

动；脾胃虚弱，中气亏虚，则气血生化无源，肠失濡润而引起便秘，故本研究选择气虚型便秘患者作为观察对象，制定了以补中益气、润肠通便为主的治疗方案。健胃益肠宁是由黄芪、党参、木香、砂仁、草豆蔻、甘草等组成的合剂。方中黄芪、党参补中益气、生津养血，为君药；砂仁化湿行气、温中开胃，木香行气止痛，两者合为臣药；草豆蔻燥湿行气、温中止呕，增强行气宽中之效，为佐药；甘草补脾益气，缓急止痛，并调和诸药，为使药。全方具有补中益气、行气宽中、健胃消食的功效，但滑肠通便的效果欠缺。滑肠通便片由决明子、大黄2味中药组成，决明子润肠通便，大黄泻热通便、凉血解毒，两者配伍可增强滑肠通便功效，但对慢性传输型便秘缺乏推动力，治标不治本。因此将健胃益肠宁与滑肠通便片联用，取长补短、相得益彰。

本研究结果亦表明，治疗组疗效优于对照组，排便频率、排便时间、粪便形状、排便困难程度积分均低于对照组。提示采用滑肠通便片联合健胃益肠宁治疗气虚型慢传输型便秘，可有效改善患者的便秘情况，中远期均有较好的效果，患者不易

复发，且服用简便、使用安全。

[参考文献]

- [1] 董艳, 陆金根, 曹永清. 慢传输型便秘病因病机研究进展[J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2(7): 260-261.
- [2] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学: 下册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 2049-2050.
- [3] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 203.
- [4] 袁亮, 张淑伶, 卢新宇. 穴位埋线法治疗结肠慢传输型便秘脾虚气滞型90例疗效观察[J]. 北京中医药, 2015, 34(5): 380-382.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 131-132.
- [6] 刘燕君, 常玉娟, 张平. 中医药治疗功能性便秘优势初探[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(8): 589-591.

(责任编辑: 吴凌)

健脾通腑法治疗重症患者肠功能障碍疗效分析

邵亚新, 陈博宇

北京市平谷区中医医院, 北京 101200

[摘要] 目的: 观察在常规西药治疗基础上加用健脾通腑法治疗重症患者肠功能障碍的临床疗效。方法: 将68例重症伴肠功能障碍患者按随机数字表法分为对照组和治疗组各34例。对照组采用常规西药治疗, 治疗组在对照组用药基础上加用健脾通腑法。治疗后观察2组症状、体征的改善情况, 及治疗前后中医证候积分和急性生理与慢性健康评分(APACHE 评分)的变化。结果: 治疗组总有效率88.2%, 对照组总有效率64.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2组中医证候积分及APACHE 评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组中医证候积分与APACHE 评分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组的中医证候积分与APACHE 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在常规西药治疗基础上加用健脾通腑法, 可有效提高重症患者肠功能障碍的治疗效果。

[关键词] 重症; 肠功能障碍; 中西医结合; 健脾通腑法; 急性生理与慢性健康评分(APACHE 评分)

[中图分类号] R574 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2017)07-0066-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.022

Effect Analysis of Jianpi Tongfu Therapy in Treating Severe Patients with Intestinal Dysfunction

SHAO Yaxin, CHEN Boyu

Abstract: Objective: To observe the effect of Jianpi Tongfu therapy in treating severe patients with intestinal dysfunction

[收稿日期] 2016-10-26

[作者简介] 邵亚新(1982-), 女, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

based on the routine treatment of western medicine. **Methods** : Selected 68 severe patients with intestinal dysfunction and divided them into the control group and the treatment group being 34 cases in each randomly. The control group was given routine treatment of western medicine while the treatment group was given Jianpi Tongfu therapy based on the treatment of the control group. Observed improvement of symptom and body sign , and the change of Chinese medicine syndrome score of the two groups before and after treatment. **Results** : The total effective rate was 88.2% and 64.7% in the treatment group and the control group respectively , the difference being significant($P<0.05$). Before treatment , Chinese medicine syndrome scores and scores of acute physiology and chronic health evaluation (APACHE) of the two groups were lower than those before treatment($P<0.05$) ; Chinese medicine syndrome scores and APACHE scores of the treatment group were lower than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** : Application of Jianpi Tongfu therapy based on the routine treatment of western medicine can improve curative effect in treating severe patients with intestinal dysfunction.

Keywords : Severe ; Intestinal dysfunction ; Integrated Chinese and Western medicine therapy ; Jianpi Tongfu therapy ; Acute physiology and chronic health evaluation (APACHE)

近年来重症患者的肠功能障碍问题普遍受到关注,黎介寿院士认为肠功能障碍患者极易发生全身炎症反应综合征、脓毒血症,甚至多器官功能障碍综合征(MODS)^[1]。危重病患者一旦出现肠功能障碍与衰竭,则提示病情加重或预后不良。肠功能障碍是重症患者抢救治疗中的棘手问题,到目前为止尚无特效的治疗方法^[2]。在临床工作中,笔者运用健脾通腑法治疗重症患者肠功能障碍,取得了很好的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年4月—2016年4月在本院住院治疗的68例重症伴肠功能障碍患者,按随机数字表法分为对照组与治疗组各34例。对照组男17例,女17例;年龄44~80岁,平均(55.7±14.5)岁;重症肺炎10例,心力衰竭7例,慢性支气管炎合并感染8例,急性冠状动脉综合征1例,脑血管病7例,糖尿病酮症酸中毒1例。治疗组男19例,女15例;年龄39~84岁,平均(53.6±16.2)岁;重症肺炎12例,心力衰竭8例,慢性支气管炎合并感染6例,肾衰竭2例,脑血管病5例,感染性休克1例。2组年龄、性别、原发病等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合《多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准》^[3]中胃肠功能障碍的评分标准:腹部胀气,肠鸣音减弱为1分;腹部高度胀气,肠鸣音接近消失为2分;麻痹性肠梗阻,应激性溃疡出血为3分。具有任意1项即可确诊。②中医辨证为脾虚兼腑气不通。③年龄≥18岁,性别不限,患者或家属知情同意。

1.3 排除标准 ①入住重症加强护理病房(ICU)时患者存在消化道穿孔、肠出血、肠缺血坏死、肠痿等肠道病变;②因各种原因无法服用中药治疗的患者;③中途放弃治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗,包括积极治疗原发病、营养支持、维持水电解质及酸碱平衡、抑酸、保护胃黏膜等。

2.2 治疗组 在对照组的治疗基础上口服或鼻饲中药(处方:党参、茯苓、炒白术各12g,陈皮、大黄、厚朴、枳实、炙甘草各10g,山楂、神曲各15g),每天1剂,水煎取汁300mL,分早晚2次服用。

2组均治疗7天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]痞满章节制订中医证候计分方法,记录2组治疗前及治疗后的中医证候积分:脘腹胀满,吐血或便血计分:无(0分),轻度(1分),中度(3分),重度(5分);腹痛、食少纳呆,疲乏无力、恶心呕吐、大便干结计分:无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分);舌象、脉象计分:正常(0分),异常(1分)。②2组治疗前后急性生理与慢性健康评分(APACHE 评分)^[5]的变化。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中痞满的疗效标准拟定。显效:症状、体征明显改善,中医证候积分减少≥70%;有效:症状、体征均有好转,30%≤中医证候积分减少<70%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率88.2%,对照组总有效率64.7%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.231, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
治疗组	34	9	21	4	30(88.2) ^①
对照组	34	7	15	12	22(64.7)

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后中医证候积分与APACHE评分比较 见表2。治疗前,2组中医证候积分与APACHE评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组中医证候积分与APACHE评分均较治疗前下降,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组的中医证候积分与APACHE评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分与APACHE评分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	时间	中医证候积分	APACHE评分
治疗组	34	治疗前	13.51±2.62	17.86±3.37
		治疗后	7.62±1.85 ^{①②}	11.62±2.64 ^{①②}
对照组	34	治疗前	12.69±2.08	16.54±2.72
		治疗后	9.24±2.14 ^①	13.52±1.91 ^①

与同组治疗前比较,① $P<0.05$,与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

5 讨论

中医学无肠功能障碍病名,根据其症状及体征,可归属于腹痛、痞满、纳呆等范畴。纵观这些症状的共同点,均与脾胃功能失常有关,故从脾胃的角度治疗肠功能障碍,有一定的临床意义^[6]。《脾胃论》强调“脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也”。另一方面,肠功能障碍表现类似《伤寒论》中的阳明腑实证,“阳明之为病,胃家实是也”,“六腑以通为用”。故临床采用健脾通腑法治疗,健脾可以顾护胃气,扶助正气,通腑泻下则可使滞留于肠道的糟粕排出体外。现代实验研究和临床研究均已证实,健脾与通里中药都具有良好的保护肠黏膜屏障的功能^[7]。因此,笔者采用健脾通腑法治疗重症患者肠功能障碍,方中党参、白术、茯苓、炙甘草为四君子汤,其中党参补中益气、健脾养胃;白术健脾益气、燥湿利水,加强益气助运之力;茯苓渗湿健脾;炙甘草补脾和中、调和诸药。四药合用,补益脾胃,扶正祛邪。现代医学研究认为,四君子汤能改善肠上皮细胞功能,维持肠屏障的形态学完整性和肠黏膜正常通透性,减轻肠黏膜屏障损害^[8-9]。大黄、枳实和厚朴组成小承气汤,方中大黄苦寒泻热通肠;枳实理气消痞;厚朴宽中行气、消痞散结。三药合用,共成通腑导滞之剂,能泄热通腑,除满消痞。有研究表明,承气方能够增加肠蠕动,修复肠道黏膜屏障,还可以调整肠道菌群,增加机体抵抗力,显著降低游离内毒素的含量,保护肠道屏障,防止细菌移位和内毒素血症^[10-11]。陈皮健脾理气;山楂、神曲消食化积、行气调中。纵观全方,有补有消,扶正与驱邪兼顾,

诸药合用,共奏健脾通腑之功。

本研究结果显示,治疗组的中医证候积分及APACHE评分的改善情况均优于对照组,总有效率高于对照组。可见,在西医治疗基础上加用健脾通腑法可提高重症患者肠功能障碍的治疗效果,明显改善胃肠功能,较早恢复肠内营养,值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 黎介寿. 肠衰竭—概念、营养支持与肠粘膜屏障维护[J]. 肠外与肠内营养, 2004, 11(2): 65-67.
- [2] 周秀红, 张灵恩, 陆铸今. 危重患儿急性胃肠功能衰竭的病因、死亡危险因素分析和干预措施[J]. 中国小儿急救医学, 2006, 13(4): 339-342.
- [3] 庐山'95全国危重病急救医学学术会. 多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准[J]. 中国危重病急救医学, 1995, 7(6): 346-347.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 134-139.
- [5] 刘焕然, 万献尧. 袖珍危重症评分手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 15-20.
- [6] 江宇泳, 刘洋, 叶永安, 等. 从《脾胃论》视肠功能障碍[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(8): 1073-1074.
- [7] 运苛政, 武慧. 中医药防治胃肠功能衰竭研究概况[J]. 河南中医, 2011, 31(7): 818-820.
- [8] 张仁岭, 张胜华, 冯寿全. 四君子汤加味对胃肠道手术后肠粘膜屏障功能的作用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2006, 12(1): 6-9.
- [9] 郭力, 董南丁, 熊爱兵, 等. 四君子汤加味防治烫伤后大鼠肠道损伤和细菌移位实验研究[J]. 中华烧伤杂志, 2003, 19(2): 89-93.
- [10] 陈海龙, 吴咸中, 关凤林, 等. 中医通里攻下法对多脏器功能不全综合征时肠道屏障功能保护作用的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 20(2): 120-122.
- [11] 陈海龙, 吴咸中, 关凤林, 等. 大承气汤对MODS时肠道细菌微生态学影响的实验研究[J]. 中国微生态学杂志, 2007, 19(2): 132-134.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)