

应用生大黄预防肝炎后肝硬化上消化道 出血后并发症 14 例报告

贺江平* 汪承柏*

摘要 本文报道用生大黄预防肝炎后肝硬化上消化道出血后的并发症。仅 1 例在院外出血 14 天,入院后发生腹膜炎,其余 13 例均未发生任何并发症,14 例均存活。认为肠道积血是发生各种并发症的关键环节,并说明及时应用大黄是预防出血后各种并发症的有效措施。

主题词 肝硬化/并发症 胃肠出血/预防和控制 大黄/治疗作用

上消化道出血是肝炎后肝硬化常见的并发症之一,目前止血已不是棘手的问题。但出血后发生的各种严重并发症,特别是致死性并发症(如肝肾综合征等),尚无有效治疗措施。因此预防这些并发症,是改善病人预后的关键。我们用生大黄治疗,取得了较满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择:因肝炎后肝硬化上消化道出血(简称出血)入院或住院过程中发生出血的病人共 14 例。男性 11 例,女性 3 例。年龄 20~63(平均 42.87 ± 12.33) 岁。

1.2 治疗方法:采用常规止血法,其中 5 例及 2 例分别用三腔双囊管及胃镜下止血。此外,酌情使用六合氨基酸、脱氨药,有感染者使用抗生素等。在基本血止的基础上,加服生大黄 30g,开水浸泡放凉,取上清液用纱布过滤后口服或胃管内注入,以保证大便 3~4 次/日为宜,用至大便颜色转黄及潜血试验转阴为止。

1.3 观察项目:密切观察体温、脉搏、血压、尿量、神志、腹部症状及体征等变化;每日查大便常规及潜血,每日或隔日查周围血象、血电解

质、血氨、肌酐、尿素氮,必要时做血培养、腹水常规及培养。

1.4 并发症的判断标准:原发性腹膜炎:发热,有或无腹部症状、体征,腹水常规白细胞总数 $\geq 250/\text{mm}^3$,中性粒细胞 $\geq 25\%$ 及/或腹水培养阳性。

肝性脑病:出现肝性脑病的症状或体征,如神志改变、扑翼样震颤阳性,血氨升高,并按标准分亚临床型及临床型 I、II、III、IV 级。

脑水肿:头痛、视物模糊、球结膜水肿、血压升高等。

肝肾综合征:少尿或无尿,血肌酐及尿素氮明显升高。

2 结果分析

2.1 诊断:全部病人均有慢性肝炎、肝硬化病史(最长 1 例为 30 年)、症状及体征(6 例合并腹水)。根据各型肝炎病毒标记物,诊断为乙型肝炎后肝硬化 11 例,丙型肝炎后肝硬化 2 例,乙、丙重叠感染肝炎后肝硬化 1 例。出血次数:第 1 次者 6 例,第 2 次者 4 例,第 3 次者 3 例,第 5 次者 1 例。以呕血及/或黑便为主诉入院者 5 例,住院过程中发生出血者 9 例。

2.2 各种并发症发生情况:原发性腹膜炎 1 例,系呕血后持续黑便 14 天而入院,入院后第 6 天发生腹膜炎,经抗感染治疗痊愈。肝性脑病,出血后全部病人血氨均有不同程度的升高,为 50~122(平均 78.97 ± 32.50) mmol/L,其中 6 例用了脱氨药。无一例病人出现肝性脑病的症状或体征。脑水肿、肝肾综合征无一例发生。14 例病人全部存活。

3 讨论

我院曾总结 83 例肝硬化上消化道出血后各种并发症的总发生率为 100%。其中肝性脑病、原发性腹膜炎、肝肾综合征的发生率分别为

* 中国人民解放军第 302 医院,北京丰台区岳各庄(100039)

收稿日期:1996-03-11

28.9%、50.6%及26.5%。单纯并发肝性脑病及原发性腹膜炎的病死率分别为8.3%(2/24例)及0(0/25例);在原发性腹膜炎、失血性休克基础上发生肝肾综合征者分别为7及5例,全部死亡;同时发生原发性腹膜炎、失血性休克、肝肾综合征三种并发症的10例,全部死亡。由此看出,合并有肝肾综合征者共22例,病死率为100%。因此,预防肝炎后肝硬化上消化道出血后的并发症,特别是致死性并发症是改善这类病人预后的关键。

出血后肠道大量积血的分解,产生氨及有害物质吸收入血,由于这些有毒物质的刺激可导致脑血管和血脑屏障的改变,而引起血氨增高、脑血流量降低、低氧血症等均可损伤血脑屏障;同时为纠正出血后血容量不足或纠正氨中毒,在短时间内静脉输入大量液体而诱发脑水肿。肠道内有大量积血还可导致肠道内环境变化,使肠道细菌迅速繁殖。本院实验研究结果表明,出血后0~6小时为大肠杆菌繁殖静止期及适应期;6~12小时为繁殖活跃期,在此期内,大肠杆菌的繁殖速度及数量以几何级数增加;12~18小时为稳定期;18~24小时为衰亡期。因肝硬化病人常有腹水,肠壁渗透性增强,大量细菌透过肠壁进入腹腔,因此在出血后12~24小时是原发性腹膜炎发生的高发阶段。由于原发性腹膜炎可引起中毒性肠麻痹,后者可导致有效循环血量急剧减少,特别是肾脏的低灌注与缺氧,使肾小管发生变性坏死;用抗生素虽可控制细菌感染,但腹膜炎大多系革兰氏阴性细菌所致,而革兰氏阴性细菌产生的内毒素经门静脉入肝和大循环,因而发生内毒素血症,内毒素引起血管内皮损伤,使血小板聚集,花生四烯酸增加,大量合成TXB₂。TXB₂是强烈的血管收缩剂,又可使肾血管进一步收缩,从而形成恶性循环,最终导致肾功能衰竭。

由此看出,出血后肠道大量积血是发生各种并发症的关键环节,肠道积血实质为肠道瘀血。对于清除瘀血,历代医家已有记载,如唐宗海在《血证论》中推崇大黄“止血而不留瘀,尤为妙用”。《金匱要略》、《伤寒论》两本书中,记载了

用大黄的31个方剂,主要作用可归纳为攻下积滞、清热泻火、祛瘀止血。现代医学证明,大黄还有抗病原微生物、抗内毒素、抗炎、解热、利尿、治疗肾功衰竭、促进免疫等多方面的作用。但用于清除肠道瘀滞之血,预防肝炎后肝硬化上消化道出血后的并发症尚未见诸于文献报道。我们用生大黄清除肠道积血,有效预防了并发症的发生。在具体应用上应注意以下几点:

时间要早:肝性脑病、原发性腹膜炎多发生在出血后24小时内,而肝肾综合征多在这些合并症的基础上出现,发生时间在出血后的72小时以后。因此大黄的应用时间强调要早,在病人出血得到基本止住后立即开始应用,使大量的肠道积血尽快排除。

用量要足:首剂剂量为30g,如4小时后仍无大便,再追加30g,一直用至排便。本组一半以上病例,用药后12小时内均排便2~3次,最多的1例,排便6次,次日大便正常。

用药时间要长:用至大便颜色转黄及大便潜血试验转阴。

停药前加用乳果糖:由于大黄中含有相当量鞣质,能沉淀蛋白质,降低毛细血管通透性和改善脆性,并能减少体液渗出而呈现收敛作用,故在服用大量大黄导泻后,可产生便秘。因此,我们在停用大黄前1~2天,加用乳果糖口服,能有效地避免便秘的发生。

本组病例发生出血后,在采用常规止血措施基础上,加用生大黄口服。14例病人中,除1例系在院外断续出血14天后入院,发生了原发性腹膜炎外,13例病人仅有轻度血氨升高,均未发生其它并发症,从而明显地改善了病人的预后。由此说明,生大黄是预防出血后并发症的行之有效措施。

提供空心胶囊

、产品型号(胃溶)0#装量0.3g~0.5g;1#装量0.1g~0.3g;2#装量0.1g以下。

价格:135元/万粒(含邮资)。

需要者请汇款至浙江新昌越州制药有限公司 潘炎锋收,邮编:312560,电话:(0575)6060338,9086676。款到三日内发货,如有质量问题及数量不足厂方负责。请写清收货地址。