

中西医结合治疗肝硬化腹水并自发性腹膜炎临床探讨

姬宪立, 姬瑞英

作者单位: 461500 河南, 长葛市人民医院感染科

作者简介: 姬宪立(1967-), 男, 本科, 学士, 副主任医师, 研究方向: 中西医肝病治疗。E-mail: 471383931@qq.com。

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗肝硬化腹水并自发性腹膜炎(SBP)的临床疗效。**方法** 选择 62 例肝硬化患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 31 例采用中西医结合治疗, 对照组仅用基础治疗。**结果** 治疗组 Tbil、TBA、ALT 降低明显低于对照组 ($P < 0.01$), PTA 上升明显高于对照组 ($P < 0.01$)。感染指标恢复明显高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗组总有效率 70.9%, 明显高于对照组的 32.2% ($P < 0.01$)。**结论** 中西医结合治疗肝硬化腹水并自发性腹膜炎疗效显著。

【关键词】 中西医结合; 肝硬化腹水; 自发性腹膜炎

【中图分类号】 R 575.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)03-0276-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.023

Clinical study of integrated traditional chinese and western medicine in the treatment of hepato-cirrhosis ascites with spontaneous bacterial peritonitis(SBP) JI Xian-li, JI Rui-ying. The People's Hospital of Chang Ge, Henan 461500, China

【Abstract】 Objective To Study clinical effect of integrated traditional chinese and western medicine in treating hepato-cirrhosis ascites with spontaneous bacterial peritonitis(SBP). **Methods** Sixty-two patients with hepato-cirrhosis ascites with spontaneous bacterial peritonitis were randomly divided into treatment group ($n=31$) and control group ($n=31$). There were not significant difference between treatment group and control group in the child-pugh ABC patients. On the basis of comprehensive cure, the treatment group was given integrated traditional chinese and western medicine once day. The control group was only given the comprehensive cure. **Results** The serum level of TBil TBA and ALT were more lower in the treatment group than that in the control group ($P < 0.01$) after treatment. After treatment, PTA was increased in the treatment group than that in the control group ($P < 0.01$). Infection index was more lower in the treatment group than that in the control group ($P < 0.01$). The total efficacy rate was 70.9% in the treatment group and 32.2% in the control group. There were significant difference between two groups ($P < 0.01$). **Conclusion** It is significant effective using integrated traditional chinese and western medicine treatment to patients with hepato-cirrhosis ascites with spontaneous bacterial peritonitis(SBP).

【Key words】 Integrated traditional chinese and western medicine; Hepato-cirrhosis ascites; Spontaneous bacterial peritonitis

肝硬化腹水并自发性腹膜炎(SBP)临床死亡率极高(50%~78%)^[1],预后极差,目前常规基础治疗效果不能令人满意。因此,急需开展深入的临床研究。现将近两年来本人在该方面的临床研究情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2006-03~2008-03,我科收治的各类肝硬化腹水并自发性腹膜炎患者共 62 例,其中男 41 例,女 21 例,年龄 17~88 岁,平均 48.5 岁;乙肝后肝硬化腹水并自发性腹膜炎 52 例,酒精性肝硬化并自发性腹膜炎 2 例,丙肝后

肝硬化并自发性腹膜炎 7 例,隐源性肝硬化腹水并自发性腹膜炎 1 例。62 例中有 7 例临床最终确诊为肝硬化腹水并原发性肝癌;9 例在肝硬化腹水并自发性腹膜炎的基础上进展为慢型重型肝炎。

1.2 诊断标准 根据 1988 年我国腹水会议制订的肝硬化并腹水自发性 SBP 的诊断参考标准:(1) 出现发热、腹痛及腹部反跳等腹膜刺激征。(2) 凡腹水 WBC $>0.5 \times 10^9/L$, PMN >0.5 ,腹水培养有效致病菌生长或涂片阳性者,可确诊为 SBP。(3) 凡腹水 WBC $>0.3 \times 10^9/L$, PMN >0.5 ,结合

临床表现可诊断为 SBP。(4) 凡腹水 WBC $>0.3\times 10^9/L$, PMN >0.25 ,即使无临床表现也应视为菌性腹水症,应高度怀疑 SBP 并按 SBP 治疗。(5) 如腹水检查不能达到上述标准,下列试验阳性者也可诊断为 SBP:①腹水 pH <7.3 或血清腹水梯度 >0.10 (腹水 pH 测定必须在抽出腹水后迅速完成,超过 30 min 则腹水中 CO₂ 增多,pH 下降);②腹水中乳酸盐 $>0.63\text{ mmol/L}$ 时(恶性腹水乳酸盐也可呈高水平,酸中毒时腹水乳酸盐也可升高)应注意鉴别;③腹水鲎试验(测内毒素)阳性。④腹水腺苷脱氨(ADA) $>6\text{ ku/L}$ (恶性腹水时 ADA 也可升高,结核性腹膜炎时 ADA 达更高水平,应除外)。

1.3 治疗方法 经确诊为 SBP 者,随机分为治疗组和对照组各 31 例,治疗组与对照组性别、年龄、病情等方面均无显著差异,具有可比性。对照组基础治疗用门冬氨酸钾镁,复方甘草酸苷,促肝细胞生长素,维生素 K1,维生素 C,新鲜血浆,人血白蛋白,免疫调节剂,胸腺肽,IL-2,超抗原金葡素;对革兰氏阴性菌及革兰氏阳性菌的抗生素药物,选择 2~3 种联合应用,清除内毒素乳果糖微生态剂,地衣芽孢杆菌(整肠生)。利尿剂及放腹水方法随机选用。乙肝病毒所致肝硬化腹水并自发性腹膜炎优先选用核苷类似物,拉米夫

定联合阿德福韦脂常规应用。治疗组在上述应用的基础上分别选用清开灵针、茵栀黄针、痰热清针、生脉注射液、黄芪注射液、人参针、复方丹参针、脉络宁针等。中药饮剂:大黄 20 g,板蓝根 30 g,苦参 20 g,赤芍 20 g,肉桂 15 g,赤石脂 15 g,加水煎至 100 ml 备用,用法将上述中药饮剂 100 ml 再加乳果糖 30 g,整肠生 0.6g 混合保留灌肠,一天 1 次,4 周为一个疗程。

1.4 疗效评价 治疗前后检测血生化全套、凝血酶原时间、活动度、血常规、C 反应蛋白、腹水常规生化、腹水细菌培养、腹部 B 超、腹水鲎试验、血液细菌培养,并根据自觉症状进行综合评价。显效:症状消失,肝功能恢复正常,腹水细菌培养阴性,腹水常规生化恢复正常,血液细菌培养阴性,内毒素鲎试验阴性。有效:临床症状体征、血生化全套、C 反应蛋白、腹水常规生化、腹水内毒素鲎试验、腹水细菌培养、血液细菌培养,有一项或若干项好转。无效:上述诸检查无好转者。

1.5 统计学处理 计量资料数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,显著性检验采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组生化常规与感染指标的比较 见表 1~2。

表 1 两组治疗前后肝功能及 PTA 的改变($\bar{x}\pm s$)

组 别		TBIL(mmol/L)	TBA(mmol/L)	ALT(U/L)	PTA(U/L)
治疗组 (n=31)	治疗前	136.56 $\pm$ 23.14	178.43 $\pm$ 97.58	365.26 $\pm$ 145.92	30.68 $\pm$ 9.53
	治疗后	77.36 $\pm$ 46.00 [△]	45.87 $\pm$ 23.61 [●]	47.16 $\pm$ 26.65 [△]	61.52 $\pm$ 14.13 [△]
对照组 (n=31)	治疗前	129.0 $\pm$ 13.54	183.85 $\pm$ 101.39	329.15 $\pm$ 162.43	28.96 $\pm$ 8.40
	治疗后	87.83 $\pm$ 10.21 [△]	117.46 $\pm$ 64.59 [△]	69.72 $\pm$ 31.53 [△]	41.59 $\pm$ 16.94 [△]

注:组内治疗前后比较[△] $P>0.05$,[△] $P<0.05$,^{*} $P<0.01$;两组治疗前后比较,[△] $P<0.05$,[●] $P<0.01$

表 2 两组治疗前后感染指标的比较($\bar{x}\pm s$)

组 别		腹水 WBC	PMN	pH	ADA(ku)	鲎试验(+)	细菌培养(+)	C 反应蛋白	血液细胞培养(+)
治疗组 (n=31)	治疗前	0.8 $\pm$ 0.04	0.5 $\pm$ 0.01	6.91 $\pm$ 0.2	8.0 $\pm$ 0.5	7	14	37.2 $\pm$ 5.2	5
	治疗后	0.2 $\pm$ 0.05 [*]	0.25 $\pm$ 0.02 [*]	7.35 $\pm$ 0.03 [*]	5.0 $\pm$ 0.35 [*]	3 [*]	2 [*]	8.2 $\pm$ 1.1 [*]	1 [*]
对照组 (n=31)	治疗前	0.7 $\pm$ 0.05	0.6 $\pm$ 0.02	6.82 $\pm$ 0.11	8.5 $\pm$ 0.4	8	12	37.4 $\pm$ 4.9	6
	治疗后	0.3 $\pm$ 0.01 [△]	0.34 $\pm$ 0.91 [△]	7.10 $\pm$ 0.15 [△]	6.7 $\pm$ 0.2 [△]	5 [△]	4 [△]	18.2 $\pm$ 1.3 [△]	4 [△]

注:组内治疗前后比较[△] $P>0.05$,[△] $P<0.05$,^{*} $P<0.01$;两组治疗前后比较, $P<0.05$

2.2 两组有效率比较 治疗组显效 8 例,有效 14 例,总有效率 70.9%;对照组显效 4 例,有效 6 例,总有效率 32.2%,两组对照差异有统计学意义($\chi^2=9.3$, $P<0.01$)。

2.3 两组不良反应比较 治疗组与对照组中发生与白介素相关不良反应发热 5 例,消化道反应 6 例,静脉炎 2 例,清开灵引起发热 2 例,黄芪引起烦躁 3 例,复方丹参针引起皮疹 1 例,痰热清引起过敏 1 例。

3 讨论

中医认为肝硬化腹水并自发性腹膜炎属腹胀、黄疸、水肿导致的邪毒气营范畴。传统认为机体是由于邪毒引起而致本虚标实,虚实夹杂而致气滞水停,血瘀邪毒停滞于气血之中。内经云:“正气存内,邪不可干”、“邪之所凑,其气必虚”。此病机制是正虚是本,而邪毒气滞水停血瘀是标,以往治则长期停留在培补正气,滋补肝肾,兼顾祛邪,急则治其标,缓则治其本上,临床效果不能令人满意。而笔者却认为,

肝硬化腹水并自发性腹膜炎尤其是乙肝后或丙肝后肝硬化腹水并自发性腹膜炎是由于邪毒所致,邪毒是病因是本,是始动因素,而所致气滞水停血瘀痰阻正虚则是不同的病理环节是标。我国有 80% 的肝硬化是属于乙肝病毒感染,对乙肝病毒所致的肝脏硬化,不管是代偿还是失代偿,首选抗病毒核苷酸类药物,肝硬化失代偿死亡率明显下降^[2]就说明了这个道理。因此在中药组方中,以解毒药物为主,选用板蓝根具有杀灭乙肝病毒作用^[3];苦参所含有的苦参素、苦参碱等成份,有杀灭乙肝病毒,升高白细胞,提高免疫力的作用^[3];大黄有泻下攻积,凉血泻火,活血化瘀,解毒作用,现代药理研究认为,大黄有效成份能够杀菌抑菌抗内毒素,并有保肝利胆,改善微循环,调节免疫力的作用^[3];赤芍具有清热凉血,散瘀止痛的功效,现代药理研究认为有抗血栓,抗血小板聚积,抗凝血,改善血液流变,降低血液粘稠度,改善微循环,抗炎保肝,抗病原微生物作用^[3];赤石脂具有收敛止泻作用,

现代药理研究主要含蒙脱石,蒙脱石有分子筛作用,它能均匀地覆盖在肠腔表面,可吸收多种病原内毒素,避免肠细胞被病原体损伤^[4];肉桂具有回阳救逆,温里止痛作用,现代药理研究认为,肉桂有效成份能够激发机体的各种机能,上调免疫力,促进机体的新陈代谢,促进细胞的活化功能^[3]。而应用中药现代制剂清开灵、茵栀黄、痰热清、生脉注射液、黄芪注射液、人参针、复方丹参针、脉络宁针等,则兼顾到各个病机环节的治疗。现代医学认为,肝硬化腹水并自发性腹膜炎的发生机制主要与以下因素有关:(1)致病因素和机体的防御能力失调;(2)肠源性感染包括肠道菌群微生态平衡紊乱、肠粘膜屏障的损害和免疫功能受抑;(3)肠道内毒素移位症^[5];(4)肠道微生态失调程度与肝病的严重程度^[6]。基于上述理论,在肝硬化腹水并自发性腹膜炎治疗上采取了提高机体免疫力、杀菌、抗内毒素和调节免疫四个方面,这一新观念理论与中医的“扶正驱邪”理论有异曲同工之处,均强调从

人体整体出发诊治疾病,使临床治疗效果有明显提高。

参考文献

- 1 梁广寰. 肝脏病理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:417.
- 2 魏 来. 2007年美国肝病协会慢性乙型肝炎临床指南更新介绍[J]. 中华肝脏病杂志,2007,(2):158-159.
- 3 沈映君. 中药药理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:226,247,329,499,641.
- 4 陈新谦,金有豫,汤 光,等. 新编药理学[M]. 第16版. 北京:人民卫生出版社,2007:501.
- 5 黎 鳌. 烧伤治疗学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,1995:232-234.
- 6 李兰娟. 感染微生物学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:362-363.

[收稿日期 2008-12-30][本文编辑 韦捍德 刘京虹]

经验交流

误诊为脑膜瘤的多发性骨髓瘤 2 例并文献复习

潘荣南, 陈 民, 吴雪松, 李 文

作者单位:537000 广西,玉林市第一人民医院神经外科

作者简介:潘荣南(1964-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,从事神经外科专业,研究方向:颅脑损伤及脑肿瘤的治疗。E-mail: panrongnan@163.com。

[关键词] 误诊; 多发性骨髓瘤

[中图分类号] R 733.3 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)03-0278-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.024

多发性骨髓瘤(multiple myeloma, MM)是浆细胞异常增生的恶性肿瘤,又称骨髓瘤,浆细胞骨髓瘤或 kabler 病。起病隐匿,临床表现复杂多样,非特异,容易误诊。我们 2004~2006 收诊 2 例误诊为脑膜瘤的多发性骨髓瘤,结合文献报告讨论如下:

1 病例介绍

病例 1,女,50 岁,因发现枕部肿块 1 个月余入院。无头痛,无恶心、呕吐,无抽搐。查体:神清,表情自然,检查合作,枕部隆起 2cm×2cm 肿块,边界清,无活动,无压痛。头颅 CT 表现:颅内椭圆形混杂密度病灶,有明显增强,伴骨质破坏,与脑膜瘤有相似之处。头颅 CT 诊断:枕部脑膜瘤。在全麻下行肿瘤摘除术,术中见枕骨破坏严重,骨质变薄变脆,肿瘤组织鱼肉样,血供丰富,位于硬膜外,硬脑膜完整,行肿瘤全切除。术后病理报告:骨髓瘤。ECT:左肩胛骨、左第 2 肋

骨、胸 3 椎体骨髓瘤。术后行化疗,随访 1 年,生活自理。

病例 2,男,61 岁,因发现右颞部肿块 3 个月,伴头痛 1 个月余入院。时有恶心、呕吐,非喷射状,无抽搐。查体:神清,检查合作,右颞部隆起触及 3cm×4cm 肿块,边界清,无活动,无压痛。CT 诊断:右颞部脑膜瘤。在全麻下行肿瘤摘除术,术中见颞骨破坏重,骨质变薄变脆,肿瘤组织鱼肉样,血供丰富,位于硬膜外,硬脑膜完整,行肿瘤全切除。术后病理报告:骨髓瘤。ECT:胸、腰椎椎体骨髓瘤。术后行化疗,后失访。

2 讨论

2.1 颅骨骨髓瘤可单发或多发,可同时发生在全身的扁平骨髓等处。本文 2 例均为扁平骨发生骨髓瘤。溶骨性病变更为多发性骨髓瘤的重要特征之一,病变骨的骨小梁破坏,骨髓腔内为灰白色瘤组织充填,骨皮质变薄或被瘤组织破坏,