

川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平影响的临床研究

王克俭 朱桂松 诸虹 吴同启 陈华尧

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘要 目的:观察川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平的影响。方法:将32例胃肠功能紊乱的危重症患者按照随机数字表法分为治疗组17例和对照组15例,2组均结合基础病给予相应常规内科治疗,治疗组在此基础上加用川黄合剂(50mL/次,3次/d),疗程2周。分别于治疗前及治疗第7、14d测定并比较2组患者促胃液素(GAS)、胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)水平,统计急性生理与慢性健康评分(APACHE II评分)和胃肠功能障碍评分。结果:2组患者治疗后APACHE II评分、胃肠功能障碍评分较治疗前有不同程度降低,治疗第14日治疗组上述评分均明显低于对照组($P<0.05$);治疗后治疗组GAS、MTL水平均较治疗前明显升高($P<0.05$),也明显高于同期对照组($P<0.05$),VIP水平平稳;对照组治疗后VIP水平较治疗前明显上升($P<0.05$)。结论:川黄合剂可通过调整胃肠激素水平,改善危重症胃肠功能障碍患者的临床症状。

关键词 危重症 胃肠功能紊乱 胃肠激素 川黄合剂 中西医结合疗法

中图分类号 R459.7

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)11-0038-03

重症患者易发生胃肠功能紊乱,具体包括消化吸收障碍、动力障碍和屏障障碍等,临床表现为腹胀、腹痛、无排便排气及消化道出血等,查体可见腹部膨胀、肠鸣音减弱或消失^[1]。胃肠功能障碍易造成肠道细菌移位,肠源性感染,成为多脏器功能障碍综

合症(MODS)的启动因素之一^[2],加重了患者的治疗负担。我们临床使用川黄合剂治疗胃肠功能紊乱等病症,取得了较好的疗效。本研究观察了川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平的影响,探索其治疗机制,现将结果报道如下。

基金项目:南京市医学科技发展项目(YKK14144)

参考文献

- [1] 张海东,李峰,马翊斌.脑卒中后抑郁的研究进展[J].卒中与神经疾病,2014,21(1):63.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):.
- [3] 李雪荣,苏林雁,罗学.中国精神疾病分类与诊断标准第三版(CCMD-3)儿童青少年部分的修订与现场测试[J].中国心理卫生杂志,2002,16(4):2301.
- [4] 赵燕,李雪,徐雯洁,等.抑郁症患者HAMD量表因子分与证候要素的相关性分析[J].天津中医药,2009,26(6):515.
- [5] 寇鹏,石学敏.醒脑开窍法针刺治疗中风疗效回顾及NIHSS量表评价分析[J].山西中医,2015,31(5):41.
- [6] 吴进纯,杨波,罗成凤,等.疏肝解郁胶囊配合综合心理干预对脑卒中后抑郁症的30例分析[J].重庆医学,2014,43(4):419.
- [7] 郭瑜韩.心理干预对脑卒中吞咽障碍后抑郁患者的效果观察[J].中外医学研究,2013,11(35):99.
- [8] 潘小丽.脑卒中患者应用舒适护理的效果观察[J].中国现代医生,2013,51(27):100.
- [9] 杨玲俐,张志璐.卒中后抑郁的流行病学及临床特点[J].中国卒中杂志,2007,2(11):907.
- [10] 段思羽,赵庆华.中风后抑郁症的中医护理干预疗效探析[J].时珍国医国药,2012,23(7):1842.
- [11] FITZPATRICK A M, TEAGUE W G, MEYERS D A, et al. Heterogeneity of severe asthma in childhood: Confirmation by cluster analysis of children in the National Institutes of Health/National Heart, Lung, and Blood Institute Severe Asthma Research Program[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2011, 127(2): 383.
- [12] 于文娟,朱丽萍.中医药治疗抑郁症的研究进展[J].精神医学杂志,2012,25(5):396.

第一作者:周荣(1984—),男,医学硕士,主治医师,研究方向为中西医结合情志病防治。

通讯作者:胡万华,本科学历,主任医师,硕士研究生导师。2245980195@qq.com

收稿日期:2017-07-19

编辑:王沁凯 强雨叶(助理)

1 临床资料

1.1 一般资料 32例均来自南京市中医院ICU、急诊ICU及神经科ICU,按照随机数字表法随机分为2组。治疗组17例:男14例,女3例;平均年龄(79.1 ± 6.5)岁;平均APACHE II评分(18.5 ± 6.4)分;平均胃肠功能障碍评分(5.4 ± 2.0)分。对照组15例:男11例,女4例;平均年龄(81.4 ± 5.6)岁;平均APACHE II评分(18.9 ± 4.8)分;平均胃肠功能障碍评分(5.8 ± 2.3)分。2组患者在性别、年龄、APACHE II评分及胃肠功能障碍评分等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 危重症胃肠功能障碍诊断标准参照1995年庐山会议MODS病情分期诊断及严重程度评分标准及2007年中华医学会急诊医学分会危重病专业委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会联合制定的诊断标准拟定^[3-4]。诊断标准:轻度或重度腹部胀气,肠鸣音减弱或消失(持续时间超过24h),麻痹性肠梗阻,具备1项即可诊断胃肠功能障碍。

1.3 纳入标准 符合APACHE II评分15分以上的危重症患者;符合危重症胃肠功能障碍诊断标准;年龄在18~85岁之间。

1.4 排除标准 既往有胃肠功能衰竭、肿瘤、严重肝病、肺纤维化、肺结核等病史者;胃肠道手术后或因消化系统疾病入院者;中医辨证不属实证或标实证,或治疗中“虚不耐攻”者;合并凝血功能障碍者;不能按规定用药或服药治疗不满疗程,无法判定疗效或资料不全等,影响疗效或安全性判断者;妊娠或哺乳期妇女;过敏性体质或对多种药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 结合基础病给予相应内科常规治疗,包括液体复苏、机械通气、营养支持、管理血压血糖、抗感染等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用川黄合剂,药物组成:生大黄10g、川芎6g,水煎150mL,每日1剂,分3次口服或鼻饲。

2组均连续治疗14d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前及治疗后第7、14d对2组患者进行APACHE II评分和胃肠功能障碍评分(评分量表见表1);酶联免疫吸附(ELISA)法于治疗前及治疗第7、14d测定2组患者血浆促胃液素(GAS)、胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)水平。

表1 胃肠功能障碍评分量表

事件	评分	事件	评分
禁食	1	腹痛	2
反流	2	腹泻	2
胃肠减压	1	肠鸣音减弱	1
胃潴留	2	肠鸣音消失	2
腹胀	2	便秘	2

注:胃潴留,胃残留量每天超过200mL;便秘,连续3天无排便;腹泻,日排便次数超过3次,伴或不伴有粪便超过200g/d;肠鸣音减弱,肠鸣音数分钟才听到1次;肠鸣音消失,连续听诊3~5min未听到肠鸣音。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS 21.0统计软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;计数资料用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者APACHE II评分、胃肠功能障碍评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后APACHE II评分、胃肠功能障碍评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	例数	时间	APACHE II评分	胃肠功能障碍评分
治疗组	17	治疗前	18.5 ± 6.4	5.4 ± 2.0
		治疗第7d	$14.2 \pm 5.6^*$	$4.2 \pm 1.9^*$
		治疗第14d	$11.6 \pm 4.1^{*#}$	$2.3 \pm 1.7^{*#}$
对照组	15	治疗前	18.9 ± 4.8	5.8 ± 2.3
		治疗第7d	17.3 ± 6.3	4.7 ± 1.8
		治疗第14d	$15.4 \pm 5.7^*$	$4.1 \pm 2.1^*$

注: *与本组治疗前比较, $P < 0.05$; #与对照组治疗同时期比较, $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组患者胃肠激素水平比较 见表3。治疗前,2组患者GAS、MLT、VIP水平比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,对照组GAS、MLT水平与治疗前比较,差异无统计学意义;治疗组GAS、MLT水平随治疗时间延长而逐渐升高,明显高于治疗前与同时期对照组($P < 0.05$)。治疗后,治疗组VIP水平与治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组VIP水平较治疗前明显升高($P < 0.05$),也明显高于同时期治疗组($P < 0.05$)。

表3 治疗组与对照组治疗前后胃肠激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	例数	治疗前	第7天	第14天
GAS (pg/mL)	治疗组	17	51.8 ± 6.5	$60.1 \pm 5.5^{*#}$	$65.9 \pm 5.7^{*#}$
	对照组	15	50.3 ± 3.6	49.6 ± 2.1	51.2 ± 4.9
MLT (pg/mL)	治疗组	17	87.9 ± 12.1	$98.2 \pm 15.2^{*#}$	$104.8 \pm 15.4^{*#}$
	对照组	15	86.9 ± 8.9	84.4 ± 9.1	85.3 ± 10.3
VIP (pg/mL)	治疗组	17	75.8 ± 7.8	$76.0 \pm 9.0^*$	$75.6 \pm 10.0^*$
	对照组	15	77.3 ± 9.4	$85.6 \pm 7.3^*$	$90.7 \pm 9.1^*$

注: *与本组治疗前比较, $P < 0.05$; #与对照组治疗同时期比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

重症患者易发生胃肠功能紊乱,胃肠道在疾病演变中起着至关重要的作用,参与着全身炎症反应综合征(SIRS)和MODS的病理生理过程^[5]。危重症患者一旦出现胃肠功能障碍,往往提示病情加重或预后不良。胃肠动力障碍是胃肠功能障碍的主要表现形式,可导致肠道细菌的过度繁殖,使肠腔内细菌滋生和黏膜功能受损,大大增加了肠源性的全身感染甚至MODS的发生率。目前的研究认为,胃肠动力障碍涉及多种因素,其中胃肠道激素紊乱具有重要地位。GAS可以促进胃酸和胃蛋白酶分泌,促进消化道黏膜生长,对胃肠运动有中等程度的刺激作用,可以提高幽门泵的活动,使幽门舒张而促进胃排空,还可以直接刺激胃肠平滑肌细胞收缩。MTL可以引发消化间期移动性复合动力(migrating motor complex, MMC),从而起着“清道夫”的作用^[6],保持胃和小肠不瘀滞,防止胃肠道细菌过度生长。VIP是抑制胃肠运动的主要激素之一,在胃肠道中含量最高,具有抑制胃酸和胃蛋白酶的分泌、松弛消化道括约肌、减慢胃排空、抑制小肠运动、参与结肠扩张和疼痛刺激导致的胃反射性松弛等作用。

现代医学对肠功能障碍最主要的干预措施包括肠内营养、补充谷氨酰胺、应用生态制剂等。肠内营养治疗已成为包括脓毒症在内的所有危重症病人的标准治疗之一。然而,危重症患者对于肠内营养的耐受能力降低,并可导致相关并发症,使得肠内营养难以有效实施。补充谷氨酰胺,早期多项随机对照研究及Meta分析显示,可能降低感染风险,缩短住院时间,并降低死亡风险^[7]。近年来REDOXS研究显示,早期接受肠外营养联合肠内谷氨酰胺治疗重症患者的病死率增加^[8]。应用肠道生态制剂有助于维护肠道的生物屏障,减少细菌、内毒素的移位。

中医学认为,脾胃是饮食水谷消化吸收、精微物质疏布的主要场所,为后天之本,也是全身气机升降出入的重要枢纽,《内经》中更是提出“有胃气则生,无胃气则死”的观点。川黄合剂由川芎、大黄两味药物组成。大黄是治疗胃肠功能障碍应用最为广泛的中药,其性寒,味苦,具有泻热通肠、凉血解毒、逐瘀通经之效,还可以改善微循环、荡涤胃肠内细菌和毒素、促进新陈代谢等。川芎性温,微辛,主归肝、胆、心包经,有行气活血祛瘀止痛之功,性善走窜,周而复始,刘完素认为其“上行头目,下行血海”,为“血中气药”。现代药理学研究认为川芎嗪是川芎的主要有效成分之一,具有良好的抗血小板聚集的作用,能降低血液黏度,抑制自由基生成,阻止钙离子内流,从而改善微循环^[9],同时可以增强其他药物的抗炎作用^[10]。川黄合剂具有理

气开郁、清热解毒、活血化瘀、通里攻下之效,能起到促进胃肠蠕动,增强胃肠血流,改善肠道血运的作用。

本研究结果表明,川黄合剂可以改善危重症患者胃肠功能障碍,降低APACHE II评分,其可能的作用机制是对胃肠激素水平的调整。由于胃肠道功能复杂,缺少评价胃肠功能障碍的金指标,本研究选取了GAS、MTL和VIP作为检测指标,指标数量偏少,需要在今后的研究中采用更多的检测指标探讨川黄合剂治疗危重症患者胃肠功能障碍的疗效机制。

参考文献

- [1] 张敬浩,杨青茹,张建廷,等.医用磁贴对合并胃肠功能障碍的重症肺炎患者的临床疗效[J].临床肺科杂志,2013,18(10):1806.
- [2] ROMBEAU J L, TAKALA J. Summary of round table conference: gut dysfunction in critical illness[J]. Intensive Care Med, 1997, 23(4): 476.
- [3] 王今达,王宝恩.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(经庐山'95全国危重病急救医学学术会讨论通过)[J].中国危重病急救医学,1995,7(6):346.
- [4] 张淑文,王超,阴赓宏,等.多器官功能障碍综合征诊断标准与病情严重程度评分系统的多中心临床研究[J].中国危重病急救医学,2004,16(6):328.
- [5] 董军,张淑文,王宝恩.肠功能障碍与多器官功能障碍综合征[J].中国危重病急救医学,2005,17(12):764.
- [6] 付山峰,孙涛.肠功能障碍诊治进展[J].海军总医院学报,2008,21(1):32.
- [7] GRAU T, BONET A, MIÑAMBRES E, et al. The effect of L-alanyl-L-glutamine dipeptide supplemented total parenteral nutrition on infectious morbidity and insulin sensitivity in critically ill patients[J]. Critical Care Medicine, 2011, 39(6): 1263.
- [8] PONTES-ARRUDA A, DEMICHELE S, SETH A, et al. The use of an inflammation-modulating diet in patients with acute lung injury or acute respiratory distress syndrome: a meta-analysis of outcome data[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2008, 32(6): 596.
- [9] 梁玉红.川芎嗪治疗急性胰腺炎的疗效观察[J].中国误诊学杂志,2009,9(18):4353.
- [10] 朱桂松,何劲松.川芎嗪对高糖诱导后人腹膜间皮转化生长因子-β1和结缔组织生长因子表达的影响[J].上海医学,2009,32(3):252.

第一作者:王克俭(1972—),女,医学学士,副主任医师,研究方向为重症医学。

通讯作者:陈华尧,本科学历,主任医师。
chytem@sina.com

修回日期:2017-07-21

编辑:吴宁