

• 病例讨论 •

原发性血小板减少、肝硬化、肝占位伴消化道出血案

严仲庆 张 菁 沈伟钢

浙江省绍兴第二医院中医病房,绍兴市延安路 141号,312000

【关键词】 原发性血小板减少症;肝硬化;肝占位伴消化道出血;中医治疗;验案

1 病历摘要

王某某,女,53岁。右上腹持续疼痛3年,加剧伴眩晕、恶心1天,于2006年3月5日入院。患者患有原发性血小板减少症30余年,16年前患乙型病毒性肝炎,10年前曾诊断为肝硬化,3年前因右上腹痛而住院,经B超、CT等检查发现肝占位性病变,肿块32mm×34mm,甲胎蛋白(AFP)阴性。胃镜示:食道及胃底静脉曲张伴慢性胃炎。3年来长期间断中药治疗,肝肿块缓慢增长。入院第2日排黑便2次。否认呼吸系统、心血管系统、内分泌系统、神经系统病变。否认中毒、外伤及手术病史。体格检查:体温36.2℃,脉搏80次/分,呼吸18次/分,血压110/80mmHg,神志清楚,发育正常,营养一般,面色苍白,躯干、四肢广泛皮下出血斑,无皮下结节,无浅表淋巴结肿大,巩膜无黄染。两肺呼吸音清晰,未闻及干、湿啰音。心界正常大小,心率80次/分,心律规则,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,肝肋下3cm,质中等硬,压痛明显。脾肋下2cm,质中等硬。肠鸣音稍亢进,移动性浊音弱(+)。双肾无叩击痛。双下肢无浮肿,神经系统未引出病理反射。实验室检查:血白细胞(WBC)2.00×10⁹/L,中性(N)0.635,红细胞(RBC)3.03×10¹²/L,血红蛋白(Hb)103g/L,血小板(PLT)23.00×10⁹/L。血生化:白蛋白39.2g/L,其余项目基本正常范围。大便隐血(++++) ,肿瘤标志物(-)。B超示:肝肿大,肝内见69mm×56mm大小肿块,肝左叶见数个低回声团块,7mm×10mm左右,门静脉内径14mm,脾肿大,166mm×56mm。腹水宽度28mm,核磁共振示:肝巨大占位、肝硬化。X线胸片无特殊改变。心电图正常。

患者入院后给予康莱特100ml静脉滴注,每日1次。瑞甘5g静脉滴注,每日2次。潘立苏40mg静脉滴注,每日1次。硫酸铝片1g,每日4次。第3日起禁食,

加支持治疗,并改潘立苏40mg静脉滴注,每日2次。加立止血1000U,静脉滴注,每日2次。止血敏2g止血芳酸0.4g加入5%葡萄糖注射液,静脉滴注,每日1次。3月9日起加凝血酶500U口服,每4小时服1次。去甲肾上腺素20mg加生理盐水250ml每4小时服1次,每次20ml至3月14日,出血仍未止,每日柏油样便2~4次,约200~300g左右。RBC2.64×10¹²/L,Hb84g/L,WBC1.00×10⁹/L,PLT10×10⁹/L。加用善宁0.4mg,24小时微泵维持。静脉输注红细胞悬液2次,共4U;血小板2次,共20U。3月24日本院消化内科会诊,停用潘立苏针,改用洛塞克40mg静脉滴注,每日2次。至3月29日出血仍未止,大便色黑,隐血(++++)~(++++)。患者面色苍白,精神萎靡,消瘦明显,右上腹痛牵引背部,心悸、气短、乏力、眩晕,失眠,甚或彻夜不寐。心率90次/分,呼吸22次/分,血压90/60mmHg,体温37.3℃。舌质淡、舌体胖有齿痕、苔薄白腻,脉沉细而无力。为探讨治疗方案,组织科内讨论。

2 病例讨论

张医师:该患者基础疾病较多,全身情况较差,而且出血长达20余天,应用止血药物,但效果均不理想。分析有如下原因:首先是患者可能患有胃炎或者伴有胃溃疡,甚至胃癌,但是由于患者拒绝胃镜检查而未能明确此诊断。其次是肝硬化导致的食道及胃底静脉曲张,门静脉系统压力增高,以及肝硬化、脾功能亢进引起的凝血功能障碍。第三是患者患有原发性血小板减少症,更加大了出血控制的难度。还有禁食导致的患者营养缺乏,在饥饿状态下胃的蠕动、收缩亦会加剧出血。根据患者的症状,结合脉象、舌象,辨证为心脾两虚,气不摄血,心神失养。处方以归脾汤加白及。

沈医师:对于患者的病情诊断及中医辨证治疗同意张医师的意见,目前该患者以出血为急,急则治其标,但归脾汤原方缺少具有直接止血作用的药物。生大黄粉对于多种原因如胃炎、胃溃疡、食道静脉曲张引起的出血效果很好,可酌情予以应用。

张医师:确实如沈医师所说,生大黄粉治疗多种消化道出血疗效较为确切,但中医治疗首要重辨证,辨别患者的寒、热、虚、实,我们以往使用生大黄粉大多是急性出血或短期出血,患者大多兼有胃热或内热或湿火。患者已经出血 20 余天,加之禁食,胃气及元气的损伤非常明显,当属虚证,因此不宜再加入苦寒的大黄。

沈医师:那么是否可以考虑加入灶心土或赤石脂,以温脾止血。

严医师:沈医师的思路很好,加用赤石脂就有了黄土汤的意思,只是黄土汤方内还有温热的附子和清热的黄芩,主治脾胃虚寒引起的出血,而本例虽是虚证,但尚未出现明显寒象,所以二者还是有所区别。我同意在原方中再加入赤石脂。另外,以粳米熬粥取汤,少量频服,与归脾汤交替服用,借用粳米的健脾益气,养胃生津,同时也能缓解胃的饥饿性收缩,减轻疼痛,减少

出血。

3 后记

依据讨论结果,停用善宁、立止血、止血敏、止血芳酸、凝血酶、去甲肾上腺素,改服中药,处方:党参 10g 炙黄芪 10g 茯苓 10g 当归 10g 炙甘草 6g 炙远志 5g 炒酸枣仁 12g 木香 6g 大枣 10 枚,生姜 10g 白术 10g 白及 12g 龙眼肉 15g 赤石脂 30g (包煎、先下),2 剂。每剂煎 2 次,共 120ml 每次服 20ml 每 2 小时服 1 次。并恢复流质饮食。服药后次日患者大便 1 次,仍为黑色。第 3 天大便 1 次,为棕色。继用原方 3 剂,遵前法。至第 4 天大便转黄色,隐血转阴,诸症均有改善。继续以原方加减共计服用 22 剂,大便始终保持每日 1 次,色黄,隐血 (-)。乃继续治疗原发病。

收稿日期:2008-07-29

编辑:洪涛

丹红联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变 28 例

葛峻岭 孟晓落 舒刚明

中国人民解放军总医院第一附属医院神经内科,北京市海淀区西八里庄,100037

糖尿病周围神经病变是糖尿病的代谢障碍导致的周围神经损害,临床上属于亚急性感觉运动麻痹综合征,是亚急性、非对称性、多灶性、多发性神经病的典型疾病。临床表现以对称性肢体疼痛、感觉减退、麻木为主要特征,严重者可致残,严重影响患者生活质量,积极治疗糖尿病周围神经病变对减少糖尿病致残、致死率有重要意义。

1 临床资料

2006 年 1 月~2006 年 12 月在我院住院糖尿病周围神经病变患者 56 例,均符合糖尿病 1999 年 WHO 制定的《2 型糖尿病诊断标准》,符合糖尿病周围神经病诊断依据:①确切的糖尿病诊断依据;②四肢持续疼痛或感觉障碍;③双侧拇趾震动觉异常;④双侧踝反射消失;⑤肌电图示正中神经、腓总神经传导速度减低。56 例随机分为 2 组,观察组 28 例,男 18 例,女 10 例;年龄 48~68 岁,平均年龄 (58.8±7.8) 岁;病程 3~16 年。对照组 28 例,男 16 例,女 12 例;年龄 46~70 岁,平均年龄 (57.9±8.2) 岁;病程 3~15 年。两组患者年龄、性别、病程、糖尿病类型、入院时血糖值比较差异无显著性 ($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

所有患者入院后给予糖尿病饮食及降糖药物治疗,血糖控制较好 (空腹血糖控制在 5.8~8.5mmol/L,餐后 2 小时血糖控制在 8~10.5mmol/L)。观察组:丹红注射液 30ml 加入 250ml 生理盐水静脉滴注,甲钴胺注射液 500μg 加入 100ml 生理盐水静脉滴注,疗程 4 周。对照组:甲钴胺注射液 500μg 加入 100ml 生理盐水静脉滴注,疗程 4 周。

3 治疗结果

3.1 疗效评价标准

肢体麻木、疼痛、无力明显减轻为显效;肢体麻木、疼痛、无

力稍好转为有效;症状无改善为无效。治疗后神经传导速度恢复正常为有效,否则为无效;症状好转为起效时间。

3.2 两组临床疗效比较

观察组 28 例,显效 14 例,有效 25 例,无效 3 例,总有效率为 89.29%;对照组 28 例,分别为 10 例、18 例、10 例、64.29%。两组比较,观察组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后神经传导速度变化比较

两组治疗后较治疗前均能改善神经传导速度,但仅观察组治疗前后比较差异有显著性 ($P<0.05$)。

3.4 两组起效时间比较

观察组治疗起效平均天数 (10.51±3.81) 天,对照组治疗起效平均天数 (14.23±4.61) 天,两组治疗起效时间比较,差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

糖尿病患者血管病变和代谢紊乱改变了血液成分及血流动力学特征,甲钴胺通过甲基转化反应促进神经内核酸、蛋白、脂肪的新陈代谢,修复被损害的神经组织,此外,还可提高蛋氨酸合成酶的活性,参与卵磷脂的合成,从而修复损伤的髓鞘,改善神经传导速度。丹红注射液主要药效成分为红花黄色素、丹参酮、丹参酚等,主要功用为活血化瘀、通脉舒络。目前研究显示,丹红注射液具有调脂、抗脂质氧化、抑制平滑肌增殖、保护内皮功能等作用。通过临床症状、体征及神经电生理的观察,观察组的效果明显优于对照组,甲钴胺联合丹红注射液是改善和治疗糖尿病周围神经病变较好的方法。

收稿日期:2008-04-15

编辑:黄健

通讯作者:葛峻岭, (010) 66848049