

● 证治心得 ●

蓖麻油及籽的临床应用

牟科媛

(广西壮族自治区玉林市卫生学校附属医院 玉林 537000)

关键词: 瘀肿; 结石; 便秘; 蓖麻油; 消肿通便催产

中图分类号: R 287

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0058-01

自 1991 年~2002 年 3 月,笔者用蓖麻油(先用高压锅把蓖麻油蒸 20min 后才能使用)及籽治疗多种疾病,疗效满意,现报道如下:

1 外伤性瘀血肿痛

蓖麻油有消肿拔毒的功效,配活血化瘀中药如田七、铁包金、走马胎、丢了棒、郁金等适量,并研粉后,用适量蓖麻油调到适宜的湿度外敷,或将上药粉放入蓖麻油中(加防腐剂)浸泡 1 周后外敷,治疗外伤性疼痛、瘀血肿块、椎间盘脱出症等。具有止血止痛快,瘀血肿块的渗出物易吸收消散特点,尤其对皮肤损伤的肿痛,敷上药后,不刺激伤口出现疼痛,且愈合快。用法:每次在肿痛或疼痛的部位上敷约 3mm 厚的药末,每次敷 5~8h,1~2 次/d,肿痛消失后停药。治疗椎间盘突出症时,除用上药外敷外,可配合内服蓖麻油,10mL/次,1~2 次/d,若出现腹泄可适当减量或隔日服,并用止泻药。一般服 2~3 个疗程,每疗程 20d,每疗程停药 5d。经临床观察及 B 超检查提示,在原治疗基础上另加服蓖麻油的病人比不服的病人脱出部位的渗出物吸收短 20~30d。

2 大便秘结

蓖麻润肠通便的功效,是治疗习惯性便秘较有效,而副作用较少,复发率较低的药物。用法:实证病人可直接内服,10mL/次,3 次/d,便秘病程在 5 年以内服药时间约 1 个月,5 年以上服药约 3 个月,服 15d 可停药 5d。虚证用蓖麻油浸黑芝麻(500mL 蓖麻油加黑芝麻 150g),浸 15d 后,5~10mL/次,2~3 次/d。病人难服下时,可另加适量的蜂蜜调和。对产妇便秘,老年性便秘,蛔虫梗阻,肠套叠早期均可用蓖麻油治疗,且较易获效,但如有高粘血症者要慎用。

3 导泻

因蓖麻油润肠通便,其促进肠道蠕动的功效较强,导泻却不引起腹部绞痛。对要拍腹平片、乙状结肠镜、直肠镜、电

子肠镜等检查的病人,在检查 2~4h 前口服 15~25mL 蓖麻油。服 2h 后导泻不明显者,可再加服 10mL。用蓖麻油导泻优点:其一是导泻快,排便彻底,不刺激肠道粘膜的出血点及溃疡面;其二是肠道内残留气体很少,有利于检查者看清原发病灶。

4 胃粘膜保护

据实验研究蓖麻油可明显减轻或缓解消炎止痛类药物对胃粘膜的刺激,有保护胃粘膜的作用。患慢性胃炎及轻度胃溃疡的病人,服消炎止痛药时,轻则诱发胃痛,重则出血,甚至胃穿孔。此类病人先服 10mL 蓖麻油,1h 后再服消炎镇痛药,可避免胃部疼痛、出血、穿孔等。

5 泌尿系结石

蓖麻油的通便功效能促进肠道蠕动,使输尿管加强收缩和扩张;其润滑的功能使结石容易活动而下移,两方面的作用可加快结石排出。方法:10mL/次,疼痛激烈者可服 20~25mL/次,1~2 次/d,(注意:结石一般在 10mm 以下有把握排出时用)服药期间饮水 1 000~1 500mL/d,若同时配服排石的中药及解痉止痛的西药效果更佳。

6 催产

在产科中对正常分娩的产妇,用蓖麻油适量煎鸡蛋给将临产的产妇服,可诱发分娩,加速产程,此项目在全国各地医院普遍开展,且疗效可靠,若同时配蓖麻油内服 10mL/次,1~3 次/d,可明显缩短产程,减轻分娩时的疼痛,减少胎盘滞留。对死胎、宫外孕(无破裂型)及做人流的患者也同样服蓖麻油,可加快其死胎和残留物的排出。

7 其它

用蓖麻子及叶捶碎捣烂后,外敷治疗早中期疔疮肿痛,有较好的治疗作用。治疗胃下垂、直肠脱垂、子宫下垂等亦可收到一定的疗效。方法:红蓖麻子或叶捣烂(下转第 68 页)

畏光,视物模糊。诊得两眼球结膜黄褐色增厚,角膜暗滞,睑内滤泡如卵石铺路,眵出以手拉之如丝,舌苔薄黄。拟调脾消毒散加减,基本方去佩兰 10g,加赤芍 10g、红花 4g,水煎服。外用滴眼液滴双眼,每日 4 次,每次每眼滴 2 滴。治疗 10d 后,两眼黑白有神,睑内滤泡消失,余症亦除。停用滴眼液,原方去地肤子 10g,加蝉蜕 6g、麦芽 10g,再服 10 剂巩固而愈。

5 体会

春季卡他性结膜炎青少年发病率较高,治疗以中西医结合方法最为理想。我们谨守病机,对初期的春季卡他性结膜炎用清脾散散发脾肺郁热,对反复发作的春季卡他性结膜炎

用调脾消毒散理脾化浊,均注重调理脾脏功能,增强人体免疫力。西药醋酸氢化泼尼松外用抗炎、抗过敏,而现代药理学表明中药板蓝根亦具有抗菌、抗病毒之功能^[1]。这样,中西医结合治疗明显提高了治愈率,取得显著效果。

参考文献

[1]李美玉.现代眼科诊疗手册[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994.23

[2]广州中医学院.中医眼科学[M].上海:上海科学技术出版社,1980.48

[3]王锦鸿.新编常用中药手册[M].北京:金盾出版社,1995.31

(收稿日期:2004-03-02)

胰腺分泌有头相、胃相及十二指肠相,其中酸性食物刺激十二指肠粘膜,使之分泌胰酶素,是导致胰酶分泌的重要环节,这种刺激距离幽门越远越小。因此,上段空肠喂养是符合胰腺炎治疗生理要求的,减少胰酶分泌,减轻胰腺负担,使胰腺处于“静息”状态。

4 鼻肠管的放置

4.1 患者胃肠功能恢复后,可在病房内置管,置管 8~12h 后造影透视,以证实鼻肠管是否到达空肠上段。患者取坐位或半坐位,仰卧时头部抬高 30°,颈部前屈 30°,常规操作者站在患者右侧。将引导钢丝完全插入管道,使钢丝末端连接柄与鼻肠管接头处固定,测量插管长度,鼻尖至耳垂至胸骨剑突距离,做一标记。另外,在该测量外 25cm 处各做一记号,管道头部用无菌生理盐水湿润,以利于插管。将管道沿鼻腔壁慢慢插入,方法同胃管放置法,插至第一个记号处,可采用抽收胃液法验证是否在胃内。管道位置确定后,向管道内注入 NS 20mL,将引导钢丝撤出管道约 25cm,距鼻孔约 8~10cm 处握住鼻肠管并保持轻柔推动力,以不至于使着力点至鼻孔一般管体明显弯曲为度。随着患者的呼吸运动,鼻肠管将克服摩擦力而前进数毫米,感觉轻度摩擦阻力,如阻力明显增加,不应盲目用力进管,如果阻力突然消失,提示管端折返胃腔,就退管至 50cm,重新置管,如确插管至第二记号处,将引导钢丝完全取出,管道经过 8~10h 内通过幽门,当管道的第二个标记到达病人的鼻部后固定管道,同时通过 X 线确认其已通过空肠上段后,方可输注营养液。

4.2 如果病人没有胃动力,鼻肠管(不撤出钢丝)在 X 线透视下操作,经鼻插至胃内,检查头部的位置,并调整管道,头部朝幽门方向,将引导钢丝向外退出 2~3cm,使其归于原位,进一步插入,直至越过屈氏韧带,到达空肠上段后,经引导钢丝末端向管道内注入少量 NS,小心撤出钢丝,插管成功。

5 肠内营养液的供给与配制

肠内营养液的供给有渗透压不太高,低粘度的多种要素营养商品供应,基本上分为以氨基酸为氮源及以水解蛋白为氮源的两大类,我科选用以短肽蛋白为氮源的肠内营养混悬液,临床常用百普力肠内营养混悬液,其成份主要有麦糊精、乳清蛋白水解物、植物油、维生素、矿物质和微量元素等人体必需的营养要素,能量密度为 1kcal/mL,其渗透压 400mosml/L。每天能量需求由医师处方而定,对重症胰腺炎的高分解代谢一般能量供给 2 000~3 000kcal。对经济状况差的患者,可由营养师开出营养处方,由营养室科学配制或

1kcal/mL 的低粘度的要素饮食使用,注意无菌操作要求,防止营养液的污染,营养液浓度由低至高,量由少至多,间隔时间由长至短,循序渐进,使病人感到舒适和不引起腹泻为度。同时可减少经济负担。

6 护理要点

(1) 机械性损伤与鼻肠管质硬,管径粗,置管时用力不当或放置时间过长,压迫损伤鼻咽部粘膜有关。(2) 鼻肠管必须通过 X 线确认管道的位置正确,即已越过屈氏韧带到达空肠上段,方可输入营养液。(3) 第一次使用时,NS 500mL 缓慢滴注,滴速可控制约 10 滴/min,观察患者输注后有无不良反应。对初次胃肠道喂养的病人,初始剂量从 1 000kcal/d 开始,在 2~3d 逐渐增加到需要量,正常滴速是 100~125mL/h,即 15~20 滴/min,适宜温度 38~40°C,使用前摇匀,使用前后 NS 冲洗管道,连续输注者,可用恒温输液泵控制速度。防止温度过高烫伤肠粘膜、温度过低引起肠痉挛造成腹泻。(4) 严格执行无菌操作,室温下保存,人工配制者,预调营养液新鲜配制,或在冰箱内保存,4°C 条件下存放不超过 24h。(5) 胃肠并发症,常见腹痛、腹泻,其主要原因与营养液污染、输注速度过快、温度过低、营养液的高渗透压等因素有关。低蛋白血症,因血浆胶体渗透压降低,组织粘膜水肿,影响营养底物经过肠粘膜上皮细胞;同时大量液体因渗透压差进入肠腔而引起腹泻,肠道菌群失调或肠内营养支持某些药物未经完全稀释喂养造成肠痉挛和渗透性腹泻。(6) 代谢性并发症,由于胃肠本身的吸收和调节作用,代谢性并发症很少看到。

7 讨论

在对重症胰腺炎的营养支持治疗与护理中,经鼻肠管行肠内营养支持,显示出较好的优势,其营养供给达到与肠外营养同样的作用,其操作简单,并发症少,风险小,护理难度低,避免肠外营养经深静脉营养难度大、感染风险大、代谢性并发症多、护理要求高等问题。肠内营养代谢性并发症很少发生,感染性并发症少,早期肠内营养减少了重症胰腺炎的炎症反应,也避免了长期肠外营养导致肠粘萎缩、肠粘膜屏障受损、引起细菌移位等并发症。并由于膳食的机械刺激与刺激消化道激素的分泌而加速胃肠道功能与形态的恢复。同时经鼻肠管鼻饲营养价格低廉,经济适用,取材方便,而受到患者的欢迎。

(收稿日期:2004-02-19)

(上接第 58 页),患者置仰卧位,将药敷在百会穴上,保留 4~6h/d,一般敷 3 个疗程,每疗程 20d,每疗程间停药 5d。

8 讨论

由于现代科研人员不断对蓖麻油作药理研究^[1],已对蓖麻油的部分药理作用作了探讨,蓖麻油中主要成分为蓖麻油酸、亚麻仁油酸、硬脂酸等成分,其泻作用部分是通过刺激肠粘膜前列腺素(PG)的合成。据孔庆伟^[2]等实验研究,证明蓖麻油可明显减轻应激、消炎痛和幽门结扎引起的大鼠胃粘膜溃疡,抑制胃酸和胃蛋白酶分泌,阻止大剂量消炎痛对胃

粘膜的损伤,所以对胃粘膜及外伤性皮肤伤口均有保护的作用。因此,蓖麻油及子在临床上做主药及辅助用药的用途较广,且药效可靠、简便、价廉。

参考资料

- [1]中国医学科学院药物研究所.中草药有效成分的研究[M].(第 1 分册).北京:人民卫生出版社,1972.380
- [2]孔庆伟,李汉汀.蓖麻油对三种大鼠溃疡模型的影响[J].中国应用生理学杂志,1990,6(3):287~288

(收稿日期:2004-06-09)