健脾和胃法对危重症患者胃肠功能障碍的防治作用及对患者危重程度的影响

陈华琼　郭应军　侯杰　刘八一　王国军　李平　陈侯君

（广东省中山市中医院　中山 528400）

摘要：目的：观察健脾和胃中药汤剂对危重症患者胃肠功能障碍的防治作用及对血乳酸水平的影响。方法：选择 2007 年 9 月~2014 年 7 月中山市中医院 ICU 收治的危重症患者 120 例，根据有无胃肠道功能不全分为阴性组和阳性组，再随机分为阴性组治疗组、对照组和阳性组治疗组、对照组，每组 30 例。对照组应用制酸剂及胃肠黏膜保护剂防治胃黏膜损伤；注意肠道菌群变化，应用微生物制剂维持肠道正常菌群比例，肠道菌群失调时可予口服万古霉素。从患者入 ICU 开始，以患者病情好转转出 ICU、死亡或自动出院为治疗终点，及早配合鼻饲白粥水或胃肠道内营养（能全力）。治疗组在对照组基础上加用自拟健脾和胃汤治疗，5 d 为 1 个疗程，不足 5 d 转出 ICU 或自动出院、死亡者，转出前或自动出院、死亡前收集观察指标。观察胃肠功能的改善情况、治疗前后各组患者 MODS 评分及 APACHEⅡ评分的变化。结果：治疗组 ICU 住院天数明显减少、ICU 住院费用明显降低（$P<0.01$），对死亡率无明显影响，胃肠减压时间、肠鸣音正常时间、肠内营养时间明显缩短（$P<0.05$），MODS 评分及 APACHEⅡ评分明显减少（$P<0.01$）。结论：健脾和胃法对危重症患者胃肠功能障碍具有防治作用，可缩短 ICU 住院天数、减少 ICU 住院费用、缩短胃肠减压时间、及早恢复肠内营养时间，降低患者 MODS 评分及 APACHEⅡ评分，能明显减轻患者危重程度。

关键词：胃肠功能障碍；危重症；健脾和胃；中西医结合疗法

中图分类号：R574.4　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.06.010

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2007 年 9 月 ~2014 年 7 月中山市中医院 ICU 收治的危重症患者 120 例，其中男 74 例，女 46 例，年龄 17~95 岁，平均年龄（60± 18）岁，根据有无胃肠道功能不全分为阴性组和阳性组，再随机分为阴性组治疗组和对照组，阳性组治疗组和对照组，每组 30 例。A 组（阴性组治疗组）男 18 例，女 12 例；年龄 18~89 岁，平均年龄（58± 21）岁。B 组（阳性组治疗组）男 19 例，女 11 例；年龄 18~95 岁，平均年龄（62± 17）岁。C 组（阴性组对照组）男 19 例，女 11 例；年龄 26~91 岁，平均年龄（62± 16）岁。D 组（阳性组对照组）男 18 例，女 12 例；年龄 17~89 岁，平均年龄（60± 19）岁。四组患者在性别、年龄、病情、病程、APACHEⅡ评分、临床表现、合并疾病等方面比较均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

1.2　纳入及排除标准　纳入标准：本院 ICU 危重症患者，包括神经系统疾病、呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、内分泌系统疾病、肾脏疾病、凝血功能障碍、多发性创伤、理化中毒等单项或多项危重病，伴或不伴多脏器功能不全患者。无论患者是否出现胃肠道功能不全，均为入选病例。排除标准：所选患者排除入住 ICU 不足 24 h，小于 14 岁，腹部术后未排气患者、机械性肠梗阻患者以及术后麻醉复苏患者。

1.3　研究方法　所有患者均予评估病情严重程度及针对性监护，处理原发病，防治休克，使用抗生素，止住触发因子，辅助通气，稳定循环，保护脏器功能，营养支持，维持机体内环境平衡，增强免疫力，防止并发症等对症支持治疗。对照组对保护胃肠道功能应用制酸剂及胃肠黏膜保护剂防治胃黏膜损伤；注意肠道菌群变化，应用微生物制剂维持肠道正常菌群比例，肠道菌群失调时可予口服万古霉素。治疗组在对照组治疗基础上加用健脾和胃汤，组成：生黄芪 15 g、白术 10 g、茯苓 15 g、白芍 15 g、当归 10 g、丹参 15 g、生大黄 10 g（后下）、木香 10 g、鸡内金 10 g、莱菔子 10 g、生麦芽 15 g、苏叶 10 g、黄连 5 g、吴茱萸 5 g，甘草 5 g，制剂由本院中药房煎制成水煎剂，水煎 2 次，每剂取汁 170 ml，每日 2 剂口服或鼻饲，5 d 为 1 个疗程，不足 5 d 转出 ICU 或自动出院、死亡者，转出前或自动出院、死亡前收集观察指标。

1.4　评分标准　采用急性生理学和慢性健康评分Ⅱ（Acute Physiology And Chronic Health Evaluation Ⅱ，APACHEⅡ）[1] 和多器官功能不全评分（Multiple Organ Dysfunction Score，MODS）[2]，对治疗前后的严重程度进行评估。

1.5　统计方法　所有资料输入 SPSS17.0 软件包进行统计分析，计数资料采用 χ^2 检验；计量资料以均数± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，采用 t 检验，$P<0.05$ 为具有统计学意义。

2　结果

2.1　各组患者治疗效果比较　A 组与 C 组 ICU 住

院天数、ICU 住院费用比较，$P<0.01$；B 组与 D 组 ICU 住院天数、ICU 住院费用比较，$P<0.01$；A 组与 C 组死亡率比较，$P>0.05$；B 组与 D 组死亡率比较，$P>0.05$。见表 1。

表 1　各组患者治疗效果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	ICU 住院天数(d)	ICU 住院费用(万元)	死亡率(%)
A 组	30	4.3± 1.7	4.9± 0.6	10.0
B 组	30	5.4± 1.8	6.1± 0.7	16.7
C 组	30	5.6± 1.8	6.6± 0.9	13.3
D 组	30	6.8± 1.9	8.1± 1.2	20.0

2.2　各组患者胃肠减压时间、肠鸣音正常时间、肠内营养时间比较　A 组与 C 组胃肠减压时间、肠鸣音正常时间、肠内营养时间比较，$P<0.05$；B 组与 D 组胃肠减压时间比较，$P<0.01$，B 组与 D 组肠鸣音正常时间、肠内营养时间比较，$P<0.05$。见表 2。

表 2　各组患者胃肠减压时间、肠鸣音正常时间、肠内营养时间比较(d，$\bar{x}\pm s$)

组别	n	胃肠减压时间	肠鸣音正常时间	肠内营养时间
A 组	30	1.4± 1.3	3.2± 1.1	3.4± 1.6
B 组	30	4.3± 1.3	4.7± 2.3	5.3± 2.3
C 组	30	2.0± 1.4	3.9± 1.5	4.3± 1.7
D 组	30	6.2± 2.0	6.4± 3.2	6.8± 3.0

2.3　各组患者治疗前后 MODS 评分比较　治疗前各组比较，$P>0.05$；各组与本组治疗前比较，$P<0.01$；A 组与 C 组治疗后比较，$P<0.01$；B 组与 D 组治疗后比较，$P<0.01$。见表 3。

表 3　各组患者治疗前后 MODS 评分比较(分，$\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P
A 组	30	3.3± 1.4	1.2± 0.4	<0.01
B 组	30	3.4± 1.8	1.3± 1.0	<0.01
C 组	30	3.3± 1.5	2.2± 1.4	<0.01
D 组	30	3.5± 1.9	2.5± 1.7	<0.01

2.4　各组患者治疗前后 APACHEⅡ评分比较　治疗前各组比较，$P>0.05$；各组与本组治疗前比较，$P<0.01$；A 组与 C 组治疗后比较，$P<0.01$；B 组与 D 组治疗后比较，$P<0.01$。见表 4。

表 4　各组患者治疗前后 APACHEⅡ评分比较(分，$\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P
A 组	30	12.9± 1.9	3.1± 1.7	<0.01
B 组	30	12.8± 1.8	6.1± 2.3	<0.01
C 组	30	13.1± 2.1	7.3± 2.9	<0.01
D 组	30	13.0± 2.0	9.3± 3.1	<0.01

3　讨论

危重患者肠道内细菌及内毒素易位其中重要的病理条件为肠道黏膜屏障功能的损害。许多因素能使危重病患者肠道黏膜及免疫屏障丧失正常功能，其中一个重要因素就是营养。营养不良在肠道最明显的表现是肠绒毛的萎缩，这种萎缩不能被胃肠外营养纠正。预防是最好的治疗，对于不同病因的危重病患者，要保护其肠道黏膜功能的良好[3]。在危重患者抢救中，胃肠功能尽快恢复对提高抢救成功率起重要作用，胃肠营养是其关键环节及影响预后的重要因素之一。赵胜等[4]认为胃肠功能衰竭是危重症的治疗难点，临床按通腑泻下、活血化瘀、清热解毒及健脾益气为原则治疗。中医理论认为脾胃为后天之本，脾胃为气血生化之源，脾为元气之母，有胃气则生，无胃气则死，顾护胃气，脏腑皆赖脾胃之气以为生，脾胃纳运功能正常，水谷精微物质充盛，则营卫协调，五脏安和，机体功能正常；脾胃居于中焦，通连上下，是气机升降出入运动的枢纽，只有脾胃的升降正常，出入有序，才能维持机体的正常生理功能，若脾胃气机升降失调，或升降太过，或升降不及，或升降反作，则不仅消化功能发生紊乱，而且内而五脏六腑，外而四肢九窍，均会导致疾病的发生。故对于危重病患者的抢救中，调理脾胃气机升降是一个重要方法。方剂说明：生黄芪、白术、茯苓、甘草补脾益气，当归、白芍补血和血，上药合用取八珍补益气血之意；加丹参凉血活血化瘀安神；吴茱萸、木香辛、苦、温，苏叶辛、温，黄连、大黄苦、寒，上述五药相伍为用，含黄连配吴茱萸的左金、木香配黄连的香连丸、苏叶配黄连的苏叶黄连汤之意，因其辛开苦降，起斡旋中焦气机的作用，奏清热化湿、和胃止呕之功；鸡内金、莱菔子、生麦芽甘、平，共奏健胃消食之功；甘草调和诸药，为使药。诸药合用，共奏健脾益气、清热和胃、健胃消食之功。本研究显示，健脾和胃法对危重症患者胃肠功能障碍具有防治作用，可缩短 ICU 住院天数、减少 ICU 住院费用、缩短胃肠减压时间、及早恢复肠内营养时间，降低患者 MODS 评分及 APACHEⅡ评分，能明显减轻患者危重程度。对降低死亡率无明显影响，有待进一步行更大样本研究。

参考文献

[1]Knaus WA,Draper EA,Wagner DP,et al.APACHE Ⅱ:A severity of disease classification system[J].Crit Care Med,1985,13(10):818-829
[2]Marshall JC,Cook DJ,Christou NV,et al.Multiple organ dysfunction score:a reliable descriptor of a complex clinical outcome[J].Crit Care Med,1995,23(10):1638-1652
[3]王今达.多脏器功能失常综合征与肠道内细菌及内毒素易位[J].中国危重病急救医学,1995,7(6):321-323
[4]赵胜,廖小明,钟小兰.简谈中西医对重症胃肠功能衰竭的认识和中医治则[J].贵阳中医学院学报,2006,28(6):7-8

(收稿日期：2015-01-23)

欢迎广告惠顾！　欢迎投稿！　欢迎订阅！