减少其并发症。张艺平等^[12]认为,中药对体内多种药物具有保护作用;李玉梅等^[13]认为,中药能通过调节血管活性肠肽(VIP)水平来调节神经内分泌免疫网络(NEI),从而在高水平上维持机体内环境的稳定,保护脏器功能,甚至可以刺激内源性糖皮质激素的产生而起到治疗作用,而且所用药物还有保肝、利胆的作用,通过灌肠后经肠道间接吸收,又避免了 UGIB 时禁食造成给药不便的困难。可见中西医结合治疗可明显缩短病程,降低病死率,是治疗食管、胃底静脉曲张破裂出血的有效方法。

参考文献:

- [1] 杨玉秀,田建国. 门静脉高压症[M]. 北京:北京科学技术出版社, 1999:46-50.
- [2] 孙聪,姚颖,顾亚平. 奥曲肽和垂体后叶素联用酚妥拉明治疗食管胃底静脉曲张破裂出血对比研究[J]. 中华消化杂志, 1999, 19: 143-144.
- [3] 吴云林. 食管和胃静脉曲张出血的现代治疗[M]. 上海:上海科学技术文献出版社, 1996, 1-8.
- [4] 张福娥,译. 用胃复安使食管括约肌收缩来控制食管静脉曲张出血[J]. 国外医学·内科分册, 1991, 18: 275-276.
- [5] 周明华. 540 例急性上消化道出血的治疗体会[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12: 72.
- [6] 关伟,张秀军,刘增会. 门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的双介入治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17: 160.

- [7]徐克成,江石湖. 消化病现代治疗[M]. 上海:上海科技教育出版社,2001:451.
- [8]Groszmann R J. Pharmacological treatment of portal hypertension[J]. Digestion,1996,57 Suppl:103-106.
- [9]Bosch J, Groszmann R J, Garcia-pagan J C, et al. Association of transdermal hitroglycerin to vasopressin infusion in the treatment of variceal hemorrhage: a placebo-contrdled Clinical trial[J]. Hepatology,1989,10:962-968.
- [10]宋国培. 上消化道出血药物止血治疗的评价[J]. 中华消化杂志,

1995,15:1-3.

- [11]刘厚钰,许国铭,尹浩然,等. 门脉高压合并食管静脉曲张出血的专题笔谈[J]. 中华消化杂志,1997,17:41-46.
- [12]张艺平,韩鹏. 中药抗内毒素研究新进展[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8:122-124.
- [13]李玉梅,曾兆麟. 阳明腑实喘满证中血管活性肠肽改变与肺损害及修复的关系[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8:383-385.

(收稿日期:2006-02-21)

(本文编辑:李银平)

• 病例报告 •

亚低温联合生脉注射液成功救治重症热射病 1 例

梅慧奇,黄增峰,黄学仄,李有军,张守光,方 春,陈应状

(浙江省苍南县中医院急诊科,浙江 苍南 325800)

【关键词】 热射病,重症;生脉注射液;亚低温治疗

中图分类号:R242;R594.11 文献标识码:B 文章编号:1008-9691(2006)05-0300-01

用亚低温联合生脉注射液成功救治 1 例重症热射病(HS)患者,报告如下。

1 病历简介

患者男性,40 岁。2006 年 7 月 5 日 16:20,患者在室外高温环境下骑三轮车时突发意识不清、四肢抽搐、呼吸费力、牙关紧闭、全身发烫,但无口吐白沫、无二便失禁。10 min 后“120”急救医护人员到现场物理降温,16:40 入院。体温(T)>42℃、心率(P)140 次/min、呼吸(R)33 次/min、血压(BP)76/40 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),脉搏血氧饱和度(SpO₂)0.72;脱水貌,深昏迷,双瞳孔等大等圆直径 0.2 cm,对光反射迟钝;双肺呼吸音粗,可闻及少量湿性啰音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,肝脾肋下未及,四肢肌张力亢进,病理征未引出,皮肤黏膜弹性差。血尿素氮(BUN)15.3 mmol/L,肌酐(Cr)215 μmol/L;电解质:K⁺ 4.7 mmol/L, Na⁺ 127 mmol/L, Cl⁻ 86 mmol/L;肌酸激酶(CK)3 030 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)70 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)417 U/L; pH 7.37,动脉氧分压(PaO₂)48 mm Hg,动脉二氧化碳分压(PaCO₂)19.8 mm Hg,剩余碱-11.0 mmol/L;凝血酶原时间(PT)13.2 s,部分凝血活酶时间(APTT)30 s,纤维蛋白原(FIB)1.30 g/L。入院诊断:HS,低血容量性休

克,多器官功能障碍综合征(MODS)。

确诊后立即予以气管插管,呼吸机辅助呼吸,亚低温治疗:快速输液扩容,生脉注射液 100 ml 静脉滴注以复脉固脱、益气养阴等抗休克治疗,结合应用人工冬眠,保护脑肾功能及维持水、电解质酸碱平衡。17:25 将直肠温度降为 38.8℃,BP 95/45 mm Hg, R35 次/min, P 141 次/min, SpO₂ 0.86,深昏迷,继续扩容,多巴胺 2.22 μg·kg⁻¹·min⁻¹持续泵入升压药。20:00 直肠温度降为 34.0℃, P 120 次/min, R 30 次/min, BP 128/79 mm Hg, SpO₂ 0.90, 仍呈深昏迷,予以降颅压治疗。7 月 6 日头颅 CT 显示轻度脑积水;胸部 CT 显示双侧肺水肿及双侧胸腔少量积液;丙氨酸转氨酶 107 U/L,天冬氨酸转氨酶 584 U/L,总胆红素 30.30 μmol/L,直接胆红素 17.20 μmol/L, BUN 13.9 mmol/L, Cr 130 μmol/L, CK 6 987 U/L, CK-MB 475 U/L, LDH 1 015 U/L,提示患者多器官功能损害已累及脑、心、肺、肝、肾等脏器。继续维持亚低温、益气养阴、醒脑促醒、降颅内压、保护肝肾功能、营养心肌、抗感染等治疗,患者意识逐渐转清。7 月 8 日 08:25 意识完全清醒,认知、定向力、肢体活动恢复正常,7 月 18 日痊愈出院。随访 2 个月,患者未诉不适,现已从事体力活动。

2 讨论

由于高热本身对全身细胞的毒性作

用和继发全身炎症反应,HS 时常出现多器官功能失常甚至衰竭。快速降温和纠正休克是治疗本病的关键。

亚低温治疗,能够阻止高热对全身细胞的毒性作用,尤其对中枢神经系统的保护作用意义更加重要。休克发病的关键是阴阳之气不相顺接,进而正气耗脱、阴阳离绝,通过益气以化阴,补阴以生阳气,可使气机升降异常得到纠正,阴阳气血得以调顺^[1]。临床研究表明,生脉注射液具有升压、稳压,抗心律失常,增强心肌收缩力的作用^[2];能调节细胞因子含量^[3];明显改善微循环;减轻组织缺血缺氧;抗氧化;稳定细胞膜;保护细胞结构完整性和功能的作用;从而逆转和阻断休克发展,提高抢救成功率^[4]。本例患者采用亚低温联合生脉注射液的治疗方法取得了较好的治疗效果。

参考文献:

- [1]金妙文,周仲瑛,方泰惠,等. 抗厥通脉注射液治疗厥脱(休克)的机制研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8:326-330.
- [2]薛萍. 参麦注射液治疗休克 32 例临床疗效观察[J]. 中国中医急症,2000,9:65.
- [3]高潮,王润田,刘殿武. 参麦对烧伤小鼠巨噬细胞 TNF-α mRNA 表达的影响[J]. 中华烧伤杂志,2000,16:289.
- [4]黄增峰,黄学仄,梅慧奇,等. 联用参麦注射液和复方丹参注射液治疗休克的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2002,9:89-91.

(收稿日期:2006-09-12)

(本文编辑:李银平)

作者简介:梅慧奇(1977-),男(汉族),浙江苍南人,主治医师。