

力、纳呆等症状。每项症状均予评分,0为无症状,1为偶有之但不影响日常生活,2为较常见且轻度影响日常生活,3为频繁出现且严重影响日常生活。治疗

程开始与结束各记录,若前后评分下降 ≥ 2 分为显效, ≥ 1 分为有效, < 1 分为无效。结果见表 1,2 治疗组的总有效率明显高于常规组,在对腹胀、乏力、

表 1 各临床症状疗效比较

症状	例数		显效		有效		无效		总有效率(%)	
	常规	治疗	常规	治疗	常规	治疗	常规	治疗	常规	治疗
胁痛*	22	32	4	7	13	18	5	7	77.27	78.12
腹胀**	29	42	12	27	10	12	7	3	75.86	97.86
纳呆***	28	36	6	27	8	8	14	1	50.00	97.22
乏力**	28	36	10	31	12	4	6	1	75.58	97.22

治疗组与常规组比较: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.01$

表 2 临床总有效率比较

组别	例数	显效率(%)	有效率(%)	无效率(%)
治疗组*	46	63.01	30.03	6.96
常规组	34	29.90	40.18	29.02

与常规组比: * $P < 0.01$

纳呆的显效率有显著的差异。但对胁痛的改善治疗组与常规组的结果相比无明显优势。

2.2 血清学指标变化:见表 3

表 3 两组治疗前后生化指标结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		ALT(U)	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	白蛋白(g/L)	γ -球蛋白(%)
治疗组	治前	117.1 \pm 4.8	54.8 \pm 1.6	35 \pm 4	27 \pm 4
	治后	37.5 \pm 4***	18.2 \pm 1.4**	40 \pm 6*	23 \pm 5
常规组	治前	127.4 \pm 7.4	57.4 \pm 5.9	34 \pm 6	26 \pm 3
	治后	56.3 \pm 7.4	31.59 \pm 1.7	34 \pm 6	24 \pm 4

与常规组比: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

从表 3可以看出,两组治疗前后的血清学指标中,球蛋白的下降明显优于常规组,白蛋白的升高幅度优于常规组,有明显的对比差异,说明治疗组的保护肝细胞作用、促肝细胞再生作用、抑制血清转氨酶作用、抑制血清丙种球蛋白的升高和促进白蛋白的合成等作用均得到加强。

3 讨论

丹参具有活血化瘀作用,而参麦注射液内含人参、麦冬,人参为大补元气之品。肝硬化病人病史往往较长,病久则见气虚,气虚无力推动血脉运行,则

气滞血瘀,而血瘀又致气行不畅,最终气滞血瘀。活血之品丹参佐补气之品参麦,则气行血畅,活血有源,相得益彰。现代研究表明,参麦、丹参均具有改善肝、心等重要脏器的血供及微循环,参麦提高免疫力,增强网状内皮系统的吞噬功能,避免内毒素对肝脏的免疫损伤。此外丹参有扩张外周血管,降低门静脉压力,改善胃肠道瘀血状态。

综上所述,我们认为参麦与丹参注射液两者具有协同作用,通过提高免疫力、改善微循环,联合治疗肝硬化取得了较好疗效。

大黄应用于腹部创伤术后早期的临床研究

穆 强,马 力,苏 楠*

(郑州市急救中心,河南 郑州 450000)

中图分类号: R285.6 文献标识码: B 文章编号: 0253-2670(2001)03-0248-02

创伤病人多属急诊手术,胃肠道不能充分准备,再加上出血等因素可使肠粘膜屏障丧失,从而使肠腔中的细菌、内毒素通过受损的肠粘膜侵入到肠系

膜淋巴结和体内其他脏器,即所谓“细菌移位”或“肠源性感染”,对腹部创伤病人造成“二次打击”。如何降低肠源性感染的发生发展是预防多器官功能不全

* 收稿日期: 2000-06-30
作者简介: 穆 强 (1970-),男,回族,河南郑州人,主治医师,1991年毕业于洛阳医学专科学校,在郑州市第二人民医院即郑州市急救中心外科工作,从事创伤急救、ICU监护、中西医结合急救工作。 Tel: 0271-6211465

(MOD)的关键之一。术后病人胃肠道功能早期恢复,进行肠内营养可改善创伤病人的预后。陈德昌^[1]等动物实验证明大黄对肠道屏障功能有良好的保护作用。我们近年来对于腹部创伤病人早期应用大黄制剂治疗,促进病人胃肠功能恢复,降低抗生素使用量,减少因胃肠减压所致肺部感染,电解质紊乱等并发症的发生。

1 资料与方法

将 60 例腹部创伤术后病人随机分为二组。治疗组:胃肠破裂 9 例、肝破裂 7 例、脾破裂 14 例。对照组:胃肠破裂 7 例、肝破裂 8 例、脾破裂 15 例。两组资料,年龄、创伤评分无显著差异。

2 观察指标

术后肠鸣音出现及恢复时间;第一次排气排便时间;停止胃肠减压时间及停止使用抗生素时间;术

后并发症。

3 方法

治疗组:大黄 15 g 粉碎成粗粉,100℃沸水 150 mL 浸泡 30 min,过滤凉至 37℃~38℃,以每分钟 20 mL 自胃管滴入。闭管 1 h 后再恢复胃肠减压,首次于术后 6 h(50 mL),12 h(100 mL),后间隔 12 h(150 mL)至排气排便。其余治疗同对照组,两组均行胃肠减压(治疗组填写知情同意书)。对照组按一般治疗,术后吸氧、胃肠减压、抗炎、补液、纠正水电解质平衡等。

4 结果

4.1 治疗结果:见表 1。

4.2 副作用:应用过程中,个别病人可出现肠痉挛性腹痛,在排除胃肠道穿孔及肠瘘后,大黄用量可酌情减量,必要时可配合灌肠。

表 1 两组治疗结果

组别	排气排便时间 (h)				停止胃肠减压时间 (h)			肠鸣音恢复 (h)		停用抗生素时间		术后并发症	
	最早	最晚	< 48 h	> 48 h	平均	最早	最晚	平均	间断	恢复	(d)	切口感染	其他
治疗组	9	53	91.3%	8.7%	29.5	28	72	30	10	20	5	1	
对照组	18	82	53.7%	44.3%	60	52	92	71	18	32	8	2	肺部感染 1 例,泌尿系感染 2 例

5 讨论

大黄有导泻、收敛止泻、抗炎、抗真菌、减轻炎症反应、止血、利胆、解热、镇痛、利尿、降低尿素氮、增强细胞免疫、保护肝脏、抑制胰蛋白酶和胰脂肪酶及胰淀粉酶活性^[2]。肠道是与外界相通的器官,生理情况下,肠道内有许多细菌和毒素存在,由于肠粘膜屏障作用,细菌和毒素被限于肠道内。但在腹部创伤下,肠粘膜屏障被破坏,引起肠源性感染和肠源性内毒素血症^[3]。创伤术后早期应用大黄可降低肠粘膜通透性,减少肠道菌群移位的发生。

腹部创伤病人早期恢复胃肠道功能,进行肠道内营养可降低肠源性感染,促进创伤病人的恢复。一般认为伤后早期胃肠功能处于抑制状态,需经历肠麻痹期,不规则蠕动期,规则蠕动期。如果胃肠功能未恢复而进行肠内营养会引起恶心、呕吐、吸入性肺炎等并发症。赵润璞^[4]、王民^[5]等应用中药灌肠以促进病人肠功能恢复。杨建东^[6]等应用动物试验证实大黄能保护肠粘膜的完整性,具有防止或修复粘膜损伤的功能。

本组创伤病人属急症手术,未进行胃肠道准备。应用大黄组病人在肠功能恢复较对照组早,恢复肠内营养时间亦较早。本研究采用早期、少量、限速、定时滴注大黄制剂,解决了中药早期不能应用,而且配合胃肠减压的应用限制了胃肠腔压力的增高。不口服自胃管滴入减轻病人对口服中药味道不耐受引起的恶心呕吐。本组资料大黄应用组未见有肠瘘并发症的发生,且在抗生素用量较对照组少且时间短,降低了病人的痛苦与住院费用。

参考文献:

- [1] 陈德昌,景炳文,张翔宇,等. 大黄对肠粘膜屏障的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 1994, 6(6): 329-331.
- [2] 王智松. 大黄的药用作用[J]. 实用中西医结合杂志, 1989, 5: 20.
- [3] Rush B F. Enaotoxemia and baterenmia during hemurhagic shak[J]. Ann surg, 1988, 207: 549.
- [4] 赵润璞,屈森林. 复方大承气汤保留灌肠在外科急腹症病人术后应用 230 例临床分析[J]. 中国中医急症, 1998, 7(1): 15.
- [5] 王民,阎世明,王静远,等. 番泻叶浸剂灌肠在腹部手术后应用的临床与实践研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(9): 540-542.
- [6] 杨建东,景炳文,陈德昌. 大黄对肠粘膜屏障的影响[J]. 中国中医急症, 1998, 7(3): 131-132.