

食用醋加大黄保留灌肠治疗肝性脑病的临床研究

戈水根 吴梅香 黎江萍 钟根勇 聂清海

(江西省上高县中医院 上高 336400)

摘要:目的:观察食用醋与 大黄联合保留灌肠治疗肝性脑病的临床疗效。方法:将 80 例肝性脑病患者随机分为治疗组和对照组。对照组在常规抗肝性脑病的基础上加用食醋 50 mL、生理盐水 100 mL 灌肠。治疗组在常规抗肝性脑病基础上,联合应用食醋及 大黄保留灌肠。观察治疗前后肝性脑病的临床主要症状、体征和血氨指标改善情况,并比较两组治疗前后血氨水平。结果:食用醋联合 大黄保留灌肠能够显著改善肝性脑病患者计算能力及扑翼样震颤等症状、体征,对肝性脑病 I、II 级疗效优于对照组,并且能够降低患者血氨水平。结论:食用醋联合 大黄保留灌肠对肝性脑病 I、II 级有显著疗效,值得临床应用。

关键词:食用醋;大黄;保留灌肠;肝性脑病

中图分类号:R 742

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.011

肝性脑病(hepatic encephalopathy,HE)是急慢性肝病患者的常见并发症和主要死亡原因之一,目前临床缺少有效的治疗手段,且由于患者消化道症状较重,多有神志改变,口服给药存在一定困难。因此,积极探索肝性脑病治疗的有效方法,提高救治成功率十分必要。自 2007 年 1 月~2011 年 12 月我们在常规抗肝性脑病药物治疗的基础上,加用食用醋、大黄保留灌肠治疗肝性脑病 43 例,取得了较好的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 80 例病例均为我院住院患者,诊断符合 2000 年西安第 10 次全国病毒性肝炎会议修订的肝性脑病诊断标准,肝性脑病按 I~IV 级分类^[1]。随机分为两组,治疗组 43 例,男 29 例,女 14 例,年龄 25~70 岁,平均年龄 39.7 岁,病毒性肝炎亚急性 10 例,肝硬化失代偿期 33 例;对照组 37 例,男性 27 例,女性 10 例,年龄 27~65 岁,平均年龄

38.3 岁,病毒性肝炎亚急性 6 例,肝硬化失代偿期 31 例。两组在性别、年龄、病情严重程度和肝性脑病程度上无显著差异性,具有可比性(见表 1)。

表 1 两组病例病情严重程度比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	n	肝性脑病分级				TBIL ($\mu\text{mol/L}$)	PTA(%)
		I	II	III	IV		
治疗组	43	7	21	9	6	251.3 $\pm$ 97.2	24.1 $\pm$ 12.3
对照组	37	5	19	8	5	265.4 $\pm$ 90.7	23.4 $\pm$ 11.2
P 值						>0.05	>0.05

1.2 治疗方法 对照组在常规抗肝性脑病药物治疗(主要药物:支链氨基酸、20%甘露醇、醒脑静等)的基础上,加食醋 50 mL、生理盐水 100 mL 灌肠。治疗组在常规抗肝性脑病药物治疗的基础上,应用食醋联合 大黄保留灌肠,具体方法为:上午 9 时许取 大黄 50~100 g(视病情轻重、体重及大便情况而定)浸入 500 mL 开水中,自然冷却后取液 400 mL 左右保留灌肠 1 次,下午 5 时许用生理盐水 100 mL 加食醋 50 mL,保留灌肠 1 次,7 d 为 1 个疗程。

1.3 疗效评价 观察治疗前后肝性脑病的临床主 康复。

参考文献

[1]姚传芳.情感性精神障碍[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.291
[2]黎雪芳,卢舜南,潘朝勇.卒中后抑郁评价和早期心理干预[J].国外医学·脑血管疾病分册,2005,13(4):286-288
[3]忻琪君.脑卒中后抑郁的研究进展[J].中风与神经疾病杂志,2002,19(2):124
[4]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[S].济南:山东科学技术出版社,2003.103-105
[5]张明园.精神科手册[M].上海:上海科学技术出版社,2002.496
[6]全国第四届脑血管学术会议组.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):313-315
[7]秦琴.中西医结合治疗脑卒中后抑郁临床观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(3):17
[8]王祖新.另一 SSRIs 西酞普兰[J].国外医学·精神科分册,2003,30(2):75
[9]张姣兰,周莉.中西医结合治疗中风后抑郁症 28 例[J].山西中医,2001,17(5):121
[10]王浴生,邓文龙,薛春生.中药药理与运用[M].北京:人民卫生出版社,1998.671
[11]李明亚,陈红梅.石菖蒲对行为绝望动物抑郁模型的抗抑郁作用[J].中药材,2001,24(1):140

(收稿日期: 2012-03-28)

川芎、当归活血化瘀;川牛膝祛瘀通血脉并引瘀血下行;柴胡疏肝解郁、升达清阳;桔梗、枳壳开胸行气;郁金行气化瘀,使气行则血行;厚朴、薏苡仁理气燥湿健脾以助气血生化之源;合欢安神解郁;石菖蒲开窍宁神。全方不仅行血分瘀滞,而且能解气分之郁结,活血而不耗血,祛瘀又能生新。有学者认为,大量活血化瘀药物能促进机体代谢,提高大脑皮质兴奋性,配合理气解郁药物,可改善抑郁状态^[9]。单味药研究亦表明,方中郁金能明显延长猫的各期睡眠,具有较强的中枢抑制作用^[9-10]。石菖蒲对中枢神经系统具有广泛的药理作用,能显著减少小鼠的自发活动,具有镇静催眠抗惊厥作用^[11]。

本组研究结果显示,逐瘀解郁汤不但有直接的抗抑郁作用,而且还具有镇静和改善睡眠作用,还能有效改善神经功能缺损症状,同时能改善心脑血管循环和局部细胞代谢,从而促使卒中后抑郁的全面

要症状、体征和血氨指标改善情况。扑翼样震颤消失，神志恢复为有效，否则为无效。并比较两组治疗前后血氨水平。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS.15.0 软件处理，所有数据采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 研究结果

2.1 症状、体征比较 见表 2。治疗组肝性脑病患者的计算力显著改善 ($P<0.01$)，扑翼样震颤症状明显改善 ($P<0.05$)。

表 2 两组主要症状及体征比较 缓解例数 / 总例数 (%)

组别	n	计算力	扑翼样震颤	神志恢复
治疗组	43	35/39(89.7)**	27/32(84.4)*	23/33(69.7)
对照组	37	21/32(65.6)	20/29(69.0)	16/30(53.3)

注：与对照组相比，* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。

2.2 血氨水平比较 见表 3。治疗前两组比较无显著差异， $P>0.05$ 。治疗后两组比较， $P<0.05$ 。

表 3 治疗前后患者血氨水平比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

组别	治疗前	治疗后
治疗组	112.8± 19.6	51.2± 6.7
对照组	102.2± 14.8	82.3± 5.7

2.3 脑病程度与疗效 见表 4。治疗组肝性脑病 I、II 级疗效优于对照组 ($P<0.05$)。

表 4 两组脑病程度与疗效对比 有效例数 / 无效例数

组别	n	肝性脑病分级			
		I	II	III	IV
治疗组	43	5/2	16/5	3/6	2/4
对照组	37	2/3	6/13	2/6	1/4

3 讨论

现代医学认为，肝性脑病的病理生理基础是来自肠道的许多毒性代谢物未被肝脏解毒和清除，进入体循环，通过血脑屏障而致脑功能紊乱。有关本病的发病机制存在许多学说，但氨中毒学说仍占支配地位，这与中医对肝性脑病病机的认识“腑气不通，浊气上逆，蒙蔽清窍”^[2-3]非常相似。大肠是传化之腑，糟粕汇集之所，主传化糟粕，具有泻而不藏、以通为用的特点。现代研究证实，细菌占粪便量的 30%~40%，肠道是机体最大的细菌和内毒素贮存库^[4-5]。脑为元神之府，肝通过经络与脑相联系，《医学入门》曰：“肝与大肠相通，肝病宜疏通大肠”，大肠对调控肝、脑的生理机制具有重要作用，一旦阳明大肠传导失职，腑气不通，浊气上冲，则携毒上犯于脑，其中腑气不通与脑窍蒙蔽是本病的两个关键病机。肝性脑病的发生又是在腑气不通的基础上，发生了脑窍被毒、痰、瘀、风等浊气蒙蔽^[3]，针对上述发病机制，一是用清热解毒，抑制病因 - 疫毒，使病程阻断或缩短，二是利用白醋属酸性，降低肠道 pH 值，加速血氨降低及排出。大黄泻下攻积，清热解

毒，泻火止血，活血化瘀。现代研究表明：大黄清热解毒及消炎利胆，稳定肝细胞膜，保护线粒体的溶解，抑制自由基产生和过氧化物形成，清除内毒素和拮抗内毒素，阻断炎症介质释放的恶性循环，脏器功能才能得到逐步恢复^[6-8]。通下攻积可促进胆管舒缩以利胆通利二便，促进肠道运动，减少胆酸肝循环和加速结合胆红素的排泄，促进腹水的吸收，防治中毒性肠麻痹和并发症。止血、活血、祛瘀能预防和治疗肝功能失常导致的凝血机制异常的消化道出血。大黄止血的有效成分为蒽醌类衍生物和鞣质，其中蒽醌衍生物能促进血小板生成，显著增加纤维蛋白质，缩短凝血时间，并使毛细血管致密，改善脆性而起止血作用^[9]，鞣质主要是加快血液凝固。活血祛瘀消除消化道出血后肠道积血，以防止大肠肠道细菌繁殖引起的腹膜炎，以及细菌分解诱发加重内毒素血症及继发肾功能衰弱，预防大量积血分解产生氨，降低血氨、尿素氮。大黄灌肠清除肠内容物后，再以食用醋保留灌肠，使肠腔内的 pH 值迅速下降，形成酸性环境，有利于游离氨与氢离子结合形成结合氨 (NH_4^+)，从而达到降血氨的目的，减轻患者症状，达到通腑保肝、通腑开窍的目的。

肝性脑病是临床常见的危急重症，病情凶险，选择用药时机和用药方法相当重要。本组资料显示，该疗法对肝性脑病 I、II 级疗效与对照组比较有显著性差异 ($P<0.05$)，提示在治疗上应早发现、早治疗，及时阻止病情进一步发展。本疗法突出了中西医结合的特色和优势，丰富了中医急诊医学的治疗手段，为临床治疗肝性脑病提供了一种简便、价廉的治疗方法，值得在基层医院推广。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫分会,肝病学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝病杂志,2000,7(8):326
[2]毛德文,邱华,韦艾凌.肝性脑病的中医证治研究[J].天津中医药,2007,24(3):225-227
[3]周大桥.中医通腑开窍法治疗肝性脑病[J].北京中医药,2008,27(2):1-3
[4]徐振道,巫善明,周霞秋,等.病毒性肝炎临床与实践[M].北京:人民卫生出版社,2006.483
[5]顾长海.肝功能衰竭[M].北京:人民卫生出版社,2002.118
[6]陈德昌,李红江,齐林,等.大黄对创伤后脓毒血症大鼠肝细胞线粒体功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):12-14
[7]杨建东,陈德昌,景炳文,等.大黄抗内毒素性休克大鼠炎症介质作用的实验研究[J].中国危重病急救医学,1998,10(8):24-27
[8]陈德昌,李红江,高春芳,等.大黄对烫伤后大鼠体内氧自由基的清除作用[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(1):22-24
[9]陈丝,林平.小剂量生大黄粉治疗消化道出血的研究[J].医学导报,1997,16(6):280

(收稿日期: 2012-03-10)