

临床报道

通腑泄热灌肠液治疗急性肾功能衰竭 49例疗效分析

江苏省东海县人民医院 徐德先 纵瑞森 唐文轩 钱 茂 唐刚元

我科以通腑泄热灌肠液治疗流行性出血热(以下简称出血热)所致急性肾功能衰竭49例,疗效较好,现分析如下。

临 床 资 料

一、诊断标准

本文病例均符合1983年全国出血热学术会议所制定的诊断标准,即出现少尿(尿量<400毫升/日)或无尿(尿量<100毫升/日);尿蛋白++以上,尿比重1.014以下,有氮质血症,血尿素氮/血肌酐<10:1。

二、一般情况

采用通腑泄热灌肠液治疗为主49例(下称治疗组),其中男性31例,女性18例。年龄18~67岁,21~40岁有34例(69.4%)。单纯西药方法治疗18例(下称对照组),其中男性13例,女性5例。年龄18~65岁,21~40岁有14例(77.8%)。治疗组平均入院病日为 5.5 ± 1.8 天(均值±标准差,下同),对照组为 5.7 ± 1.4 天。

三、入院病期及病情程度

两组患者均处于少尿期,治疗组发热、少尿两期重叠者4例(8.2%),低血压、少尿两期重叠者9例(18.4%),发热、低血压、少尿三期重叠者10例(20.4%);对照组分别为4例、2例、3例。按全国“三衰”工作会议制定的肾功能衰竭分级标准统计,治疗组轻度15例(30.6%)、中度16例(32.7%)、重度18例(36.7%);对照组分别为5例、7例、6例。

治 疗 方 法

对照组和治疗组的基础治疗相同,方案如下:(1)严格控制入水量,每日所需液量为显性失水加400~500毫升;(2)给予高糖、维生素、能量合剂、胰岛素,保证每日摄入800~1600卡热量,必要时输鲜血;(3)应用利尿合剂(普鲁卡因+氨茶碱)或高效利尿剂(速尿等);(4)纠正酸碱和电解质紊乱。

在上述基础治疗的前提下,两组还分别予以不同疗法。对照组使用西药导泻,取20%甘露醇125毫升,或其粉剂25克,加水适量溶化顿服,一日4次,严重病例加硫酸镁30克。治疗组采用通腑泄热灌肠液(即增液承气汤加味)为主治疗,其处方为:玄参30克,麦冬30克,鲜生地60~120克,鲜茅根250~500克,大黄15~30克(后下),元明粉12~15克(冲),车前子(包)30克,通草9克,知母12克,黄柏12克。腹满加枳实、厚朴;血尿加藕节、小蓟;尿膜(尿排出膜样组织)加蒲公英、瞿麦;血瘀加桃仁、丹皮;气壅加葶苈子、桑白皮;抽搐加羚羊角粉、钩藤;气虚加人参;神昏加安宫牛黄丸。轻者每次1剂,重者每次2剂,水煎至200毫升,保留灌肠,日2~4次,直至多尿期来临为止。

疗 效 观 察

一、疗效判定标准

治愈:临床症状消失,每日尿量>1000毫升,尿素氮<20毫克%,肌酐<2毫克%;好

转;临床症状好转,每日尿量 >1000 毫升,尿素氮、肌酐明显下降,但未恢复正常;无效:临床症状及尿素氮、肌酐无改善或有恶化者。

二、治疗结果

治疗组尿蛋白转阴为 5.7 ± 2.5 天,少尿时间为 3.5 ± 1.5 天,尿素氮、肌酐恢复正常为 8.6 ± 4.5 天;对照组分别为 8.9 ± 3.0 天、 6.1 ± 2.1 天、 11.8 ± 3.5 天。经统计学处理,两组三项指标均有显著性差异($P < 0.001$, $P < 0.001$, $P < 0.01$)。治疗组治愈41例,好转2例,死亡6例,总有效率为87.8%,病死率为12.2%;对照组治愈12例,好转2例,死亡4例,总有效率为77.8%,病死率为22.2%。以治疗组疗效为好。

治疗组死亡6例,死于严重感染3例,心衰肺水肿2例,中毒性心肌炎1例;对照组死亡4例,死于严重感染2例,心衰肺水肿、尿毒症各1例。

讨 论

出血热系属温病范畴,出血热肾功能衰竭属祖国医学“热毒”、“血瘀”、“水肿”、“癃闭”、“关格”等。出血热发展到少尿,为疫毒深伏,气滞血瘀,伤及肾阴,化源枯竭,尿无来源所致。现代医学认为可能是由于病毒感染或免疫病理反应引起肾脏循环障碍,致使肾小球滤过率和肾小管重吸收、排泄功能下降;随着血浆的大量外渗和低血压休克的发生,使肾小球滤过率进一步降低;DIC形成等因素促进急性肾功能衰竭的发生。临床证见体温高,出汗多,吐泻重,出血甚。阴液不足,又可导致邪热炽盛而更耗阴津。如此恶性循环,病情危殆。阴虚是形成出血热的重要病理机制,故治疗本病法当滋阴增液,泄热通便。

通腑泄热灌肠液为增液承气汤加味,为攻补兼施之剂,既有清源的一面,又有培本的一面,正如吴鞠通所谓“妙在寓泻于补”。

临床观察到,中药灌肠后约1~2小时开始排便,量少次多,初为黑色,后为淡黄色稀便,同时有尿排出。一般不致引起水、电解质

平衡失调,故无禁忌症、副作用和并发症。西药导泻剂于服后30分钟至1小时就开始排便,量多次少,主要为水样便,随后才解小便,易致水、电解质紊乱,且易产生“过泄伤阴”、“引邪入里”的副作用及二次休克、二次肾功能衰竭等并发症;由于剧烈腹泻还可导致或加剧消化道出血,故有消化道出血者不宜使用。

从中医角度来说六腑“以通为用”,“泻而不藏”,“动而不静”,“通”、“泻”、“动”是腑的生理特性。应用通腑泄热灌肠液后,由于祛除了腑气不通的病理,从而恢复了“通”、“泻”、“动”的功能,危象顿除。治疗组尿蛋白转阴时间比对照组短($P < 0.001$),少尿持续时间对照组较治疗组长($P < 0.001$),尿素氮、肌酐恢复正常时间治疗组比对照组快($P < 0.01$)。治疗组病死率为12.2%,对照组为22.2%,以通腑泄热灌肠液为主的治疗组疗效优于单纯西药治疗组。

治温病“泻不嫌早”。所以对本病来讲,凡口服或鼻饲困难者,当用一切西药利尿剂无效时,应及早应用中药灌肠,能获得良效。我们主张连续反复多次保留灌肠(每天2~4次)以弥补灌肠面积小的缺点。保留灌肠时间最好在1小时以上,以更好地发挥“透析”作用。

保留灌肠时,令病人左侧卧位,臀部抬高,药液温度要求 37°C 左右,肛管插入肛门约35~40厘米,每分钟80~90滴灌入,总量不超过200毫升。应避免药液温度忽高忽低,肛管插入太浅或药液灌入太快,影响疗效。对灌肠时腹痛,药液在肠内保留不理想者,在灌肠前半小时可肌注654-2 1支或在灌肠液中加入适量的普鲁卡因粉以确保疗效。

《开卷有益》征订启事

本刊内容丰富,栏目繁多,有医生讲坛、临床经验、医药顾问、营养与食疗等,最适合初中级医药卫生工作者及广大读者阅读。本刊为双月刊,定价0.42元,邮局代号6-68。编辑部代办邮购,每期另加0.03元。地址:天津市和平区新华南路庆云里21号。