

($P<0.05$), 说明不同 PEEP 水平对呼吸衰竭患者 CVP 值的测量结果存在一定影响。但临床实际中应注意, PEEP 水平过高易导致肺内压升高, 压迫肺泡与心脏血管, 引起恶性心律失常或气压伤等现象。研究结果还显示, 采用不同体位对 CVP 结果有影响($P<0.05$)。30° 半卧位与平卧位时 CVP 值比较无显著性差异($P>0.05$), 考虑与该体位上腔静脉回流增加量与下腔静脉回流减少量相抵, 总回心血量无明显变化有关; 平卧位时 CVP 高于 45° 半卧位时 CVP ($P<0.05$), 考虑与该体位下腔静脉回心血流量受重力影响较大, 右心室前负荷总体减少有关。故本研究认为, 测量 CVP 时, 机械通气患者最好予以 30° 半卧位, 右心功能衰竭患者应保持 45° 半卧位。但吕锡琼等^[4]研究指出, 频繁更换体位测压可能导致中心静脉导管长度变化, 影响病情危重患者 CVP 准确性。为进一步保证 CVP 测量的准确性, 建

议测量时应尽量于患者安静状态下并保持原有体位, 结合循环、呼吸等指标对患者进行综合评判, 为临床治疗提供更佳科学的依据^[5]。综上所述, 不同 PEEP 机械通气及不同体位均可影响呼吸衰竭患者 CVP 测量的准确性, 对病情危重患者应尽量保持原体位进行 CVP 测量。

参考文献

[1] 谭华侨, 胡浩荣, 高东奔, 等. ARDS 患者机械通气时不同呼气末正压对腹腔内压力的影响[J]. 新医学, 2015, 46(4): 250-253
[2] 栾博, 栾梅, 王红嫒, 等. 中心静脉压在机械通气患者的应用及影响因素[J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(28): 82-85
[3] 杨婉丽, 杨立明, 谭晶. 不同呼气末正压机械通气及不同体位对呼吸衰竭患者中心静脉压的影响[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(13): 48-49
[4] 吕锡琼, 肖友雪, 梁蓝芳, 等. 两种体位对心力衰竭患者中心静脉压的影响[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(5): 411-412
[5] 崔晓珊, 孙成英, 姜明远, 等. 机械通气治疗老年间质性肺炎急性加重伴呼吸衰竭患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(24): 6180-6181

(收稿日期: 2017-07-05)

生长抑素联合大承气汤治疗肠梗阻的临床疗效观察

张琪

(河南省驻马店市正阳县人民医院 正阳 463600)

摘要:目的: 观察肠梗阻联合应用大承气汤与生长抑素治疗的临床疗效。方法: 选取我院 2013 年 8 月~2017 年 5 月收治的 110 例肠梗阻患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组各 55 例。对照组给予生长抑素治疗, 观察组给予生长抑素联合大承气汤治疗, 比较两组临床疗效。结果: 治疗后, 两组患者胃肠减压引流量均明显降低, 观察组显著低于对照组($P<0.05$); 观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。结论: 大承气汤与生长抑素联合治疗肠梗阻的疗效显著, 值得临床推广应用。

关键词: 肠梗阻; 大承气汤; 生长抑素; 临床疗效

中图分类号: R574.2

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.039

肠梗阻是临床常见急腹症, 包括麻痹性肠梗阻、肠肿瘤梗阻、肠套叠、肠扭转以及肠粘连等, 临床表现为排便排气停止、恶心呕吐、腹胀与腹痛^[1]。患者发病初期, 梗阻肠段先有功能性与解剖改变, 随着病情的进一步发展, 可发生体液与电解质的丢失, 继发感染、肠壁循环障碍等现象, 最终导致患者出现休克、毒血症, 甚至死亡^[2]。目前, 临床治疗该病主要包括手术治疗和保守治疗两种方法。研究显示^[3], 生长抑素能够有效抑制肠蠕动与胃肠消化道液分泌, 在常规治疗肠梗阻的基础上应用生长抑素具有较好的临床效果。此外, 随着医学研究的不断深入, 我国中医在肠梗阻治疗中的成果也十分耀眼。本研究联合应用大承气汤与生长抑素治疗肠梗阻, 取得良好的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 8 月~2017 年 5 月收治的 110 例肠梗阻患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组各 55 例。观察组男 35 例、女 20 例,

平均年龄(52.21 ± 6.26)岁, 低位梗阻 40 例、高位梗阻 15 例。对照组男 36 例、女 19 例, 平均年龄(52.05 ± 6.12)岁, 低位梗阻 41 例、高位梗阻 14 例。两组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予生长抑素治疗。首先给予患者禁食、纠正水电解质酸碱平衡紊乱以及抗感染等常规治疗; 将 3 mg 生长抑素与 0.9%氯化钠混合至 48 ml, 以 250 $\mu\text{g/h}$ 速度 24 h 持续静脉微量泵入, 1 次/d, 持续 1 周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予大承气汤治疗。药方组成: 莱菔子 30 g、桃仁 10 g、赤芍 15 g、枳实 10 g、芒硝 10 g、生大黄 10 g、川朴 15 g, 水煎至 100 ml。患者取右侧卧位, 经肛门将肛管插入 15 cm, 外接 50 ml 注射器将大承气汤经肛管缓慢注入, 嘱患者留置 30 min。灌入剂量可根据患者耐受程度进行调整。对无呕吐或呕吐症状轻微者, 给予

50 ml 大承气汤口服或胃管注入并夹管 1 h,1 次 /d,持续 1 周。

1.3 观察指标 比较两组患者临床疗效及治疗后胃肠减压量。疗效评定:腹痛、腹胀消失,X 线检查结果显示肠管积液、积气现象消失,立位腹部平片显示腹部肠型、压痛、蠕动波、气液平面、胀气肠袢消失,为显效;临床症状明显减轻,肠梗阻征象部分缓解,为有效;症状、体征无明显缓解,甚至加重,为无效。治疗总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	55	30(54.55)	23(41.82)	2(3.64)	53(96.36)*
对照组	55	23(41.82)	17(30.91)	15(27.27)	40(72.73)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者胃肠减压量比较 治疗前,两组患者胃肠减压量比较无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,两组患者胃肠减压量均明显降低,且观察组显著低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者胃肠减压量比较(ml/d, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	治疗前		治疗后
对照组	55	1 008.25±	110.98	568.99± 15.78
观察组	55	1 020.22±	109.99	278.22± 15.02*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

肠梗阻基本病理改变为肠段发生梗阻后,梗阻近端肠管开始积液、积气,大量液体积聚难以从远端

排出,促使胃肠黏膜分泌、血管通透性和蠕动等方面的一系列改变,使液体外渗、通透性增加以及肠壁充血水肿,最终导致动脉血流受到阻碍,出现肠穿孔、坏死等现象,甚至造成低血容量休克及感染。因此,减少胃肠分泌、通过增强吸收减少梗阻以上肠管内液体积聚是治疗肠梗阻的关键。

生长抑素是一种环状肽类激素,由十四个氨基酸组成,主要在胃肠道自主神经处进行分泌,对胃肠道分泌没有明显的抑制作用。研究显示^[4],在肠外营养的基础上给予生长抑素治疗肠梗阻,能够有效减少胃肠消化液的分泌量与梗阻以上肠管内液体积聚量。此外,生长抑素还可促使肠壁血液循环恢复,增加肠管吸收,减少肠腔内液体滞留,促进肠管再通。现代药理学研究显示^[5],大承气汤有利于增强肠道容积、蠕动和推进功能,促进肠套叠还纳与肠扭转复位;同时可有效改善肠管血运状态,增加肠血流量,降低毛细血管的通透性,阻止肠腔内毒素与细菌进入血循环。

本研究结果显示,治疗后,两组患者的胃肠减压量均明显降低,观察组显著低于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。说明大承气汤与生长抑素联合治疗肠梗阻效果显著,具有良好的临床应用价值。

参考文献

[1]牛四明.生长抑素联合大承气汤治疗肠梗阻的疗效观察[J].中国现代药物应用,2015,9(9):249-250
[2]欧阳书睿,周昕,陈正权,等.生长抑素与大承气汤联合治疗肠梗阻的疗效分析[J].医药前沿,2016,6(26):344-345
[3]宋磊.生长抑素联合大承气汤治疗肠梗阻临床疗效观察[J].医学信息,2015,28(10):275-276
[4]刘三豹,白雅仙,甄红云,等.生长抑素联合复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(3):126-127
[5]王晨光,刘永平,傅芳,等.大承气汤在阑尾穿孔术后早期炎性肠梗阻中的应用效果观察[J].临床军医杂志,2015,38(2):216-218

(收稿日期:2017-07-05)

(上接第 43 页)照组($P<0.05$),说明健脾益气汤可有效增强咳嗽变异性哮喘患儿的治疗效果,改善患儿肺功能。治疗过程中,且两组患儿不良反应均较低,表明健脾益气汤安全性相对较高。综上所述,健脾益气汤加味治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床疗效显著,患儿肺功能可得到有效改善,且安全性高,具有良好的临床应用价值。

参考文献

[1]胡红.咳嗽变异性哮喘的诊断及治疗进展[J].解放军医学杂志,2014,39(5):361-364
[2]鲍一笑,陈嫒.儿童咳嗽变异性哮喘诊治[J].中国实用儿科杂志,2016,30(3):173-175

[3]吴从吉.中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效及安全性分析[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(2):159-161
[4]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354
[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.60-66
[6]袁颖志,吴成,张蕊,等.中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘 76 例临床观察[J].世界中医药,2016,11(4):629-631
[7]周伟,樊长征,张文江,等.王书臣从风论治咳嗽变异性哮喘经验[J].环球中医药,2016,9(10):1252-1253
[8]黄可丹.益肺健脾化痰方治疗婴幼儿哮喘及尿 TRF,mALB 及 NAG 监测的临床研究[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(7):945-947

(收稿日期:2017-06-11)