

临床经验交流

中西医结合治疗肝硬化并发食管胃底静脉曲张破裂大出血

山西省阳泉市第一人民医院内科
路寿山 潘之良

肝硬化并发食管胃底静脉曲张破裂大出血是内、外科常见急症之一。在上消化道出血中仅次于溃疡病而居第二位,约占25%,病死率很高,约占33~48%⁽¹⁾,其治疗较为困难。我科于1978年1月至1980年12月采用一般西医内科疗法加用冰冻牛奶、去甲基肾上腺素和云南白药治疗本病患者31例(简称治疗组),收到了较好的效果。与1975年1月至1977年12月仅用一般西医内科疗法治疗的32例患者(简称对照组)相比较,住院病死率有明显下降,现将观察结果报告如下。

一般资料:两组患者均有典型的肝硬化临床表现,45例经X线钡餐检查有食管静脉曲张,其中治疗组24例,对照组21例,出血量均在800ml以上。两组治疗前情况见表1。

表1 两组一般资料比较(例数)

	例数	性别		年 龄 >40岁	腹 水	Hb	SGPT	TTT	A/G	白蛋白	血胆红质
		男	女			<8g %	>200u	>10 u	倒置	<3.5g %	>2 mg%
治疗组	31	26	5	28	17	21	1	3	27	3	2
对照组	32	28	4	29	13	18	2	4	24	5	6

从以上看出两组在各方面均基本相近。

治疗方法:治疗组每日以牛奶1,000ml,分盛于500ml瓶中,再将瓶埋藏在有小冰块的盆内,冰冻1小时一般可达3°C,每500ml牛奶中加去甲基肾上腺素40mg和云南白药2g(1/2瓶)。每次口服100ml,每小时一次,口服后立即再埋入冰块中,睡眠时间停服。用三腔管填塞术者可在胃囊充气后,以云南白药1/4瓶用水少量调服,然后再行食管气囊充气,以助局部止血,其余分别加入冰冻牛奶内从胃管中定时注入。其他治疗措施同对照组。

对照组采用西医内科一般抢救措施,包括输液、输血、纠正休克和电解质紊乱,对羧基苯胺或止血定静脉点滴,个别病人应用垂体后叶素静滴,以及三腔

管压迫止血等。

治疗结果:两组患者的治疗结果见表2。

表2 两组的治疗结果

	例数	住院病死率(%)	死亡原因	
			出血性休克(%)	肝昏迷(%)
治疗组	31	4(12.9)	3(9.7)	1(3.2)
对照组	32	11(34.4)	6(18.8)	5(15.6)
P值		<0.01	>0.05	<0.01

两组对比,治疗组住院病死率较对照组明显下降,除出血性休克有所减少外,肝昏迷死亡的百分率亦有明显下降。

以治疗后血压、脉搏稳定,血红蛋白不继续下降作为止血指标。治疗组3天以内不再出血的有23例,即迅速止血率达74.2%;3~5天内大便潜血转阴。对照组3天内不再出血的仅有10例(31.3%);7~10天内大便潜血才转阴。

讨论:本文资料初步表明,采用冰冻牛奶、去甲基肾上腺素和云南白药等中西医结合治疗肝硬化并发食管胃底静脉曲张破裂大出血的疗效,较一般西医内科疗效优越。我们认为:1.冰冻牛奶可以起到冷却止血的作用,直接收缩血管,使血管裂口血液凝固;同时寒冷流质能促进胃肠道蠕动,去除积血,使肝昏迷发生机会减少;牛奶也是补充蛋白及热能的来源,且可防止腹水迅速形成。2.去甲基肾上腺素主要为 α 受体兴奋剂,口服可通过药物的直接作用,使胃粘膜血管收缩,减少食管及胃底静脉内血流而达到止血的目的(也可合并应用腹腔内注入生理盐水200ml加去甲基肾上腺素16mg,使内脏血管收缩,减少门脉血流量,从而降低门脉压)^(1~3)。3.云南白药具有较好的止血效果,是治疗内外出血及瘀血肿痛常用之药,对治疗肝硬化并发大出血,也能起到一定的止血作用。在应用本法过程中,未观察到明显的副作用。

本法使用方便,易为患者接受,且药源充足;如无牛奶,可考虑用奶粉、炼乳、麦乳精、豆浆或米汤代替。如无冰块,盛夏时用冰糕或深井水;严冬季节,可将瓶置于窗外或取天然冰或雪水埋藏。因而适用于广大城镇及农村,值得推广应用。但使用本法必需在一般西医内科抢救的各项措施的基础上进行,才能取得较好的疗效。此外,作为择期手术的临时抢救措施,亦颇合适,但需手术者,不宜贻误时机。

(本文承首都医院中医科副主任张育轩指导, 特致谢意)

参 考 文 献

1. 中华内科杂志编委会. 关于上消化道急性大出血的诊断和治疗问题(续). 中华内科杂志1979; 18(5):391.
2. Le Veen HH, et al. A proposed method to interrupt gastrointestinal bleeding, preliminary report, Ann Surg 1972; 175:259.
3. Gandhi GM. Intraperitoneal and intragastric norepinephrine instillation in massive gastrointestinal bleeding—clinical study. Am J Gastro ent 1976; 66:42.

活血 II 号临床一得

甘肃省新医药学研究所 裴正学

活血 II 号是北京地区协作组拟定的治疗冠心病专方, 由赤芍、川芎、红花、降香、丹参等药组成, 近年来笔者除用此方治冠心病、脑血管病变外, 尚治疗萎缩性胃炎、硬皮症, 亦取得满意效果。

一、萎缩性胃炎

张××, 男, 47岁, 干部, 1979年4月20日初诊。患者胃脘烧灼样疼痛二年, 痛向后背放散, 伴胸膈腹胀。先后在县医院、省人民医院住院治疗, 确诊萎缩性胃炎, 经西医治, 未见明显疗效。查体: 体温36°C, 脉搏70次/分, 血压120/70mmHg。患者发育中等, 营养欠佳, 颜面萎黄, 心界叩诊不大, 心尖区可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音, 上腹部有明显压痛, 肝脾未触及, 四肢未见异常。血红蛋白9.8g%, 红细胞360万, 白细胞11,000, 纤维胃镜检查符合萎缩性胃炎之诊断。中医辨证: 患者胃脘灼痛, 压之则痛增, 痛处固定不移, 舌质淡红有散在瘀斑, 苔黄腻, 脉弦, 证属气滞血瘀, 郁久化热, 方用活血 I 号加味。处方: 赤芍15g 川芎6g 红花3g 降香6g 丹参10g 草蔻3g 黄连3g, 此方服5剂, 胃痛大减, 食欲增加。前方去赤芍加白芍15g 甘草6g, 继服20剂, 诸症悉平。1982年6月, 因饮食不善, 前症又复发, 仍以活血 I 号加味治疗, 服药40余剂, 病情又复缓解, 1983年3月函访, 患者胃部除偶有小痛外, 再未象过去那样大发作过。1984年3月胃镜检查未见明显病变。

二、硬皮症

王×, 女, 52岁, 1980年5月20日初诊。患者于半年前, 始见颜面、前胸、背部皮肤发痒, 微痛, 继则局部厥冷, 皱纹消失, 皮面呈现蜡样光泽, 质地渐趋坚硬, 在某院诊断为弥漫性硬皮病, 先后施行紫外线照射, 奴夫卡因静脉封闭及激素疗法, 均未获效。查体: 体温36.8°C, 脉搏72次/分, 血压120/

75mmHg。患者发育中等, 营养欠佳, 颜面、前胸、背部及上肢背侧之皮肤呈苍白色, 皱纹消失, 有蜡样光泽, 以手触之有骨样硬感。两肺呼吸运动尚对称均匀, 呼吸音粗糙, 未闻及罗音。心界叩诊不大, 心尖区可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音。腹壁反射存在, 膝腱反射可引出。血红蛋白14g%, 红细胞480万, 白细胞6,600, 中性79%, 淋巴18%, 嗜酸2%, 单核1%, 血沉11mm/h。西医诊断: 硬皮病。中医辨证: 舌质红有点片状瘀斑, 脉弦。结合皮肤之变硬, 此证当属血瘀范畴, 法宜活血化瘀, 方用活血 I 号加味。处方: 赤芍10g 川芎6g 红花6g 降香10g 丹参20g 仙茅6g 淫羊藿6g 黄芪30g。此方服21剂, 皮肤颜色转红, 局部触感较软, 自觉病变部之异样感觉较前减轻。前方加桂枝10g令其长期服用, 1982年6月4日患者来诊, 谓服上药100余剂, 症状逐日减轻, 诊视颜面、前胸等处, 皮肤之色泽、质地、弹性与一般常人无明显区别。嘱以活血 I 号加味(药味剂量同前)散剂, 每日二次, 每次3g, 长期服用, 以善其后。1984年3月函约患者再诊, 皮肤恢复如常人。

重用丹皮组方治疗原发性血小板

减少性紫癜32例(摘要)

广西柳州地区医院 刘 淳

临床资料: 32例原发性血小板减少性紫癜中成人2例, 儿童30例(最小1岁半, 最大13岁, 余为5~10岁)。

治疗方法: 丹皮30g 生地15g 当归12g 赤芍、白芍、丹参、阿胶和鹿角胶各10g。丹皮用量: 3岁以下者12~15g(余药均用6g), 4~7岁用20g, 8~10岁用25g(余药按成人量酌减)。每日1剂, 分三次服, 4剂为一疗程。鼻衄加茅根20g 藕节5个 血余炭3g; 齿衄加生石膏30g 知母10g 血余炭3g; 眼结膜出血加山梔3g 女贞子10g 旱莲草10g 血余炭3g; 便血加槐花炭10g 地榆炭10g; 尿血加黄柏、知母、侧柏炭各10g 血余炭3g。

治疗结果: 26例有皮肤粘膜出血, 血小板在2~5万之间, 用药2~4天后出血停止, 8天后血小板升至7~9万, 12天后均达10万以上。3例血小板在1万以下, 曾用其它中西药无好转, 改用本方1疗程后出血减少, 2疗程血小板升至3~5万, 4疗程后达8~10万。还有3例经3~4疗程后血小板升至正常。本组病例均为血热型, 重用丹皮清热凉血, 佐以生地等活血化瘀药治疗, 因此血小板回升较快。