

# 中药结肠透析疗法抢救重症出血热 急性肾功能衰竭21例的初步观察

南京市传染病医院 陈 波 陈仁慈\*

在流行性出血热的“少尿期”中，少尿或尿闭的时间愈长，导致肾功能衰竭的危险性愈大，并且也是急性心衰、肺水肿、组织水肿、高血容量综合征、广泛性血管内凝血(DIC)及微循环障碍、大出血等严重并发症的主要致死原因。此期在临床治疗中，矛盾多、难度大。我院自1979年以来采用中药汤剂进行结肠透析疗法，抢救重型和危重型出血热急性肾功能衰竭21例，取得满意效果，并设有对照组21例予以比较。现报告如下。

## 一、诊断标准

根据我省统一的分型分度诊断标准(江苏医药编辑室：流行性出血热的防治。1977年10月出版)，即具备流行病学条件，有发热、出血和肾脏损害的典型病例，其中须符合下列(4)(5)两项之一，再具有其他任何二项者，才列为本组观察病例。(1)体温 $>39^{\circ}\text{C}$ ，伴全身中毒症状严重，可出现神经精神症状如谵语、嗜睡等；(2)出血现象严重，可出现大片瘀斑或轻度腔道出血，如咯血、便血等；(3)收缩压 $<70$ 毫米汞柱，出现明显的休克；(4)严重的肾脏损害，尿蛋白(+++)以上，可见膜状物，肉眼血尿，日尿量 $<400$ 毫升或尿闭达48小时；(5)氮质血症显著，非蛋白氮(NPN) $>100$ 毫克%或血肌酐(Cr) $>12$ 毫克%。

## 二、治疗分组

收入本组的重型和危重型病例共42例。入院后于高热期及低血压期均一律使用扩充血容量、纠正酸中毒、抗感染、降温、补给维生素、防止出血等治疗；于急性肾功能衰竭期均一律严格控制出入量、降压、维持电解质及体

液平衡、适量使用蛋白质的同化激素，以促进蛋白质的合成，减少体内蛋白质的分解，降低氮质血症的进展等综合治疗。42例中，21例在给予以上综合治疗的同时，加用中药结肠透析疗法(称中药组)；余21例仅采用西药平衡盐液加抗感染、止血、降压、利尿、支持治疗等综合疗法(称对照组)。

## 三、中药结肠透析法

### 1. 中药结肠透析液的配制

遵照《伤寒论》中急下存阴的治法，采用加味桃仁承气汤组方(1剂量)：芒硝30克，枳实12克，鲜茅根120克，生山栀12克，桃仁泥12克，鲜生地120克，丹参30克，麦冬30克，车前子3克，通草9克，丹皮18克，滑石30克(包)，生大黄30克(后下)。水煎浓缩至1500毫升，过滤，密封，贮于冰箱中备用。

### 2. 结肠透析指征

(1)本组病例多数为高热、低血压双重出现，或高热、低血压、尿少三重出现，都有尿蛋白、管型、NPN升高等肾脏损害指征，经过扩容治疗，中心静脉压上升至12毫米汞柱以上，或脉搏加快，脉象洪大有力，心音增强清晰，血压升高达130毫米汞柱以上。

(2)血检NPN $>100$ 毫克%，或每日NPN递增量超过20毫克%以上。

(3)病人出现神经系统症状，如意识模糊、谵语、抓空、嗜睡、烦躁不安等。

(4)病人有胸闷、呼吸困难或呼吸急促、眼睑水肿、下肢有凹陷性浮肿、四肢或口唇发

紺、咳嗽或伴吐泡沫样血痰等症征,并有缺氧及肺水肿征象可疑者。

(5) 24小时尿量少于400毫升,尿蛋白(+++)以上,血中尿酸大于5毫克%,血肌酐大于3.5毫克%以上,同时伴恶心、呕吐、呃逆,有尿毒症可疑者。

具有(1)(2)(5)项中任一项,再加其他任一项者即可行中药结肠透析。总之,一切尿少及尿闭者不能用低血容量解释时,并伴肾功能损害者,不论有无其他合并症,均应尽早进行结肠透析为好,且结肠透析的指征不应与腹膜透析同样严格限制。

### 3. 结肠透析方法

取中药结肠透析液1500毫升,贮于灌肠器的瓷筒中,隔水加温至18~20℃,嘱患者取俯卧或右侧卧位,肛管涂滑润油后插入肛门,深达20厘米以上,将肛管另一端与灌肠器输出管套接,将瓷筒置于患者位1米以上高度,在20分钟内徐徐将药液灌入结肠,边灌边行腹部按摩,药液灌完后用大块棉絮按压肛门,保留灌肠30~60分钟,之后令患者排便(重症应插入便盆排便)。每隔4~6小时再重复灌肠一次,每日4~6次,连续4~5天,根据病情需要可适当延长疗程2日。

### 4. 注意事项

(1) 该结肠透析液为高渗溶液,因此,在通常情况下,灌入的液体量都小于排出的液体总量。

(2) 患者有黑粪等消化道出血时,无须列为禁忌症。因出血热患者有消化道出血时,多数属于食道、胃及空回肠段。结肠出血的发生率极低,况且结肠透析不但不会引起消化道出血,相反,本透析液还可以促进肠壁水肿的吸收,改善肠管血液循环,可促使消化道出血量减少和使出血停止。

(3) 灌肠的速度不要太快,以20~30分钟灌完一剂为好。过快使患者骤感腹胀,增加排便急感,不能达到保留和充分透析的目的。

(4) 透析液温度不要过低,以免引起结肠痉挛,使结肠瓣收缩,缩小透析面积,也不能高

于22℃,以免引起患者体温上升,不利于降温。

(5) 煎制透析液时,可以适当根据患者结肠容量的大小和对灌肠时的耐受情况,可将透析液浓缩至500毫升,但不能少于500毫升,以免药液过浓,产生对结肠的刺激。

### 四、治疗结果

中药组病例发热时间为138~158小时,平均为148小时;尿少时间为156~168小时,平均为162小时。对照组发热时间为158~178小时,平均为168小时;尿少时间为160~180小时,平均为170小时。中药组痊愈20例,死亡1例;对照组痊愈18例,死亡3例。中药组较对照组死亡率有所降低。

### 五、讨论

用加味桃仁承气汤制成的结肠透析液是以急下存阴为原则,方中芒硝、枳实、桃仁、大黄、滑石、车前子、通草泻火排毒、导滞去积、荡涤余腐,佐以鲜生地、丹参、鲜茅根、生山栀等养阴清营,用治危重病例,确能阻断急性肾衰的高血容量综合征,控制心衰、肺水肿、脑水肿、DIC、大出血等,还能降低血中胆色素含量,使心功能增强,血流加快,有利于肾衰的逆转。施行中药结肠透析的21例患者中,无一例出现肾衰二次反跳现象;而在对照组却出现一例肾衰逆转过程有反跳现象,即出现第二次肾衰,最后死于心衰、脑水肿及脑出血。

由于结肠长达1.5米,肠管内有无数的半月状结肠瓣和粘膜皱折,形成结肠袋,扩大了表面积。有人统计结肠粘膜面的表面积可达2.2米<sup>2</sup>,这样大的面积,约为肾小球滤过面积的1/4,相当于安静状态下开放的肾小球滤过面积的总和,而且结肠粘膜下层血管丰富,血流旺盛,是体液与外界进行物质交换的良好场所。中药结肠透析之所以取效,可能由于它有效地控制结肠内的交换动力方向和它的成分,改变人体内环境,使其成分和渗透状态适合治疗的目的,增强结肠固有的分泌作用。

中药结肠透析方法简单易行,安全可靠,适合基层医疗机构应用。