

## • 研究报告 •

## 合理应用大黄及其复方开启危重患者肠道功能的研究

侯杰, 郭应军, 王国军, 刘八一, 黄进

(广州中医药大学中山附属中医院重症监护室, 广东 中山 528400)

【关键词】 大黄; 大黄枳术汤; 辨证论治; 肠道

中图分类号: R242; R256.39 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)03-0185-02

已有充分的研究证实, 大黄具有肯定的保护胃肠道功能, 促进胃肠蠕动, 减轻肠源性内毒素血症, 保持肠道菌群平衡, 改善肠道黏膜血液灌注, 降低血管通透性, 缓解肠道缺血状态, 保护胃肠黏膜屏障, 防止细菌移位, 进而降低多器官功能障碍综合征(MODS)发生的作用<sup>[1]</sup>, 但有关危重患者合理应用大黄的相关研究较少, 辨证论治这一祖国医学的精髓应在大黄的应用中得到体现。现就我们的研究结果报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料: 选择本院重症监护室(ICU)2004年6月—2005年10月收治的危重患者98例, 男62例, 女36例; 年龄23~89岁, 平均(54.2±6.3)岁; 病因包括慢性阻塞性肺疾病(COPD)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、重症肺炎(含霉菌性)、重症哮喘、重型颅脑损伤术后、脑卒中、心肺复苏术后、糖尿病酮症酸中毒、感染性休克、有机磷农药中毒、重症肌无力、腹腔脓毒症术后、严重多发创伤并失血性休克。不包括临终状态及应用血管活性药物不能维持血压稳定者; 并排除麻醉、低钾血症和机械性因素所致肠麻痹。其中呼吸衰竭用呼吸机治疗患者80例, 序贯性MODS 12例, 所有患者均予适当镇静(静脉微量泵入咪唑安定、杜非合剂、异丙酚或苯巴比妥等), 其中有8例患者(重症哮喘、ARDS及COPD)在观察期间持续静脉微量泵入仙林以维持肌松状态。

1.2 治疗方法: 将患者随机分为两组: 对照组予胃复安肌肉注射, 鼻饲吗丁啉、莫沙必利等胃动力药, 部分患者加用维生素B6双侧足三里穴位注射。治疗组为接受大黄及复方治疗者, 患者入ICU

或腹腔术后2~3d不再需持续胃肠减压时, 即将单味大黄20g加沸水150ml浸泡15min后胃管注入, 每日1次; 或直接予复方大黄枳术汤(大黄10g, 枳实10g, 白术15g)150ml, 每日1次。所有患者均在服药后48h内评价疗效。对照组无效者改用单味大黄或大黄枳术汤治疗(计入治疗组)。单味大黄无效者也改用大黄枳术汤继续观察。对照组30例; 治疗组109例次, 其中仅给予单味大黄40例次, 大黄枳术汤69例次。

两组均予法莫替丁及其他基础治疗(积极治疗原发病, 抗感染, 保持水、电解质、酸碱平衡, 呼吸机支持, 肠外营养等)。两组一般情况和急性生理学与慢性健康状况评分I(APACHE I)比较差异无统计学意义。

1.3 观察指标与疗效判断: 观察并记录患者用药后肠鸣音恢复、排便及能否耐受肠道营养(米汤水、能全力)情况。上述任一药物服用48h内出现肠鸣音恢复及排便, 即予适量肠道营养。能耐受整蛋白制剂能全力者视为显效; 仅能耐受少量(每次50~80ml)米汤水, 改用能全力则出现胃潴留者为有效; 服药48h仍无上述效应者为无效。

1.4 统计学方法: 采用 $\chi^2$ 检验对数据进行统计学分析,  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果: 对照组30例, 总有效5例, 总有效率为16.7%, 无效的25例纳入治疗组继续治疗。治疗组共109例次, 总有效95例次, 无效14例次, 总有效率为87.2%。两组总有效率比较差异有显著性( $\chi^2 = 57.9, P < 0.01$ )。

进一步分析单味大黄与大黄枳术汤疗效, 单味大黄组40例次中显效19例次, 有效5例次, 总有效率为60.0%。大黄枳术汤组69例次中显效46例次, 有效9例次, 总有效率为79.7%。显效率

( $\chi^2 = 3.86$ )和总有效率( $\chi^2 = 4.93$ )比较, 差异均有显著性( $P$ 均 $< 0.05$ )。

## 2 讨论

胃肠道在MODS发病中的作用已得到公认, 从而突出了保护胃肠道的重要性, 尽早开启胃肠道并安全地给予肠内营养, 能有效保护胃肠黏膜屏障功能, 阻断肠源性内毒素血症及全身炎症反应综合征(SIRS)的放大。

祖国医学早有“有胃气则生, 无胃气则死”、“脾胃乃后天之本”的论述, 这与现代医学的认识有着惊人的一致性。尽早开启胃肠道的策略充分体现出“扶正祛邪”治疗大法。由于应激、缺血、缺氧、广谱抗生素的广泛使用等因素, 危重病患者普遍存在胃肠道功能不全, 入住ICU者大多需要使用呼吸机进行呼吸支持, 正压通气及镇静肌松剂的应用加重了肠道功能损害及恢复的难度。

近年已有大量临床研究大黄在开启胃肠道方面的报告。陈德昌等<sup>[2,3]</sup>的研究证实, 大黄能提高脓毒症胃肠黏膜的血流量及黏膜内pH值(pHi), 促进胃肠蠕动功能的恢复, 排泄肠内细菌和毒素, 保护胃肠黏膜屏障, 减少肠源性内毒素血症的发生。一般多认为大黄通肠的效果明显优于西药胃动力药<sup>[4,5]</sup>, 这与本组结论相似。但在应用大黄开启胃肠道的研究中仍有不少问题需进一步探讨。本研究结果显示, 单味大黄的总有效率约60.0%, 而基于辨证论治的复方大黄枳术汤则可大大提高疗效。因此, 如何完善大黄应用方案, 提高疗效是急需解决的问题, 尤其在目前大多数从事危重病医学的西医多未接受过系统的中医理论训练现状下, 更显其重要性。

MODS研究中引入急性虚证的概念是中医参与MODS发病机制研究中的一大亮点<sup>[6]</sup>。急性虚证是指致病因素导致机体短时间内出现阴阳、气血、脏腑

作者简介: 侯杰(1966-), 男(汉族), 河南永城人, 副主任医师, 主要从事危重症临床与研究。

功能迅速虚衰的综合征,它不同于传统理论“久病多虚”的观点,起病急、变化快、并发症多、病情危重。临床多表现为面白无华,少气懒言,乏力,动则诸证加剧,纳差,舌淡,脉虚弱等急性气虚证候,兼见便秘、腹胀、肠鸣音消失,不耐受饮食等腑实证。其证候特点主要是以虚为主的标急证,正虚兼邪实,虚实夹杂。

大黄苦寒,具有泻下除瘀、荡涤胃肠、推陈出新之功效,用于本已属虚证有进一步伤脾胃之嫌,这可能是单用大黄未能奏效的原因。大黄枳术汤将《金匱要略》大承气汤与《脾胃论》枳术丸方义柔合参半,取大黄泻下解毒,枳实破气通降,加强泻下,配大量白术突出健脾益气,生津润燥,共奏脾健气行,促进肠胃功能恢复,增强对饮食的承受,并可避免大黄苦寒峻下、损伤胃气的偏性作用<sup>[7]</sup>。不难看出,与单味大黄相比,大黄枳术汤更能针对急性虚证的病理特点,谙合辨证论治精髓,因此疗效上较优。我们认为,危重病患者应用大黄枳术汤开启胃肠道功能具有重要的普遍意义。

本研究中仍有 14 例依上法未能显示效果;2 例 COPD 患者表现为阳虚寒实证,改用大黄附子汤(大黄、附子、细辛、甘草);1 例有机磷农药中毒;2 例糖尿病酮症酸中毒者阴虚津亏证明显,改用大黄增液汤(大黄、生地、玄参、麦冬),肠道功能得以开启利用;3 例有机磷农药中毒者则在多种方法仍无效后,予番泻叶泡服始见效;6 例肠道始终无法开启者病种分布为 MODS 3 例、脓毒性休克 1 例、肝硬化晚期 1 例、重症急性胰腺炎 1 例,病情更加危重。分析原因可能与肠道高度水肿,应用肌松剂及循环不稳定,持续使用大剂量儿茶酚胺类药物,肠道持续严重缺血等因素有关。

值得注意的是,MODS、重症肺炎等肠道严重水肿及持续肌松状态者经大黄类治疗后,胃肠功能部分恢复,仅能耐受粥水饮食。粥水饮食能部分满足肠道的黏膜营养,已能起到保护黏膜屏障功能、阻断肠源性内毒素血症的有益作用,此种情况下,不急于、也无必要强调给予全部肠内营养支持,否则,欲速则不达。

参考文献:

[1]张英谦,田利远,胡皓夫. 大黄对肠道细菌易位预防作用及检测方法的探讨[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8:182-184.  
 [2]陈德昌,杨兴易,景炳文,等. 大黄对多器官功能障碍综合征治疗作用的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2002,9:6-8.  
 [3]陈德昌,景炳文,杨兴易,等. 大黄对危重症患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学,2000,12:87-90.  
 [4]段宝民,李夏鸣,速锦涛,等. 大黄对危重病机械通气患者胃肠道并发症救治作用的研究[J]. 临床荟萃,2004,19:949.  
 [5]孙英杰,万里姝,周传丽. 大黄和西沙必利治疗重症胰腺炎并胃肠功能不全的对比观察[J]. 中国医师杂志,2004,6:852.  
 [6]王兵,张晔,多器官功能障碍综合征中急性虚证发病与辅助 T 淋巴细胞 1/2 平衡之间的关系及治疗对策[J]. 中国中西医结合急救杂志,2005,12:58-61.  
 [7]赵德语. 大黄在腹胀虚证中的应用[J]. 辽宁中医杂志,2000,27:413.

(收稿日期:2005-12-12)

(修回日期:2006-04-16)

(本文编辑:李银平)

• 消息 •

第 13 届中国科技论文统计结果

2004 年度各类医疗机构论文产出结果(前 20 位)

2004 年 SCI 收录 论文数排序	2004 年 MEDLINE 收录论文数排序	2004 年度国内论文 被引用次数排序	2004 年度国内 论文数排序	2004 年度国内和国际论文总数 较多的 20 所医疗机构排序
北京大学第一医院	上海第二医科大学上海第九人民医院	解放军总医院	解放军总医院	解放军总医院
第四军医大学西京医院	四川大学华西医院	第四军医大学西京医院	华中科技大学同济医学院同济医院	华中科技大学同济医学院同济医院
浙江大学附一院	中国协和医科大学北京协和医院	北京大学第一医院	第四军医大学西京医院	第四军医大学西京医院
四川大学华西医院	北京大学第一医院	中国协和医科大学北京协和医院	四川大学华西医院	四川大学华西医院
华中科技大学同济医学院同济医院	解放军总医院	第二军医大学长海医院	华中科技大学同济医学院协和医院	华中科技大学同济医学院协和医院
解放军总医院	浙江大学第一医院	第三军医大学西南医院	第三军医大学西南医院	第三军医大学西南医院
中南大学湘雅二医院	南方医科大学南方医院	南方医科大学南方医院	第二军医大学长海医院	第二军医大学长海医院
北京大学第三医院	华中科技大学同济医学院同济医院	四川大学华西医院	中南大学湘雅医院	中南大学湘雅医院
中国协和医科大学北京协和医院	浙江大学第二医院	南京军区南京总医院	南方医科大学南方医院	南方医科大学南方医院
南京军区南京总医院	第四军医大学西京医院	解放军三〇二医院	中国协和医科大学北京协和医院	中国协和医科大学北京协和医院
医科院北京阜外医院	北京大学人民医院	中山大学第一附属医院	武汉大学人民医院	武汉大学人民医院
复旦大学中山医院	上海第二医科大学附属瑞金医院	第二军医大学长征医院	南京军区南京总医院	南京军区南京总医院
华中科技大学同济医学院协和医院	北京大学第三医院	上海第二医科大学附属瑞金医院	上海第二医科大学附属瑞金医院	上海第二医科大学附属瑞金医院
复旦大学华山医院	华中科技大学同济医学院协和医院	华中科技大学同济医学院同济医院	中南大学湘雅二医院	北京大学第一附属医院
武汉大学人民医院	第二军医大学长海医院	复旦大学附属华山医院	北京大学第一附属医院	中南大学湘雅二医院
南方医科大学南方医院	复旦大学附属中山医院	中南大学湘雅医院	中山大学第一附属医院	中山大学第一附属医院
第三军医大学西南医院	中山大学第一医院	第四军医大学唐都医院	第三军医大学新桥医院	第三军医大学新桥医院
南京医科大学附一院	第三军医大学西南医院	中南大学湘雅二医院	第三军医大学大坪医院	第三军医大学大坪医院
上海第二医科大学附属瑞金医院	医科院阜外心血管病医院	第三军医大学大坪医院	南京医科大学第一附属医院	南京医科大学第一附属医院
中山大学附一院	中国医科大学第一附属医院	北京大学人民医院	山东大学齐鲁医院	山东大学齐鲁医院