

方中药煎剂,方中黄连、蒲公英清热解毒,清胃中湿热;现代药理研究证明黄连具有较强的抑制 HP 的能力,蒲公英具有杀菌的作用,并可提高机体抗 HP 能力。黄芪、党参、白术健脾益气,砂仁醒脾养胃,白芍缓急止痛,诸药合用以健脾益气,清热燥湿,和胃养胃,行气止痛。因此我们认为健脾养胃方对于脾胃虚弱型和湿热内蕴型 HP 相关性胃炎有较好的疗效,而对于肝胃失和型则疗效较差,这有待于在今后的临床中进一步研究。

(收稿:2005-06-05 修回:2005-07-22)

中西医结合疗法防治危重症患者胃肠功能衰竭的疗效观察

浙江省海盐县中医院(浙江 314300)

张永建 曹爱萍

胃肠功能衰竭是危重症患者消化系统常见的病症之一,亦是多器官功能障碍综合征(MODS)的胃肠道表现,有效防治胃肠功能衰竭是防止 MODS 的发生发展,降低危重症病死率的关键。笔者自 2003 年 6 月—2005 年 5 月对本院 35 例危重症患者运用中西医结合治疗,促进胃肠功能恢复,有效地防治了胃肠功能衰竭,现报道如下。

临床资料 根据王士雯等多器官功能不全综合征的诊断标准[中国危重病急救医学 2004;16(1):1],胃肠功能衰竭临床表现为:(1)应激性溃疡伴出血,出现黑便或呕血;(2)腹胀、肠胀气及肠鸣音减弱或消失。65 例均为本院 ICU 2003 年 6 月—2005 年 5 月收治的危重症患者,随机分为治疗组与对照组。治疗组 35 例,男 20 例,女 15 例,年龄 18~81 岁,平均(46.12±13.65)岁;原发病为多发性创伤 8 例,颅脑外伤 10 例,慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭 8 例,急性心肌梗塞 2 例,各类休克 4 例,各类中毒 3 例。对照组 30 例,男 16 例,女 14 例,年龄 16~78 岁,平均(45.84±13.94)岁;原发病为多发性创伤 5 例,颅脑外伤 12 例,慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭 6 例,急性心肌梗塞 1 例,各类休克 4 例,各类中毒 2 例。所有病例均未做胃肠道手术,入 ICU 时,均无胃肠功能衰竭。两组资料经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 对照组采用西沙必利片 5mg,碾碎鼻饲,每 8 h 1 次。治疗组在此基础上,加用中药大承气汤加减,胃管注入。药物组成:生大黄 15 g 枳实 10 g 厚朴 10 g 芒硝 6 g(分冲) 柴胡 10 g 广木香 10 g 青皮 6 g 陈皮 6 g 炒赤芍 15 g 大腹皮 15 g,每天 1 剂,水煎取汁 200ml,分上、下午 2 次鼻饲。两组均观察

5 天,其他 ICU 主要治疗措施如抗感染(广谱抗生素),病因治疗(抗休克、补充血容量),脏器功能支持(机械通气、护肝、改善心脑血管循环等),维持水、电解质、酸碱平衡,营养支持(白蛋白、氨基酸、脂肪乳剂)等两组相同。

统计学方法:计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

结果 治疗组 35 例中,发生胃肠功能衰竭 2 例(5.7%),死亡 1 例(2.9%);对照组 30 例中,发生胃肠功能衰竭 8 例(26.7%),死亡 6 例(20.0%)。两组胃肠功能衰竭率比较,差异有显著性($\chi^2 = 3.95, P < 0.05$);病死率比较亦有差异($\chi^2 = 3.32, P < 0.10$)。治疗组胃肠功能衰竭发生率低于对照组。

体会 危重症患者发生胃肠功能衰竭相当常见,在临床工作中,虽积极治疗原发病,去除病因等综合治疗措施后,仍不能有效防止胃肠功能衰竭的出现,胃肠黏膜屏障受损、肠麻痹、肠腔内淤积大量的细菌和毒素,促使全身炎症反应综合征(SIRS)和 MODS 的发生和发展,导致病死率增加。中医学认为胃肠功能衰竭主要是由于脏腑气机逆乱,升降失常所致,最终阴阳离绝,出现“脏竭”。中药大黄、芒硝通里攻下,枳实、厚朴、木香、青皮、陈皮、大腹皮行气破滞,柴胡则疏肝理气,条畅气机,赤芍有活血化瘀作用;诸药合用能促进胃肠道平滑肌的蠕动和推进,并改善胃肠壁血液循环,降低胃肠道微血管通透性,减轻组织水肿,促使坏死组织排出,抑制肠道细菌易位和肠道中内毒素的吸收,清除氧自由基,拮抗系统炎症反应,预防和治疗胃肠功能衰竭。而西沙必利片能刺激胃肠道肌间神经丛上的 5-羟色胺型受体,增加肌间神经丛节后末梢释放乙酰胆碱,而产生全胃肠道促动力作用。因此危重症患者用中西医结合疗法防治胃肠功能衰竭具有可靠疗效,值得推广。

(收稿:2005-07-06 修回:2005-07-25)

川芎嗪治疗妊娠期肝内胆汁淤积症所致新生儿脑缺氧损伤的疗效分析

东南大学医学院附属江阴市人民医院(江苏 214400) 刘 静
东南大学儿科研究所,东南大学临床医学院 蒋 犁

妊娠期肝内胆汁淤积症(intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP)是一种严重的妊娠并发症,对围生儿可导致流产、早产、胎儿宫内发育迟缓、胎儿宫内窘迫。2003 年 1 月—2004 年 10 月我院收治中重度 ICP 母亲

所产新生儿随机分为两组,分别予以常规治疗与加用川芎嗪注射液治疗,并比较两组治疗前后血清中烯醇化酶(neurone specific enolase, NSE)及脑型肌酸激酶(BB isoenzyme of creatine kinase, CK-BB)变化,现报道如下。

临床资料

1 诊断标准 ICP 的诊断参照 1992 年 Reyes 的标准及《中华妇产科学》中诊断标准,具备下列 6 项才能入选:(1)妊娠中晚期出现皮肤瘙痒,并排除其他疾病引起的皮肤瘙痒者;(2)血清胆酸升高,可超过正常值的 100 倍;(3)肝功能实验显示谷丙转氨酶(ALT,正常值为 50U/L)轻、中度升高(2~10 倍);(4)有黄疸者,血清总胆红素及直接胆红素升高;(5)无呕吐、严重食欲不振、乏力症状者;(6)所有症状、体征及生化异常在产后 4~6 周内恢复正常。瘙痒程度:中度:皮肤瘙痒在 32~35 周出现,ALT 50~200U/L,总胆红素在 34.2~171 μmol/L 之间,剖腹产娩出 36~38 周新生儿;重度:皮肤瘙痒出现在 32 周前,ALT>200U/L,总胆红素>171 μmol/L,剖腹产娩出 36~38 周新生儿,3 项指标有一项达到即为重度。

2 临床资料 2003 年 1 月—2004 年 10 月我院收治中重度 ICP 母亲所产新生儿以入院顺序按随机数字表随机分为 A 组和 B 组:A 组 28 例,其中男 16 例,女 12 例;中度 20 例,重度 8 例,均于生后 72 h 内转入我科。B 组 30 例,其中男 17 例,女 13 例;中度 20 例,重度 10 例,均于生后 72 h 内转入我科。所有孕妇均为单胎,均有规律的月经周期,且在孕早期经 B 超证实孕龄,初产妇,无妊娠高血压症、妊娠期糖尿病、妊娠合并贫血等其他妊娠合并症与并发症,妊娠前无肝胆系统的急慢性疾病,甲、乙、丙、丁、戊型肝炎酶联免疫吸附试验(ELISA)均为阴性。A 组孕妇平均年龄为(25.5±2.66)岁,平均孕龄(256.61±4.21)天;B 组孕妇平均年龄(27.00±2.24)岁,平均孕龄(259.38±6.26)天。两组孕妇年龄、孕龄比较差异均无显著性(P>0.05)。

方 法

1 治疗方法 A 组采用常规鲁米那、胞二磷胆碱、甘露醇治疗 1 周:鲁米那负荷量 20mg/kg,24 h 后 5mg/(kg·d)维持、胞二磷胆碱 0.125 g/d、甘露醇根据临床情况调整;B 组常规胞二磷胆碱、甘露醇、鲁米那治疗基础上加上海第一生化药业公司生产川芎嗪注射液(20mg/ml)3ml 加入 10% 葡萄糖注射液中静脉滴注,每天 1 次,治疗 1 周。

2 观察项目和检测方法 治疗前后均取静脉血

检测。(1)NSE 测定:用德国生产的 SPECTRA MAX250 酶联免疫检测仪,用 ELISA 法测定,试剂盒由德国 LIFEKEY BioMeditech Corporation 提供。(2)CK-BB 测定:日本日立 7600 全自动生化分析仪测定 CK(IU/L),CK-BB 采用比色法测定活性的免疫抑制酶动力学方法,试剂由上海复旦张江生物医药有限公司提供,2~8℃ 避光可稳定 12 个月,质控品由罗氏公司提供。

3 统计学方法 采用 t 检验。

结 果

两组治疗前后血清 NSE 及 CK-BB 比较:见表 1。治疗前两组静脉血 NSE、CK-BB 均明显升高,两组比较差异无显著性;治疗后两组静脉血 NSE 及 CK-BB 均下降,B 组静脉血 NSE、CK-BB 下降明显,与 A 组比较差异有显著性。

表 1 两组治疗前后血 NSE 及 CK-BB 比较 (x±s)

组别	例数	时间	NSE(μg/L)	CK-BB(IU/L)
A	28	治疗前	22.41±1.545	51.76±4.623
		治疗后	18.45±3.345	38.44±5.543
B	30	治疗前	21.59±1.917	53.66±3.954
		治疗后	14.33±2.932*	27.67±4.327**

注:与 A 组治疗后比较,* P<0.05,** P<0.01

讨 论 ICP 是妊娠期合并症,以孕中、晚期出现局部或全身皮肤瘙痒、黄疸和胆汁酸升高为特征。易引起新生儿宫内及产时缺氧。而脑组织血供丰富,代谢旺盛,一旦发生缺血缺氧,极易引起脑损伤。NSE 是胎儿或新生儿神经损伤的有价值的标志酶,CK-BB 主要存在于脑部神经细胞和星形胶质细胞中,脑组织损伤时大量释放入血,有较高的灵敏性,更能灵敏地反映脑缺氧损伤的程度,可作为脑缺氧损伤的评估指标。

川芎嗪(gustrazine),化学名为四甲基吡嗪,是从传统活血化瘀中药川芎的生物碱中分离得到的有效单体成分。现代药理学研究证明,川芎嗪具有抗氧自由基损伤、扩张外周血管、抗血小板聚集、抗血栓形成、改善微循环等多种作用。临床上广泛用于治疗冠心病、缺血性脑血管病。儿科常用于治疗新生儿窒息、新生儿缺氧缺血性脑病。

本研究结果证实了川芎嗪对 ICP 所致新生儿脑缺氧损伤具有保护作用,其作用可能是通过以下途径完成的。(1)扩张外周血管:ICP 孕妇血清中高浓度胆汁酸可以通过胎盘进入胎儿体内,使内皮细胞受损,NO 生成减少,诱发和释放 ET,引起血管痉挛,而缺血必定缺氧。而川芎嗪可通过促进 NO、PGI₂ 的合成,抑制 ET 合成,在一定程度上抑制了内皮细胞的损伤,改善

了脑循环。(2)清除氧自由基:ICP 患者血中主要是结合型胆红素升高,母体血中高浓度的胆红素升高时,可以通过胎盘进入胎儿体内,可能通过其细胞毒作用使细胞能量衰竭、氧自由基损伤,生物膜及细胞凋亡、坏死等,从而使胎儿受到损害。患儿体内氧化与抗氧化系统的平衡已发生失调,LPO 生成增多,SOD 处于部分代偿阶段。川芎嗪可清除氧自由基,减轻脑损伤。

(收稿:2005-05-31 修回:2005-07-25)

穴位埋线治疗慢传输型便秘 127 例

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

蔡 亭 李东冰 李 权 吴丹明

纪太军 张 丽 周海祥

北京市二龙路医院 谭敬范 王占军 葛 强

中国中医研究院广安门医院 李华山

慢传输型便秘(slow transmit constipation, STC)是由于结肠传输减弱,肠内容物通过缓慢而致的便秘,据统计此型便秘约占便秘的 16%~40%,其病因不清,症状顽固,治疗困难。目前多用药物对症治疗,并有依赖性。笔者于 2002~2005 年对 254 例 STC 或混合型便秘患者进行了临床研究,其中采用穴位埋线疗法治疗 127 例,取得较好疗效,现报道如下。

临床资料

1 诊断标准 按照全国便秘诊治标准研讨会的标准[中华医学杂志 2000;79(7):491],即“大便量少、太硬、排出太困难。在不使用泻剂的情况下,7 天内自发性排空粪便不超过 2 次或长期无便意”。使用 72 h 标志物排出<80%这一国际公认的结肠慢传输标准[中华放射学杂志 1995;29(9):630]。诊断结肠慢传输型及混合型便秘,排除单纯出口梗阻型便秘,筛选准入病例。

2 资料 本组 254 例采用分层随机抽样方法分为观察组及对照组,其中观察组 127 例,男 36 例,女 91 例;年龄 31~82 岁,平均 62 岁;其中 STC 单纯型 53 例,混合型 74 例(39 例有内括约肌弛缓,48 例有直肠前突或黏膜松弛);病程 6 个月~20 年,其中>5 年的为 70 例(占 56%);排便间隔时间:1 次/4~10 天不等,以 1 次/5~7 天者居多;依赖泻药通便 85 例,依赖灌肠通便 32 例,泻药与灌肠交替使用的 10 例。对照组 127 例,男 35 例,女 92 例;年龄 37~79 岁,平均 64 岁;其中 STC 单纯型 55 例,混合型 72 例;病程 8 个月~18 年,>5 年为 63 例(49%);排便间隔时间:1 次/4~10 天不等;依赖泻药通便 84 例,依赖灌肠通便 31

例,泻药与灌肠交替使用的 12 例。全部患者均行结肠镜或钡剂灌肠等检查,排除肠道器质性阻塞病变或导致便秘的其他器质性损害。两组病例分布经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$)。

方 法

1 治疗方法 观察组:采用穴位埋线疗法。选穴:大肠俞、天枢穴,并配以中极、足三里。操作:(1)埋线方法:常规消毒后,予 1%利多卡因局麻,再使用大号皮肤缝合针将 2 号医用铬制羊肠线(plain)双股约 4 cm 埋入上述穴位(深达肌层),局部敷料包扎。足三里穴使用 12 号硬膜外穿刺针刺入约 5 cm,将同样羊肠线约 4cm 放入针管,边推针芯,边退针管,将羊肠线置入穴位。(2)治疗后 3 天之内每日安尔碘消毒针眼一次。对混合型便秘的出口梗阻问题,内括约肌弛缓者在埋线当时,于膀胱截石位 6 点肛缘处切断内括约肌下缘约 0.5cm,此伤口每日换药 1 次。对直肠前突加直肠黏膜松弛的患者,在埋线同时采用齿线上直肠黏膜及痔部分切除钉合术(PPH)手术,治疗后第 2 天开始观察并评定疗效。治疗期间嘱患者正常饮食,停用一切与便秘治疗有关的药物及治疗方法。疗效不佳者 20 天后重复埋线治疗 1 次。对照组采用四磨汤口服液治疗(成分:木香、枳壳、乌药、槟榔,每支 10ml,湖南汉森制药厂生产)2 支,每天 3 次口服,连用 2 周。治疗期间嘱患者正常饮食。

2 观察指标 治疗后每天记录排便时间及排便量,随访 3 个月。

结 果

1 疗效标准 治愈:治疗 5 天内可排便,此后排便次数 ≥ 1 次/2 天,症状消失,疗效持续超过 3 个月;显效:治疗 5 天内可排便,此后排便次数 ≥ 1 次/2 天;疗效持续 30~90 天;有效:治疗 5 天内可排便,此后排便次数 ≥ 1 次/3 天,疗效持续 ≥ 30 天;或排便次数 ≥ 1 次/2 天,疗效持续时间在 15~30 天之间;无效:症状无明显改善。

2 疗效 观察组 127 例中治愈 98 例(77.2%),显效 20 例(15.7%),有效 1 例(0.8%),无效 8 例(6.3%),总有效率 93.7%。对照组 127 例中有效 1 例(0.8%),无效 126 例(99.2%),总有效率 0.8%。两组总有效率比较差异有显著性($P<0.01$)。观察组中有 2 例羊肠线埋置处红肿渗液,经局部安尔碘涂抹后痊愈。对照组未见不良反应发生。

讨 论 便秘的病因不完全清楚,目前大致可将其分为慢传输型便秘及出口梗阻型便秘。而两者同时发生的混合型便秘又占多数。正常人的结肠向前运动