

• 临床报道 •

中药灌肠防治 ICU 患者 胃肠功能障碍 37 例

张翔炜 杨 澄 麦舒桃
谢东平 韩 云 张敏州

(广东省中医院重症监护室, 510120)

正常情况下, 人体肠道黏膜能有效阻止肠道内毒素、细菌及有害物质侵入体内。手术、感染、炎性肠病、严重创伤、休克等多种应激状态或危重症均可造成肠道黏膜屏障损害, 肠内细菌移位, 导致肠源性感染, 引发和加重全身炎症反应综合征(SIRS), 而 SIRS 的发生更加重了肠道损伤, 形成恶性循环, 最终导致多器官功能障碍综合征(MODS)和多器官功能衰竭(MOF)。我们采用中药灌肠治疗 ICU 患者胃肠功能障碍, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本院 2007 年 10 月~2009 年 1 月在重症监护室(ICU)住院的危重患者共 74 例, 随机分为治疗组及对照组。治疗组 37 例, 女 14 例, 男 23 例; 平均年龄(71.76±11.93)岁。对照组 37 例, 女 17 例, 男 20 例, 平均年龄(72.76±11.24)岁, 两组患者的一般资料经对比差异均无统计学意义($P<0.05$), 具有可比性。

1.2 中医辨证标准

参照《中医临床诊断全书》及既往研究者的经验^[1], 制定阳证、阴证辨证主要标准如下: 阴证: 面色晦暗, 畏寒肢冷, 精神萎靡, 倦怠乏力, 声低气怯, 小便清长, 大便溏薄, 舌淡胖嫩、苔白润, 脉沉迟无力。阳证: 面赤, 发热恶寒, 壮热烦躁, 声高气粗, 渴喜冷饮, 大便秘结, 小便短黄或涩痛, 舌红绛、苔黄或黑干起刺, 脉数有力。上述表现, 阳类证每一项符合者计 2 分, 阴类证每一项符合者计 -2 分, 不符合者不计分, 累计每个患者阳证与阴证的计分数, 结果为正值者辨为阳类证型, 结果为负值者辨为阴类证型。

1.3 纳入标准

采用急性生理及慢性健康状况评价 II (APACHE II) 评分系统, 符合初次 APACHE II 评分 >10 分, 入住 ICU 超过 48 小时的患者予以纳入。

1.4 胃肠功能障碍评分标准

目前尚无统一标准, 参照临床上以危重病基础上突然或逐渐出现的腹胀、肠鸣音减弱或消失、呕吐咖啡样物三大主症作为胃肠功能障碍诊断依据, 拟评分标准如下: 3 日以上无排便者 3 分, 胃液潜血超过 ++ 者 3 分, 呕吐咖啡样物者 3 分, 肠鸣音减弱者 2 分, 腹胀者 1 分, 正常者 0 分。

1.5 胃肠功能障碍改善疗效判断标准

胃肠功能障碍评分减少 ≥ 3 分为显效; 胃肠功能障碍评分减少 ≥ 1 分为有效; 用药后原胃肠功能障碍无减轻为无效; 新出现胃肠功能障碍为加重。

2 治疗方法

治疗组在西药常规病因及对症治疗基础上加用中药灌肠, 辨为阳证者予清热解毒通腑, 方用: 生大黄 10g, 枳实 15g, 厚朴 20g, 芒硝 10g, 栀子 15g, 黄芩 15g。辨为阴证者, 予温阳益气通腑, 在阳证灌肠方基础上去栀子、黄芩, 加用熟附子 15g, 黄芪 30g。上述二证灌肠汤剂中, 大黄后下, 芒硝冲化, 熟附子先煎 15min, 均由我院中药房统一制成水煎剂, 每剂 150ml, 保留灌肠 10min, 每日 1 剂, 每日大便次数超过 3 次则停药 1 天。禁用其他中西药物灌肠。对照组采用西药常规病因及对症治疗; 有胃肠出血者, 予制酸、止血; 腹胀便秘者, 以开塞露 3 支加生理盐水 100ml 灌肠。禁用其他中西药物灌肠。两组疗程均为 5 天。不足 5 天死亡者, 以死亡前收集观察指标为准。

3 疗效观察

3.1 两组 APACHE II 评分比较

治疗组 37 例, 治疗前后 APACHE II 评分分别为 (18.03±6.09) 分、(13.16±6.34) 分, 差值为 (-4.86±4.98) 分; 对照组 37 例, 治疗前后 APACHE II 评分分别为 (16.22±4.08) 分、(13.76±5.86) 分, 差值为 (-2.64±4.82) 分。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

3.2 两组胃肠功能障碍改善情况比较

治疗组 37 例, 显效 22 例, 有效 6 例, 无效 9 例, 加重 0 例, 总有效率为 75.7%; 对照组 37 例, 分别为 12 例、3 例、17 例、5 例、40.5%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

3.3 两组 ICU 住院时间比较

两组 ICU 住院时间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

4 讨论

中医自古有“六腑以通为用”、“有胃气则生, 无胃气则死”、“脾胃乃后天之本”、“肺与大肠相表里”等论述。中医认为, 多种急危重症患者由于感邪深重, 气机逆乱, 极易因各种原因引起肺失宣肃, 腑气不通, 粪便毒物滞留肠道, 结合现代医学观点, 即增加了肠道细菌的异常繁殖及类毒素对机体的危害, 产生各种并发症或使原发病加重。适时使用通腑泻下法, 能增加肠管运动, 减轻肠胀气, 改善胃肠道血液循环, 恢复正常生理状态, 打破毒物滞留引起的恶性循环, 从而防止病情进一步发展^[2]。

参考文献

- [1] 林熾钊, 韩云, 李芳. 危重症患者的 APACHE II 评分与中医辨证相关性研究[J]. 中华实用中西医杂志, 2006, 19(4): 439-441.
- [2] 蒙旭光. ICU 患者通腑泻下法应用探讨[J]. 山东中医杂志, 2000, 19(4): 217.

益气通络法治疗慢性阻塞性肺疾病 合并肺间质纤维化 60 例

董 润 之

(河北省邢台市人民医院中医科, 054000)

慢性阻塞性肺疾病(COPD)和肺间质纤维化在临床特点及病理变化上有相似性, 两者并存时, 可使其单一疾病的特点变