

病例讨论 ·

肝癌伴发出血、高热、低血糖案

陈 五 一 整理

(开封市中医院, 河南省开封市财政厅东街54号, 475001)

[关键词] 肝癌; 高热; 出血; 低血糖; 病案

1 病历摘要

高某某, 男, 56岁。主诉: 患慢性乙型肝炎20年。2008年7月22日因柏油样黑便1天, 于我院门诊B超检查肝区多发性占位病变、肝硬化收住院治疗。入院当天因空调室温过低, 导致恶寒发热、咳嗽, 体温 37.8°C , 第2日达 39°C , 排出暗红色稀便, 每日10余次, 量约250ml。入暮体温达 40°C , 伴阵发性大汗, 口大渴, 心悸而烦。入院后急查血常规: 白细胞 $4.6 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞0.8, 淋巴细胞0.2, 血红蛋白 100g/L , 血小板 $45 \times 10^9/\text{L}$ 。大便潜血: 强阳性。血生化: 总胆红素 27.9Hmol/L , 直接胆红素 17.5Hmol/L ; 总蛋白 61g/L , 白蛋白 32g/L , 球蛋白 36g/L ; 丙氨酸氨基转移酶 226U/L , 天冬氨酸氨基转移酶 270U/L , γ 谷氨酰转肽酶 170IU/L ; 血糖 3.5mmol/L ; 尿素氮 7mmol/L , 肌苷 130mol/L 。电解质(-)。HBV-DNA $4.1 \times 10^3\text{copy/ml}$ 。甲胎蛋白 900ng/ml 。心肺X线片检查(-)。心电图: 窦性心动过速。CT: 肝区多发性占位性病变, 最大 $2\text{cm} \times 2\text{cm}$, 肝中度萎缩, 余未见异常。体格检查: 体温 39.5°C , 呼吸24次/分, 心率120次/分, 血压 $100/60\text{mmHg}$ 。烦躁, 神清, 贫血貌。全身未见皮疹, 浅表淋巴结未触及。巩膜轻度黄染, 双肺呼吸音粗糙, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软无压痛, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音亢进, 肾区无叩击痛, 双下肢无水肿, 舌红苔薄少津, 脉虚大数。入院诊断: ①慢性乙型肝炎, 肝硬化期, 合并上消化道出血; ②原发性肝癌, 类癌综合征; ③肺部感染。为确定治疗方案, 开展病例讨论。

2 病例讨论

主治医师: 患者入院后因肺部感染经使用双黄连粉针清热解毒, 抗生素抗感染, 咳嗽缓解。因便血首先建议胃镜、三腔管止血, 患者拒绝。后使用肾上腺素、三七粉、冰盐水、凝血酶、奥美拉唑、奥曲肽、垂体后叶素止血, 并输新鲜血800ml, 现已3天, 未见活动性出血。

同时使用支链氨基酸防止肝性脑病、并配合肠外营养支持、维持电解质平衡治疗。针对发热, 先后使用物理降温、消炎痛栓, 氨基比林、柴胡注射液, 紫雪散, 发热仍不缓解。阵发性汗出, 心悸。每隔3小时静脉推注1次高渗糖, 饥饿感可缓解, 已有2天, 现请上级医师指导。

副主任医师: 该病诊断明确, 但发热, 低血糖未能控制, 现谈以下意见: ①该患者有慢性乙型肝炎病史, 近期又检查出肝硬化、肝区多发占位, 并伴甲胎球蛋白增高, 可确诊为原发性肝癌, 待病情稳定后再做针对性治疗。②患者使用抗病毒、抗感染药, 咳嗽已缓解, 但发热未止原因可能有二: 一是继发出血后吸收热, 二是肿瘤内毒素刺激发热中枢所致。使用皮质激素类药是治疗上述两种病因发热的常用方法, 因此可试用小剂量激素退热。③肝硬化后, 食管胃底静脉出血是常见并发症。该患者出血量估计约1000ml, 补充新鲜全血应占失血量的70%, 因此, 静脉输注800ml鲜血已够。因汗多、禁食禁水, 体外补液应达3000ml以上, 同时还应注意电解质及肠外营养的平衡。因血栓在酸性环境中不易凝集, 故抑制胃酸药应在血止1周后停用。④肝癌会引起胰腺过度释放胰岛素造成低血糖类癌综合征, 可使用胰高血糖素提高血糖, 又能治疗肝损伤。同时皮质激素也可促进肝糖原分解, 提高血糖。

患者的高热出现在外感和出血之时, 因此首先要分清内伤外感的发热类型。患者大热、大汗、大渴、大烦, 貌似白虎加人参汤证。但仔细分析其为阵发性大汗出, 同时有心悸而烦, 饥饿感, 脉虚大重按无力, 与“阳明病胃家实”的病机迥异。两者大热可相同, 但兼症不同。该患者大汗非热迫所致, 而是气不摄津之脱汗; 大渴非热伤津液, 而是血脱津亏引水自救; 大烦非实热扰心, 而是血虚不能养神。因此采用甘温除热法, 以当归补血汤加减: 生黄芪60g, 当归12g, 人参12g, 防风12g, 白术12g, 三七粉6g, 甘草6g, 2剂, 水煎服。目前患者已使用地塞米松, 每日5mg, 服用中药2天, 仍高

抵抗^[7]。促进胃肠运动的 MOT 和抑制胃肠运动 CCK、SS 分泌和功能紊乱,导致了抑制胃肠运动的功能占主导地位,出现了糖尿病胃排空和小肠传输功能的障碍。因此, MOT、CCK 和 SS 三者分泌和功能异常与糖尿病胃肠功能障碍密切相关。

糖尿病属中医学“消渴”范畴,阴虚燥热血瘀是消渴的主要病理基础,贯穿本病的始终。糖尿病胃肠功能障碍根据其临床表现属于“胃胀”、“痞满”、“呕吐”范畴,其病机亦不外乎病程日久,阴虚燥热血瘀更甚,阴津亏虚,不能输精于五脏六腑,滋润皮、肉、筋、骨、脉,致使胃肠肌肉失养而变薄,影响其受纳、推动、腐熟之功,出现早饱、纳差、腹胀、恶心、呕吐等症状。即阴亏燥热血瘀是本病的主要病机,故我们提出了凉润通络法,润而不滋腻,凉而不伤阴,通络而不破血。方中选用生地黄、百合甘寒生津,伍白芍、木瓜酸甘化阴,合用则补益阴血,滋润胃体;生石膏为外感热入阳明胃经之药,清透肺胃,疗效颇佳;白芍与川芎相配,辛柔和血,通行脉络;蒲黄、五灵脂合用,《名医方论》谓其有“推陈致新”之功。此类药物持续服用,可使瘀血暗消于无形,而无破血伤正之弊;延胡索为气中血药,使气运血行;瓜蒌、枳实开痞散结、通降胃气;《冯氏锦囊秘录》有“滋水者滋土”之谈,故方中重用二至丸。诸药合用,凉润通络,胃热得清,胃燥得润,胃络得通,胃体得养,使得胃肠受纳、腐熟、推动、消化功能恢复。前期临床观察证实,凉润通络方能够调节糖尿病胃轻瘫患者的胃泌素水平,改善胃电参数和节律,促进胃排空^[8]。灌服凉润通络方后,凉润通络组能够改善糖尿病大鼠的胃肠功能,阻止体重的下降,凉润通络组大鼠血浆中 MOT、CCK 含量明显下降,血浆 SS 含量增加。而西沙必利组仅见12周时血浆中 MOT、CCK 含量下降。凉润通络方治疗前后血糖无明显差异,说明其改善糖尿病胃肠功能障碍的机制并非来自药物的降糖作用。凉润通络方为复方制剂,同步影响血液、胃窦、十二指肠中多种胃

肠激素的分泌和释放,作用靶点较宽,这也是中药优于西药之处。对于不同阶段的糖尿病大鼠,凉润通络方的治疗效果也不同。预防阶段和早期治疗阶段治疗效果显著,各项指标有所恢复,24周时治疗效果欠佳,各项指标恢复差。提示早期应用中药治疗可改善糖尿病胃肠功能,减轻胃肠功能的紊乱。通过影响胃肠激素来调节胃肠机能,是其改善糖尿病胃肠功能障碍的主要机理之一,其具体机制有待进一步研究。

参考文献

- [1]汪谦. 现代医学实验方法[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997:926-928.
- [2]Konturek JW, Thor P, Maczka M, et al. Role of cholecystokinin in the control of gastric emptying and secretory response to a fatty meal in normal subjects and duodenal ulcer patients[J]. Scand J Gastroenterol, 1994, 29(7):583-590.
- [3]Liddle RA, Gertz BJ, Kanayama S, et al. Effects of a novel cholecystokinin(CCK) receptor antagonist, MK-329, on gallbladder contraction and gastric emptying in humans. Implications for the physiology of CCK[J]. J Clin Invest, 1989, 84(4):1220-1225.
- [4]Bucceri AM, Calogero AE, Brogna A. Gallbladder and gastric emptying: relationship to cholecystokininemia in diabetics [J]. Eur J Intern Med, 2002, 13(2):123-128.
- [5]谭余庆,霍海如,周爱香,等. 桂枝汤对胃肠运动双向调节作用的实验研究Ⅳ. 对生长抑素含量的影响[J]. 中药药理与临床, 1998, 14(3):1-3.
- [6]罗金艳. 胃排空功能的研究[J]. 中华内科杂志, 1991, 30(6):340-342.
- [7]Frazee LA, Mauro LS. Erythromycin in the treatment of diabetic gastroparesis[J]. Am J Ther, 1994, 1(4):287-295.
- [8]戎士玲,李佃贵,范红梅,等. 凉润通络中药对糖尿病胃轻瘫患者血清胃泌素及体表胃电图的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(11):976-978.

(收稿日期:2008-08-28;修回日期:2008-11-25)

[编辑:叶晨]

(上接第821页)

热、汗出,故请主任医师指导治疗。

主任医师:该患者肝癌未见转移,因此肿瘤致热可能性不大。应为出血引起的体温调节中枢紊乱所致的高热。甘温除热原则正确。中医认为,“气为血之帅,血为气之母”;“有形之血不可速生,无形之气所当急固”。大热为失血所致,大汗、心悸而烦为血脱而生,故急当益气固脱。方用独参汤以济其急。处方:高丽参45g,浓煎,频灌服。

3 后记

按主任医师意见服独参汤1个小时后,热渐退,汗止,连服3日病危解除,停用独参汤。停药后继有38℃以下低热,主任医师考虑患者舌红苔少,又值三伏酷暑,以王孟英清暑益气汤为法,处方:西洋参18g,麦冬15g,五味子6g,丝瓜络10g,荷叶1张,西瓜翠衣60g,煎药代茶饮,1周后热退净,血糖恢复正常而出院。

(收稿日期:2008-11-06)

[编辑:洪涛]