

肺结核合并咯血的诊断与治疗

咯血又叫咳血，是指喉部以下呼吸道、气管、支气管、肺部等出血，伴随着咳嗽经口腔咳出的一种病症。

咯血的常见原因多见于以下疾病：
支气管疾病 常见的有支气管扩张（结核性或非结核性）、慢性支气管炎、支气管内膜结核、支气管癌（原发性肺癌）等。较少见的有良性支气管瘤、支气管内结石、支气管非特异性溃疡等。

肺部疾病 常见的有肺结核、肺炎、肺脓肿等，较少见的有肺瘀血、肺梗塞、恶性肿瘤转移、肺囊肿、肺真菌病、肺吸虫病等。肺结核是最常见的咯血原因之一。

心血管疾病 较常见的是二尖瓣狭窄所致的咯血。某些先天性心脏病如动脉导管未闭等引起肺动脉高压时，也可发生咯血。

其他 血液病（如血小板减少性紫癜、白血病、血友病等），急性传染病（如肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等），结缔组织病（如结节性多动脉炎），子宫内异位症等。

患者对呕血与咯血分不清，往往把它们都称为吐血。呕血与咯血可以从以下几点加以区别：

(1)病史：呕血患者多有胃、十二指肠溃疡，溃疡为真皮或皮肤深层组织的破坏所致的缺损，愈后有疤痕，此点与糜烂不同。溃疡为继发损伤，肿瘤或肝硬化等病史。而咯血患者一般有结核，支气管扩张或心肺疾病等，支气管扩张以局部支气管不可逆性解剖结构异常为特征。

(2)出血方式：呕血多随呕吐引起；咯血一般是咳嗽后吐出。

(3)血液颜色：呕血的颜色呈紫红或咖啡色，无泡沫；咯血的则为鲜红，有泡沫。

(4)内容物：呕血为食物残渣及胃液；咯血的混有痰液。

(5)出血前症状：呕血前常先发生上腹疼痛，饱胀不适；咯血前常有喉痒、咳嗽、胸闷。

(6)血液反应：呕血的血液呈酸性；咯血的血液呈弱碱性。

(7)大便检查：呕血患者常拉柏油（黑色）样便，大便隐血试验阳性；咯血是指喉部以下的呼吸器官出血，经咳嗽动作从口腔排出，患者大便隐血试验常阴性。

肺结核合并咯血是呼吸科的常见并发症。肺结核是咯血的常见原因之一，其发生率占 20%~90%，大量咯血可造成窒息或严重失血性休克，但病人多死于窒息，而非失血本身。肺结核病人咯血的主要原因是病灶侵

蚀血管，造成血管损伤，因受损伤血管的大小及其损害的程度不同，咯血量的多少不等，轻者仅痰内带血丝或血块，重者如结核空洞内动脉瘤破裂，可引起致命性大咯血或窒息死亡，而大咯血（1 次咯血量超过 100ml，24h 出血量>600ml）则是急症，需在短时间内较为准确地作出诊断，选择恰当的治疗方法积极止血。无论咯血量有多少，都应及时就诊。

咯血的治疗：

一、初步处理。1.人在咯血期间，应尽可能减少一些不必要的活动，以卧床休息为主，以免因颠簸加重出血，窒息致死；安抚病人放松心情，保证充分休息及保持安静，减慢患者心率，减少回心血量，减少组织对氧的消耗，从而降低循环阻力，以减少病变部位的出血量；如病人精神过度紧张，可用小剂量镇静剂，如地西泮 2.5mg，口服，2 次/日，或地西泮针剂 10mg 肌注；对频发或剧烈咳嗽者，可给予镇咳药，如喷托维林 25mg，口服，3 次/日；肺功能不全者，禁用吗啡、哌替啶，以免抑制咳嗽反射，造成窒息。

2.饮食原则以易消化为宜，选择富含维生素和适量纤维素的食物，避免刺激性食物。避免进热食，少食多餐，以利于创口的愈合。

3.保持大小便通畅，便秘者应用小剂量缓泻剂，麻仁胶囊等，必要时使用开塞露。同时，还应鼓励病人咳出滞留在呼吸道的陈血，以免造成呼吸道阻塞和肺不张。

二、原发病的治疗，是彻底控制咯血的关键。确诊结核才能进行正规化疗方案，并保证规律服药。合并糖尿病患者急性期应选用“胰岛素”控制血糖，因为糖尿病患者肺功能明显下降，微血管病变严重者下降更为明显。此时口服降糖药疗效较差，增加控制肺部病变的难度；合并高血压者要给予精神安慰及心理疏导，控制好血压，维持血压平稳。

三、咯血的处理。1.药物止血：①垂体后叶素：可直接作用于血管平滑肌，具有强烈的血管收缩作用。用药后由于肺小动脉的收缩，肺内血流量锐减，肺循环压力降低，从而有利于肺血管破裂处血凝块的形成，达到止血目的。必要时用垂体后叶素持续 24 小时静滴或者间歇 12 小时给药，维持 3~5 天，最长不超过 7 天，可使内脏小动脉收缩而止血，但对高血压及冠状动脉供血不足者禁用。②血管扩张剂（酚妥拉明、普鲁卡因、硝酸甘油）：通过扩张肺血管，降低肺动脉压及肺楔压及肺嵌压；同时体循环血管阻力下



降，回心血量减少，肺内血液分流到四肢及内脏循环当中，起到“内放血”的作用，造成肺动脉和支气管动脉压力降低，达到止血目的。③一般止血药（6-氨基己酸、酚磺乙胺、巴曲酶、止血芳酸、维生素 K）：主要通过改善凝血机制，加强毛细血管及血小板功能而起作用。安络血、云南白药胶囊、血速宁、妥塞敏或立止血注射液均可选用。2.对采用药物治疗效果不佳的顽固性大咯血患者，应及时进行纤维支气管镜检查。一是明确出血部位，二是清除气道内的陈血，三是配合血管收缩剂、凝血酶、气囊填塞等方法进行有效止血。大部分咯血病人，经过上述各项措施的处理后，出血都可得到控制。然而，对部分虽经积极保守治疗仍难以止血，且其咯血量之大直接威胁生命的患者，应考虑外科手术

治疗。支气管动脉栓塞术是治疗活动性咯血的有效方法，值得首选。近年来，支气管镜下氩气电凝术、血管内支架置入等技术，使许多大咯血患者获得满意效果。

（卫芳征）

专家简介

卫芳征，副主任医师，周口市第五人民医院重症监护病房主任，从事内科临床工作 20 余年，对技术精益求精，应用微创技术治疗胸膜疾病，取得满意效果，达到市级先进水平。2013 年 4 月 12 日，河南省首例人感染 H7N9 禽流感在我市出现，卫芳征在省专家组指导下精心救治患者，为河南省乃至全国治疗人感染 H7N9 禽流感提供了成功救治范例。

抗结核药对慢性肝病合并肺结核患者肝功能的影响

中国是肝病大国，肺结核又是我国的高发病，联合短程化疗方案是治疗结核病患者和控制结核病流行的首要措施。2HRZE /4HR 方案（前 2 个月用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺及乙胺丁醇，每日一次；后 4 个月继续用异烟肼及利福平，每日一次）是对初治痰阳肺结核患者的常用方案。抗结核药物多数有不同程度的肝损害，特别是肺结核伴有慢性肝病者更多，而肝病患者可无任何临床症状。但是临床上一定要警惕抗结核化疗对同时患有慢性肝病的肺结核患者肝功能的影

响，否则，可能导致很严重的后果。

联合化疗是治疗肺结核的最佳方案，药物性肝损害是抗结核药物最常见的毒副作用。这种损害会影响治疗的进行，甚至使化疗中断而影响结核病的治疗，导致结核病恶化。很多资料结果显示，肺结核合并肝病患者化疗所致肝损害发生率可达 40%以上，高于一般人群抗结核药肝损的发生率 10%左右，且肝损害更严重。抗结核药物所致肝功能损害发生机制相当复杂，有以下两个方面：

(1)干扰肝细胞代谢过程，导致胆汁淤

积，脂肪变性坏死。

(2)通过毒害肝细胞基本结构破坏肝细胞，最终导致肝细胞坏死。

各种肝病患者的肝功能异常可能与肝脏原有病理改变有关，合并肝病的肺结核患者肝功能损害往往较严重。

慢性肝病患者抗结核后肝功能恢复正常的时间较长，且症状较重，而且大多数患者需停药，肝功能恢复正常后常需调整治疗方案，尤其是肝硬化者。这说明肝损害发生的时间、程度及恢复的速度与原有的基础肝

病密切相关。

药物性肝损害常发生于用药最初 2 个月内，但有部分患者可发生于用药 3 个月。用药前，患者需常规检测肝功能，用药后 3 个月内须半月复查 1 次肝功能。若有肝损害疑似症状者须每周复查肝功能，以后每月复查肝功能，以利于早期及时地发现肝损害。特别是出现恶心、厌油、乏力等症状时，患者更要警惕肝损害的发生，及时停用抗结核药，以免出现快速肝坏死，危及生命。

抗结核化疗前还应进行其他肝病的相关检查，如 B 超、肝炎病毒学检查等，以发现无症状表现的潜在肝病。既往或入院就发现患有慢性肝病，尤其是肝硬化者，更应积极复查肝功能，必要时还需进行肝病的针对性治疗和积极的护肝治疗。

（王强）

周口市第五人民医院

“传染病救治”协办单位：周口市传染病医院

全市唯一经省卫生厅批准的传染病专科医院

全市肝病、结核病、艾滋病治疗定点医院

电话：8505911(肝病) 8505925(结核病) 8505987(艾滋病)

地址：周口市市中州大道北段(市区乘 4 路车直达)