

临床应用逐水中药治疗 68 例失代偿肝硬化死亡病例的回顾与探讨

中国人民解放军第二军医大学第二附属医院 殷德延

肝硬化是一种影响全身的慢性疾病,肝功能失代偿者并发症多,病情沉重,预后很差。中医辨证属臌胀病,为四大难证之一。本文仅就 20 年来本院收治以中药治疗为主的 68 例死亡病例进行分析,并着重对应用逐水中药的利弊进行初步的回顾性分析,结合复习文献与我们的体会提出一些问题进行探讨,以供同道参考。

临床资料

一、一般情况

本组病人以男性为多,占 97%,中青年占 88.2%,因肝炎后或血吸虫病引起者共占 79.4%,有 97% 患者属门脉性肝硬化,绝大多数病人(占 98.5%)的病程在 2~15 年,肝功能代偿期仅有一般症状和化验异常。此次住院多因出血、大量腹水等原因引起病情急剧恶化,肝脏功能代偿衰竭。有 92.6% 的病例在入院后 60 天之内死亡。

二、主要症状和体征

本组病例肝大 10 例,脾大 66 例,腹水 44 例,水肿 30 例,呕血、黑便 36 例,腹壁静脉曲张 44 例,蜘蛛痣 50 例,肝掌 28 例,黄疸 12 例,肝昏迷 48 例,痔核 38 例,便秘 28 例,便溏 20 例,尿少 66 例,发热 8 例,消瘦 66 例,乏力 68 例,食道静脉曲张 40 例,其他出血 26 例。

三、实验室检查

以死亡前最后一次检查结果统计,白蛋白 <2.5 克% 48 例,2.6~3.5 克% 16 例,3.6~4.5 克% 4 例。球蛋白在 2.6~3.5 克% 14 例,

3.6~4.5 克% 49 例, >4.6 克% 5 例。白/球蛋白比例 <1 者 63 例, >1 者 2 例,等于 1 者 3 例。血钾 <2.5 毫当量/升 10 例, 2.6~3.5 毫当量/升 34 例, 3.6~4.5 毫当量/升 24 例。血钠 136~145 毫当量/升 18 例, 146~155 毫当量/升 40 例, >156 毫当量/升 10 例。血常规检查普遍低下,血小板 <10 万/立方毫米 56 例,血白细胞 <4000/立方毫米 58 例,血红蛋白 <10 克% 58 例。腹水 <3000 毫升 2 例, 3000~10000 毫升 28 例, >10000 毫升 14 例(均以超声波探测估计),多数为漏出液。

四、死亡原因

本组病例直接死亡原因计肝昏迷 48 例,衰竭 10 例,大出血 6 例,其他 4 例。

逐水药的利弊分析

本组病人在治疗过程中,都曾先后用过疏肝理气、活血化瘀、健脾化湿、扶正固本、逐水利尿等各种治法,现仅将应用逐水药治疗过程中的利弊情况进行回顾性的分析。

一、逐水药应用后改善症状的情况

本组有 62 例用过逐水药,最少的 3 剂,最多一例 2 个月内先后间断用过 38 剂。用药期间比单纯用利尿剂(无效或效果不明显者)每天增加排水量 300~500 毫升的 24 例,每天增加排水量 500~1000 毫升的 6 例,增加 1000 毫升以上的 2 例,增加排水量少于 300 毫升的 10 例,无效的 20 例。由于排水量增加,腹围逐步缩小,腹胀减轻的有 32 例。但停药后腹围又增加、症状又出现的亦属不少,其中停药 1 周恢复原状的 16 例,停药 10 天恢复原状的 8 例,

停药 10 天比原来腹围更大的 4 例。由于腹水排出, 腹围缩小、腹胀减轻和食欲增加的有 26 例, 气急减轻能平卧的有 30 例, 生活由不能自理的 12 例变为可自理的 8 例。下肢浮肿 16 例治疗后浮肿减轻的有 12 例。

二、逐水药应用不当出现的不良反应和化验异常

1. 电解质的紊乱: 特别是血钾的降低比较明显。本组血钾低于 3.5 毫当量/升的 44 例中, 36 例逐水前血钾均在 3.5 毫当量/升以上, 其中 26 例于应用逐水药(每天大便 3~5 次) 2 周后, 未有其他原因, 亦未用过西药利尿而血钾逐步下降(下降至 2.5~3.5 毫当量/升), 虽然大多同时给予补钾治疗, 可能由于逐水药阻止钾的吸收, 未能制止血钾的下降。特别是血钾在 2.5 毫当量/升以下的 10 例, 均是应用西药利尿药和中药逐水剂“双管齐下”后的结果。同时还均可见到有不同程度的乏力、恶心、腹胀气、手足发麻、肢体肌肉松软或小抽动等一系列缺钾性代谢性碱中毒的症状, 继而不久(2~4 天)先后发生肝昏迷。

2. 心率失常: 我们先后发现 2 例在应用逐水药后出现心律失常, 1 例为多发性室性早搏, 1 例心电图表现 ST 段压低、T 波倒置和 U 波增高。经静脉滴注氯化钾恢复正常。

3. 一般情况衰弱: 一是加重了低血浆白蛋白血症。本组血浆白蛋白低于 2.5 克的 48 例中, 应用逐水药后, 每天增加排水 300~1000 毫升, 由于增加肠蠕动、减少蛋白分解物吸收和肠道炎性分泌物的渗出等原因, 每天有一些蛋白损失, 再加上食欲降低, 摄入减少等原因, 加重了低血浆白蛋白血症。二是表现为日渐消瘦, 肌肉松软无力, 腹水减而复涨, 甚至更加明显。我们曾遇见一例, 原来体质较差, 但腹水极重, 行动不便, 不能进食, 采用逐水药后, 连续泻水样大便十余次而虚脱在厕所里, 经抢救后恢复。

4. 肝昏迷: 促进肝昏迷的因素是多方面的。经初步回顾, 本组发展为肝昏迷的 48 例中, 由于低血钾造成细胞内外氨分布的改变,

使游离氨进入细胞内和消化道大量出血的分解吸收等导致肝昏迷的 40 例(占 83.3%), 而其中可能与反复逐水或利尿有关的共 32 例(占 66.7%)。

5. 腹泻: 本组有 6 例病人原无腹泻症状, 在停用逐水药后还出现轻微腹痛, 大便一日 3~5 次, 大便不成形或稀薄, 间有粘液, 有的肛门有烧灼感, 大便常规及培养属一般肠炎。我们认为这是因为常用逐水药的成分(如大戟、留醇、甘遂留醇、牵牛子脂等)对肠粘膜有强烈刺激作用, 引起无菌性肠炎的结果。一般在停药一周内可恢复。有人认为逐水药所以引起排水作用, 就在于引起无菌性肠炎, 大量渗液排出的结果, 若果然如此, 我认为这种损伤性排水实无可取之地。

6. 呕血、黑粪: 这与逐水药的应用虽无直接原因, 但本组呕血、黑粪的 36 例中, 有 6 例是在应用逐水药治疗腹水时发生呕血、黑粪的。我们分析这可能由于逐水药有刺激胃肠的作用, 以致发生恶心、呕吐、腹内压突然升高, 或因为逐水药引起刺激性肠炎增加门脉压力的结果。根据部分病人服药后胃脘有烧灼感, 是否引起胃粘膜或曲张了的食道或胃底静脉壁的糜烂而发生出血, 有待进一步观察, 但病人服药后发生食欲下降、胃内不适、恶心及轻度腹痛者则比较多见, 这对预防消化道出血, 必须引起足够的重视。

7. 无效: 本组大量腹水病人有 18 例在应用西药利尿剂及其他治疗无效后, 再应用逐水药仍然无效。我们先用一般剂量(如黑白丑粉 1.5 至 3 克吞服, 或十枣丸或舟车丸 3 克吞服)无效, 对有的病人加大剂量(如黑白丑粉加至 10 克吞服, 十枣丸加至 9 克吞服)后, 病人仅出现腹痛排便之意, 而不能引起水泻达到逐水之目的。对其中有的病人我们根据本病“水瘀交结”的病机, 以活血化瘀药加上逐水药治疗后, 有 8 例出现大便增多, 排出不同量的水分, 其作用机制尚待进一步研究。

8. 其他: 我们在应用逐水药治疗中, 有 2 例发作腹部剧痛、黑粪和发烧等症状, 临床诊

断为门脉系统梗阻或血栓形成,另有1例逐水药用后排出水分不多,而发生大渴引饮的症状,是否为细胞内外液不正常转移的结果。

临床应用逐水药探讨

古今中医对本病的症状叙述、发病机制和辨证结论的认识基本一致,多认为臌胀病是久病肝气郁结、瘀血积聚、三焦不通、水湿停留而成。水瘀交结,故为难治之症,对本病的治法,各家意见纷纭,特别是对逐水药的应用更是意见不一。有主攻下逐水者,如《内经》“中满者泻之于内”,“下之则胀已”;张仲景立十枣汤荡涤三焦之水;张子和、李东垣和李时珍等认为黑白丑为祛水之良药;近代医家有认为“有故无殒”,凡属体质壮实,正气尚未大衰者,可用十枣汤等峻下水饮,亦有人认为虽历代对下法提出许多禁忌,但不可“因噎废食”等等。但亦有不少医者反对攻下或反对逐水太多,如《格致余论·臌胀论》认为逐水是“自求祸耳。”“医不察病起虚,急于作效……以求一时之快,不知宽得一日半日,其肿愈甚,病邪甚矣,其气伤矣。”故朱丹溪主张“塞因塞用”,大投参术之类以治之;《寓意草》告诫本病“实因脾胃之衰微所致,而泻脾之药,尚敢漫用乎?”主张用“培养”(培益元气)、“招纳”(升举阳气)、“解散”(开鬼门、洁净府)三法,说是“不言泻而泻在其中”;张景岳对逐水的看法是:“效诚速也,……不知随消随胀,不数日而腹胀必甚。”主张肺脾肾三脏兼治;《医镜》云:“臌胀起于脾虚气损,治之当以大补之剂培其根本,少加顺气以通气滞,有夹积者,佐以消导去其积。”故立以补为主,攻补兼治之法;近代医家有认为“中药峻攻剂有损脾肾功能,甚至有失血昏迷之险”,主张“寓攻于补”。综观上述,晋唐之前,治疗本病多主利;金元时期有主攻者,如张子和,有主补者,如朱丹溪;明清时代,不少学者则崇辨证论治,攻补兼施。从病机和标本看,历代医家大多主张本病为正虚邪盛之证,必须正确估计正邪的关系,认为逐水是治标,非永久之计,并有“无粮之师,不可速决”的看法。张

仲景立十枣汤以逐水,但又视黑白丑为“贼寇”,李东垣赞成黑白丑逐水,但又主张培补脾胃。

根据20多年治疗本病的实践,我们认为掌握病机,辨证论治,以补为主,以攻为辅,可能比较恰当。在治疗中,特别是应用逐水药治疗,应该非常慎重,应以扶正为主,攻补兼施,补中带攻;或中医扶正,西药利尿;或西药支持(特别是注意电解质平衡或一般支持),中药逐水等标本兼顾,中西医结合的治疗比较妥当。在以中医中药治疗中,在扶正为主的基础上加疏肝理气、活血化瘀等药,有时也取得疗效。在应用逐水药中,不能求之过急,不能剂量加之过甚。我们体会腹水越多、症状愈重的病人,逐水比较困难,而中度或轻度腹水的病人,逐水效果则较好。肝昏迷或消化道出血而有腹水的病人,治疗比较困难,由于中药剂型的关系,我们停用中药,虽曾用过(鼻饲)苏合香丸、安宫牛黄丸或肌注醒脑净(安宫牛黄丸针剂),均未能取得疗效。对呕血病人,因有所顾忌,虽有腹水,我们均未应用逐水药。因此对本病的治疗方法、逐水药的剂型改革及其有效成分的提取,以免直接刺激胃肠道粘膜,使在呕血或肝昏迷的病人也能应用,确是甚为重要。

治脚癣验方

王兴周

脚癣是由真菌引起的常见慢性传染性皮肤病,常见症状为趾缝间潮湿、发白、奇痒、喜搓,有时可见成群或分散的小水疱,搔搓后流出澄清的粘性液体,甚至血水,常引起趾间糜烂、发臭、裂口、脱皮不一等。我们以中药洗剂治疗脚癣50例,近期疗效颇佳,兹将方法介绍于下:

苍耳草(全草)31克,蛇床子15克,蜂房15克,苦参15克。趾间水疱或糜烂加白矾15克,黄柏15克。将以上诸药放入瓦罐或瓷器内,加水约1000毫升,煎至800毫升,滤出药渣,再加入约40℃之温开水4~5倍,于临睡前泡脚15~20分钟,每晚一次,连洗三次,诸症多可消失。症状未全消失者,2周后继续按上法治疗。