

差异有显著性( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组突发性耳聋患者疗效情况 例

组别	n	痊愈	显著	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	58	8	16	25	9	84.48
对照组	44	4	7	17	16	63.64

### 3 讨论

突发性耳聋病因复杂,大多数学者认为主要是由内耳血液循环障碍、病毒感染等原因引起,其中内耳血液循环障碍可能是最主要病因,且病毒感染也可通过影响局部的微循环而损伤内耳<sup>[1]</sup>。Mierzwa 曾用血液稀释法,降低血液黏稠度,增加局部血流治疗突发性耳聋取得了较好的效果<sup>[2]</sup>。因此改善内耳微循环是治疗突发性耳聋的主要措施之一。

东菱迪芙(巴曲酶注射液)是从南美洲的响尾蛇科毒蛇的毒液中提取的精制络氨酸蛋白酶的单成分制剂,是一种凝血酶类似物,为 231 个氨基酸组成的糖肽<sup>[3]</sup>。其选择性地作用于血浆纤维蛋白原 A 链末端的精氨酸、甘氨酸之间的肽键,使纤维蛋白原分解为纤维蛋白单体,从而有效地降低血浆纤维蛋白原浓度,阻止血小板血栓的形成,但对病人的止血、凝血功能无不良影响<sup>[5,6]</sup>。东菱迪芙还能促进血管内皮细胞释放组织型纤溶酶原激活物(t-PA),消弱纤溶酶原激活物抑制剂(PAD)作用,从而使纤溶酶原转变为纤溶酶,发挥溶栓作用<sup>[7,8]</sup>。且能透过迷路屏障进入内耳,有效改善耳蜗的血供状况<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,在常规方法基础上加用东菱迪芙治疗突发性耳聋有效率较对照组明显提高,说明应用东菱迪芙治疗突发性耳聋可取得较好疗效,而且在所有病例中均没有出现明显的不良反应,值得临床推广。同时在研究中还发现东菱迪芙应用时间愈早疗效愈好,发病 1 周内患者有效率达 93.62%(44/47),治疗无效的患者多数病程在 1 周以上。故我

们认为对于听力损伤 1 周内的突发性耳聋患者,一入院经急查凝血功能正常者,即予以常规方法加东菱迪芙治疗,以期取得更好的疗效;而对于听力损伤已超过 1 周的患者可在此基础上辅以高压氧补救治疗。

### 参考文献

[1]黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.1 011~1 014

[2]中华医学会耳鼻喉科学会,中华耳鼻喉科杂志编辑委员会.突发性耳聋诊断依据和疗效分级[J].中华耳鼻喉科杂志,1997,32(2): 72

[3]Mierzwa K,Schneider G,Muller A.Sudden sensorineural hearing loss during oral anticoagulant therapy [J]. Laryngol Otol ,2004,118(11): 872~876

[4]苏加林,姜志胜,唐朝枢,等.巴曲酶的扩血管作用及其机制探讨[J].中国药理学通报,1998,14(3): 229~231

[5]Meh DA,Siebenlist KR,Bergtrom G,et al. Comparison of the sequence of fibrinopeptide A cleavage from fibrinogen fragment E by thrombin,atroxin,or batroxobin[J].Thromb Res,1993,70: 437~439

[6]Banoinger H,Lammler B, Furlan M.Binding of alpha-thrombin to fibrin depends on the quality of the fibrin net-work [J].Biochem J, 1994,298: 157~159

[7]Tomaru T,Uchida Y,Nakamura F,et al.Enhancement of arterial thrombolysis with native tissue type plasminogen activator by pretreatment heparin or batroxobin:An angioscopic study [J].Am Heart J,1989,117: 275~277

[8]Halvorsen S, Kjongsberg OH,Good GH.The stimulatory effect of soluble fibrin on plas minogen activation by tissue plasminogen activator[J].Thromb Res,1991,61: 453~456

[9]李飞,欲德祥.东菱克栓酶治疗急性脑梗塞[J].中国医院药杂志, 1996,16(8): 346

(收稿日期: 2006-11-08)

## 中西医结合治疗慢性结肠炎 60 例

王爱璞 张丽梅

(河南省郸城县公疗医院 郸城 477150)

关键词:慢性结肠炎;中西医结合疗法;补脾益肠丸;连蒲双清片;甲硝唑片;复方地芬诺酯片

中图分类号:R 574.62

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0042-01

慢性结肠炎是临床常见的消化道疾病,作者用补脾益肠丸、连蒲双清片和甲硝唑治疗慢性结肠炎 60 例,取得良好效果。现报告如下:

### 1 资料和方法

1.1 临床资料 临床选取 100 例慢性结肠炎患者,均来自我院肠道门诊。随机分为治疗组和对照组:治疗组 60 例,其中男 43 例,女 17 例,年龄 13~78 岁,病程 3 个月~12 年;对照组 40 例,男 29 例,女 11 例,年龄 14~76 岁,病程 2 个月~11 年。2 组在性别、年龄、病程等方面差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。所有患者主要表现为五更泻,大便溏,有黏液,无脓血便,大便次数 2~4 次/d,便前肠鸣,腹痛,便后腹痛缓解等。大便常规无白细胞及脓球。

1.2 治疗方法 治疗组 60 例均口服补脾益肠丸、连蒲双清片、甲硝唑片、复方地芬诺酯片,常规服用。对照组 40 例均常

规口服连蒲双清片、甲硝唑片、复方地芬诺酯片,个别病例加用抗生素,但不超过 1 周。2 组均用药 1~3 个疗程。服药期间均忌生冷、刺激饮食及烟酒等。

1.3 疗效判定标准 治愈:临床症状完全消失,未复发;好转:大便基本成型,日大便 1~2 次,均随访 3 年,个别复发,再服药治愈。无效:大便次数同前,临床症状不减。

### 2 结果

治疗组 60 例,治愈 48 例,占 80%;好转 12 例,占 20%;无效 0 例;总有效率 100%。对照组 40 例,治愈 16 例,占 40%;好转 12 例,占 30%;无效 12 例,占 30%;总有效率 70%。2 组对比有显著性差异, $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

慢性结肠炎为脾胃虚寒或肾虚衰,机体免疫力下降,长期饮食生冷及烟酒等刺激均易发病。由于(下转第 81 页)

# 机械通气病人胃肠营养的实施与护理体会

蒋淑蓉 郑再菊 童亚丽

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词: 胃肠营养; 机械通气; 外科护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0081-01

机械通气病人因大量消耗, 极易导致营养不良, 从而对病人产生许多有害的影响。我科自 2001 年 1 月~2005 年 5 月收治机械通气病人 40 例, 均行肠内、肠外营养支持, 收到良好效果。现将肠内营养的实施情况报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 自 2001 年 1 月~2005 年 5 月收治机械通气病人 40 例, 肠外营养的同时均行肠内营养。男性 28 例, 女性 12 例; 年龄 12~65 岁; 颅脑外伤 31 例, 脑出血术后 9 例。

1.2 实施方法 (1) 鼻胃管途径: 机械通气病人置胃管时要将气管导(套)管气囊内气体释放后才能顺利插入。因此插胃管动作要迅速, 以减少因气囊漏气而导致呼吸机通气不足。(2) 以重力或输液泵缓慢均匀输入起初 30~50mL/h, 如病人能耐受可增加至 100mL/h。(3) 胃肠营养方法: 开始胃肠营养第 1 天用 NS 500mL, 第 2 天用 NS 50mL+ 能全力 500mL, 以后每日能全力 1 000mL。

1.3 结果 26 例机械通气病人肠内营养最长 18d, 最短 7d。余 14 例发生腹泻 12 例, 呕吐 2 例, 且均于输注第 2 瓶能全力后发生, 病人拒绝继续应用而改用米汤、牛奶。病人经营养支持后 1 例发生撤机困难。

## 2 护理体会

2.1 鼻饲的优点 严重应激病人多有肠道菌失调, 肠黏膜屏障受到破坏, 易致肠道细菌移位。肠内营养可维护肠道细菌的生态平衡, 维护肠壁结构与细胞功能的完整, 并有助于刺激消化道激素、酶及分泌型 IgA 的分泌, 从而提高肠道免疫的屏障功能, 减少毒素的吸收和细菌移位, 降低病人的感染, 有利于限制机械通气病人的输液量, 胃肠营养可减少输液的用量, 尤其对心功能不全的病人可减轻心脏容量负荷; 胃肠营养制剂相对肠外营养便宜, 减轻了病人的经济负担。

### 2.2 鼻饲的方法

2.2.1 鼻饲管的选择 选择质地软、内径相对较粗、组织相对较好的胃管。我们选用了荷兰捏纽迪希亚公司的鼻胃营养胃管。

2.2.2 插管的技巧 清醒病人在充分做好解释工作后进行, 尽量让其配合操作, 病人平卧位, 胃管通过鼻腔时尽量将胃管向垂直方向进入, 胃管通过鼻咽部时动作要轻柔, 尽量减少因刺激造成的恶心而增加插管的难度。通过气管套囊时, 轻轻旋转胃管, 然后迅速进入食管。如病人发生呛咳, 说明已

误入气道 (有气管插管或气管切开时一般很少误入气管) 应立即拔出导管, 让病人平静后再重插。胃管意外拔出的处理: 因为捏纽迪希亚公司的胃管导丝表面涂有特殊材料, 一次插入后能顺利地拔出导丝, 而在以后再插入后单凭注水就不能拔出导丝, 故它是一次性使用, 但这给病人增加了不必要的费用。我们发现事先在再次插入的胃管内注入 5mL 石蜡油, 就能很顺利地拔出导丝。因而第一次插入后拔出的导丝应妥善保管。

2.2.3 鼻饲制剂的选择 能全力、瑞素呈液体型无需配制, 使用方便, 减少污染机会, 而且有纤维成分, 能促进肠蠕动, 改善肠道排泄物的黏稠度, 可溶性纤维在结肠腔内经厌氧菌分解可生成短链脂肪酸, 为结肠黏膜上皮细胞提供能量。不能耐受能全力时, 可用米汤、菜汤、牛奶等。

2.2.4 输注的速度 我们采用普通输液皮管输注, 但因能全力的瓶盖橡胶常阻塞针尖造成滴入不畅, 加之溶液黏稠, 滴速调节器需耐心调节, 否则要么太快, 要么太慢。如果用输液泵输注, 速度控制较好, 但常因气泡报警需经常察看。要根据输注总量安排好滴速, 一般总量在 16h 以上滴完。过快病人不能耐受而恶心、呕吐、腹泻, 过慢则完不成输液任务。

2.2.5 输注液的温度 理论上鼻饲液的温度应调至 38 摄氏度<sup>[1]</sup>, 但我们除冬季用加热器在胃管外加热外, 其余均在室温下输注, 并未发现温度与腹泻的相关性。

2.2.6 做好管饲的护理 每天输注前先行胃肠减压, 如发现胃潴留在 1 000mL 以上, 要暂缓滴入。输注前一定要证实胃管在胃内。每次注完后用冷开水 20mL 冲洗胃管, 保持胃管通畅, 同时防止营养液留在胃管内而变质。输注胃肠营养的吊瓶一定要与静脉输液吊瓶分开悬挂, 切忌将胃肠营养误入静脉。每天口腔护理 2~3 次。妥善固定胃管, 固定之前先用毛巾擦净病人面部油脂, 再用 3M 输液贴将鼻管固定在面颊上。

2.3 病情观察及并发症的处理 鼻饲营养液后要观察询问病人的主诉, 如腹泻、恶心。本组有 12 例在注入 24~48h 后出现腹泻, 大便常规检查未发现异常, 经减慢滴速后或经 2~3d 适应期后大便次数自然减少。根据医嘱抽取血生化标本, 及时分析评价病人营养状况及有无并发症的发生。

### 参考文献

[1] 许勤, 戴晓冬, 卢翠凤. 经鼻肠管行肠内营养的实施及护理体会[J]. 护理进修杂志, 2005, 15(3): 217~218

(收稿日期: 2006-05-08)

(上接第 42 页) 反复发作, 滥用抗生素, 致使肠道菌群失调, 耐药菌株增加, 给治疗带来一定的难度。单用西药只能暂时缓解症状, 不能解决根本的问题。补脾益肠丸中的党参、当归、黄芪、白术等补脾益气, 补气升阳, 柔肝止痛, 提高机体免疫力; 肉桂、木香、荔枝核、防风、砂仁、延胡索、赤石脂等有温

脾、止泻、解痉、散寒、行气、止痛、涩肠等作用。西药能快速杀菌, 消除症状。但为了避免不良反应, 饭后服药。总之, 补脾益肠丸配合西药治疗慢性结肠炎, 具有标本兼治、花钱少、治愈率高、不易复发、副作用少等特点, 值得临床推广。

(收稿日期: 2006-09-11)