

均明显改善,且中西医结合组的改善程度明显优于西药组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组的不良反应发生率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。综上所述,血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞可有效提升临床疗效,改善患者临床症状。

参考文献

[1]陈希胜,崔丽平,牛志伟,等.急性肺血栓栓塞症 94 例临床分析[J].中

国医刊,2016,51(4):58-61

[2]米玉红.急性肺血栓栓塞症的诊断与治疗规范及面临的问题[J].中国急救医学,2017,37(1):17-22

[3]中华医学会呼吸病学分会.肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)[J].中国临床医生杂志,2002,30(4):259-264

[4]中华医学会心血管病学分会肺血管病学组.急性肺血栓栓塞症诊断治疗中国专家共识[J].中华内科杂志,2010,49(1):74-81

[5]李君玲,张秋梅,蔡立侠.血府逐瘀汤联合丹参粉针治疗急性肺动脉栓塞 20 例报道[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(11):1399-1400

(收稿日期: 2017-06-01)

中药配合硫酸镁在肠镜检查中肠道清洁效果分析

张伦敬

(福建省南平市建阳第一医院 南平 354200)

摘要:目的:探讨肠镜检查中肠道清洗方法及中药与肠道清洁度的关系。方法:分析 2014 年 8 月~2016 年 4 月我院 750 例接受肠镜检查患者,随机分为两组,分别口服硫酸镁或硫酸镁加中药进行肠道清洗,观察记录肠道清洁度情况,结合 Aronchick 量表进行评分。结果:中西药组肠道清洁度优良率明显高于西药组, $P<0.05$ 。结论:硫酸镁加中药口服肠道清洗能达到更理想的肠道清洁度,获得更高质量肠镜检查效果。

关键词:肠镜检查;肠道清洗;肠道清洁度;麻子仁汤;增液承气汤

中图分类号:R574.62

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.008

电子肠镜检查已广泛开展多年,能直观的诊断肠道息肉、肠道腺瘤、炎症性肠病以及结直肠恶性肿瘤等疾病,同时可以进行肠镜下息肉切除、内镜下黏膜切除术(EMR)、内镜黏膜下剥离术(ESD)等微创治疗。良好的肠道准备是获得高质量肠镜检查效果的前提,提高肠道准备的质量对于肠镜检查和治疗十分重要,理想的肠道清洁度可提高回盲部插镜成功率和结直肠病变检出率,降低结肠镜操作难度,减少肠镜操作时间,减少并发症和医疗费用。肠道准备主要包括饮食准备和服药两部分。肠镜检查洗肠药物目前主要有聚乙二醇电解质散剂、磷酸钠盐、拉克替醇、硫酸镁、甘露醇、中药配方等。目前常用的肠道准备评分标准有 Aronchick 评分体系^[1]、Ottawa 评分体系^[2]、Boston 评分体系^[3],其中 Aronchick 评分体系是最早用于临床的、简单方便的评分标准。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集我院 2014 年 8 月~2016 年 4 月接受肠镜检查的住院和门诊患者 750 例,按照随机数字表法分为西药组和中西药组。两组在年龄、性别、是否有腹部手术史方面经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	腹部手术史(例)	
					是	否
西药组	378	198	180	47.28±10.01	91	287
中西药组	372	192	180	51.74±11.30	90	282

1.2 纳入标准 年龄 17~95 岁;无临床症状而要求进行肠镜体检者;有临床症状包括腹痛、腹泻、腹胀、便秘、脓血便、便血、腹部包块等。

1.3 排除标准 无能力签署知情同意书者;有结直肠手术史者;存在已知的或可能的肠梗阻或肠穿孔者;严重的肾功能衰竭、心功能衰竭者;严重的高血压(收缩压大于 170 mm Hg,舒张压大于 100 mm Hg)患者;严重的电解质紊乱者^[4]。

1.4 中医辨证分型 中医辨证属肠胃燥热、脾津不足者,症见大便秘结,小便频数,舌苔微黄,脉浮涩相搏;中医辨证属肠胃气滞者,症见欲便不得出或便而不畅,胸胁痞满,噎气频作,腹胀痛,舌苔腻,脉弦;中医辨证属热结阴亏者,症见脘腹胀满,口干唇燥,舌红苔黄,脉细数;中医辨证属气虚便秘者,症见临厕努挣乏力,便难排出,汗出气短,便后乏力,大便并不干结,舌淡嫩,苔薄,脉弱;中医辨证属血虚者,症见面色无华,头晕目眩,心悸,唇舌淡,脉细;中医辨证属阳虚者,症见大便坚涩,小便清长,面色㿔白,四肢不温,腹中冷痛,舌淡苔白,脉沉迟。

1.5 检查方法 肠镜检查由我院内镜中心 3 名高年资内镜医师操作。采用肠镜型号为富士能肠镜 2200。所有患者预约时均接受常规的肠道准备指导,详尽告知患者肠道准备的具体流程,准备过程中可能出现的不良反应及处理方法。肠镜检查均安排在周一至周五下午 14:30~18:00 进行,检查前 1 d 三餐

进食无渣饮食,检查当天早、午餐禁食。

1.5.1 西药组 检查前 1 d 上午 10:00 时,口服 25%硫酸镁 100 ml,10 min 内喝完。检查当天 08:00~10:00 时服用 25%硫酸镁 200 ml,10 min 内喝完,15 min 后再口服 5%葡萄糖盐水液 2 000~3 000 ml,1 h 内喝完,末次饮水时间距肠镜检查开始时间应大于 5 h^[5]。

1.5.2 中西药组 检查当天口服 25%硫酸镁,方法同西药组。检查前 1 d 上午 10:00 时,100 ml 温水冲服中药颗粒剂(麻子仁汤、增液承气汤),10 min 内喝完。麻子仁汤颗粒剂源自《伤寒论》麻子仁丸,由麻子仁 1 g、芍药 0.5 g、枳实 0.5 g、大黄 2.5 g、厚朴 0.45 g、杏仁 1 g 组成;增液承气汤颗粒剂源自《温病条辨》,由玄参 6 g、麦冬 5 g、生地 5 g、大黄 2 g、芒硝 4.5 g 组成。中药方剂根据辨证情况,属肠胃燥热、脾津不足及肠胃气滞者,给予麻子仁汤;属热结阴亏、气虚便秘、血虚、阳虚者,给予增液承气汤。

1.6 观察指标 肠道清洁情况根据 Aronchick 量表进行评分,1~5 分者,肠道清洁度分别对应优、良、一般、差、极差。需要特别指出:虽然两组均存在极差的肠道清洁度情况,但仍将其纳入研究,研究结束后会安排患者重新肠道准备、重新肠镜检查,但第二次肠镜检查不再纳入研究。见表 2。

表 2 Aronchick 量表

分数	肠道清洁度
1 分	优:有少量清亮液体,可见黏膜>95%。
2 分	良:有丰富的清亮液体,可见黏膜>90%。
3 分	一般:有半固体残留,可灌注和抽吸,可见黏膜>90%。
4 分	差:有半固体残留,无法灌注和抽吸,可见黏膜≤90%。
5 分	极差:必须重新准备。

1.7 统计学处理 采用 IBM SPSS20.0 软件进行分析。采用等级资料秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

中西药组肠道清洁度优良率明显高于西药组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组肠道清洁度比较

组别	n	优(例)	良(例)	一般(例)	差(例)	极差(例)	优良率(%)
西药组	378	113	136	87	34	8	65.87
中西药组	372	222	121	23	4	2	92.20*

注:与西药组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

欧洲消化道内镜学会(European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE)推荐患者在肠镜检查前 1 d 无渣饮食。多项有关肠道准备的研究亦将术前 1 d 无渣饮食作为肠道准备的标准。所以要取得良好的肠道准备质量,针对肠镜检查患者的饮

食指导是关键。同时应做好肠道准备的宣教及指导工作,告知患者肠道准备过程中可能出现的不良反应及处理方法:呕吐、腹痛为最常见的反应,如呕吐、腹痛症状较轻,可嘱观察,若腹痛症状渐剧,应注意排除肠梗阻,可行腹部透视或 CT 检查以明确,并有可能终止检查。

目前肠道清洗药物种类多,各具特点,但仍存在清洁效果不佳、肠道准备过程中感觉不适等问题,容易造成后续的肠道疾病的漏诊^[6],延长肠镜操作时间,盲目插镜甚至造成肠穿孔,或者需要重新清洗肠道从而增加经济负担。理想的肠道清洗药物应达到以下几点:(1)肠道无固液体残留,或仅见少量透明液体;(2)药物对肠道黏膜及病变部位的刺激小,不影响观察;(3)不良反应少,检查者耐受性好,价格合理。口服硫酸镁行肠道清洗的方法已广泛应用于临床,其安全、有效性已得到验证^[7]。硫酸镁为容积性泻药,口服后使肠道渗透压升高,阻止肠道内水分重吸收,肠道内保留大量水分使肠内容积增大,肠道扩张,从而刺激肠壁使肠蠕动增强,起到导泻作用^[8]。然而硫酸镁亦有其不足之处,其味苦涩,且后续需要大量饮水,容易诱发呕吐,导致没有足量的水分进入肠腔增加肠容积,无法有效刺激肠壁排便,从而使肠道清洗失败。

中西药结合进行清洗肠道能够弥补单纯使用硫酸镁的上述不足,提高被检者的耐受性,并减少在肠道清洗过程中出现的不良反应如呕吐、腹痛。麻子仁汤属润下剂,能润燥滑肠,促进大便排出。《伤寒论》述:“跌阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,大便则难,其脾为约,麻子仁丸主之^[9]。”增液承气汤作为肠道清洗药物亦在临床中大量使用,赵秋枫等^[10]选用增液承气汤,总体清洗肠道效果满意,显效率为 69.1%,总有效率达 94.5%。方中玄参、麦冬、生地滋阴生津、增液通便;大黄、芒硝软坚润燥、泻热通便;五药共用,既能增强肠道蠕动,快速通便,又能弥补津液不足的缺点。中药方剂在基层医院有采购方便的优势,颗粒剂具有服用方便、不良反应(如电解质紊乱、肾功能损害)少等特点。大部分接受肠镜检查的患者均有长期反复腹泻或便秘病史,且长期接受口服肠道益生菌或缓泻药等治疗,中药方剂可因人因时辨证施治,可在肠镜检查后进一步延伸其功用。

参考文献

- [1] 吉娜·伊力,高峰.肠道准备评分量表在结肠镜检查中的应用[J].国际消化病杂志,2015,35(5):328-330
- [2] 吉娜·伊力.聚乙二醇、硫酸镁用于结肠镜检查前肠道准备的有效性与其耐受性研究[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2016:36(下转第 57 页)

(46.8±2.6)个月。两组性别、年龄、病程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 纳入及排除标准 纳入标准: 所有患者均符合中医辨证诊断和西医诊断标准, 经胸部 CT 等辅助检查确诊。排除标准: 合并有呼吸系统其他严重疾病患者, 如肿瘤、气胸; 合并其他重要器官功能障碍疾病患者; 合并心功能不全、肝肾功能障碍患者。

1.3 治疗方法 对照组采用常规西药治疗, 给予吸氧、卧床休息, 根据肺部感染情况和药敏试验选择有效抗菌药物抗感染, 并给予茶碱类、 β 受体激动剂类及溴己新等药物解痉平喘, 对咳痰困难患者给予雾化, 协助排痰。观察组在对照组基础上给予自拟中药补肺活血方剂治疗。方药组成: 丹参 20 g, 西洋参 8 g, 五味子 12 g, 麦冬 8 g, 白果、三七粉、炙甘草各 10 g, 水煎至 400 ml, 分早晚服用, 1 剂/d。7 d 为 1 个疗程, 两组均持续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标及标准 比较两组临床疗效及肺功能(肺总量百分比 TLC、肺一氧化碳弥散量百分比 DL_{CO}) 指标改善情况。疗效评定标准, 显效: 患者咳嗽、咳痰、发热、呼吸困难等临床症状消失, 胸部 CT 显示病灶减少 $\geq 70\%$; 有效: 患者临床症状明显改善, 胸部 CT 显示病灶减少 50%~70%; 无效: 患者临床症状以及胸部 CT 显示病灶无明显改变。总有效 = 显效 + 有效。

1.5 统计学方法 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显著高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	30	10	12	8	22(73.33)
观察组	30	19	10	1	29(96.67)
χ^2					6.381
P					<0.05

2.2 两组治疗前后肺功能指标比较 治疗前两组 TLC、 DL_{CO} 水平比较无显著性差异, $P>0.05$; 治疗后观

察组 TLC、 DL_{CO} 水平明显低于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TLC		DL_{CO}	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	56.07±9.80	70.20±10.60	54.80±8.50	70.10±10.80
观察组	30	56.40±10.20	62.40±6.50	55.10±8.90	64.30±8.60
t		1.103	4.856	1.820	5.208
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

间质性肺疾病合并肺部感染后, 病情呈急性加重状态, 若未及时给予有效治疗可合并呼吸衰竭等, 甚至危及生命。目前, 临床治疗以常规抗感染、抗炎及相关对症治疗为主, 但效果并不十分理想, 且治疗后易反复。中医在治疗间质性肺病合并肺部感染中具有悠久的历史, 将其归为“肺痿”范畴, 认为其为慢性虚损所致的肺部疾病, 发生机制为肺气虚冷、肺燥津伤、气不化津导致肺叶枯萎、津气亏损, 治疗应以补肺活血为主^[3-4]。补肺活血中药方剂中, 西洋参清热生津, 麦冬、五味子益气养阴, 炙甘草止咳平喘、补气益肺, 三七、丹参活血化瘀, 白果止咳平喘、敛肺降气。同时现代药理学研究指出^[5], 西洋参具有抗氧化、抗肿瘤、增强免疫力以及预防呼吸系统疾病的作用。诸药合用, 共奏补气益肺补肺、增强机体免疫力的作用。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$); 治疗前两组 TLC、 DL_{CO} 水平比较无显著性差异($P>0.05$); 治疗后观察组 TLC、 DL_{CO} 水平明显低于对照组($P<0.05$)。说明补肺活血中药方剂治疗间质性肺疾病合并肺部感染效果显著, 可明显改善患者肺功能, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韩桂玲, 李得民, 张纾难. 补肺活血中药对间质性肺病合并肺部感染患者肺功能的影响[J]. 世界中医药, 2014, 9(8): 987-989
- [2] 姜加祥. 补肺活血中药对间质性肺病合并肺部感染患者肺功能的影响[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(15): 127-128
- [3] 何志雄, 刘兴华, 黎爱芬. 补肺活血中药方在间质性肺疾病合并肺部感染患者中治疗效果及对肺功能影响[J]. 中医临床研究, 2016, 8(26): 10-13
- [4] 周梅, 梅同华, 柳毅. 误诊为间质性肺疾病的艾滋病合并肺部感染 13 例分析[J]. 临床内科杂志, 2014, 31(2): 92-94
- [5] 张怡梅, 陈连刚. 厄洛替尼治疗晚期肺癌并发间质性肺疾病病例报道[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(8): 1545-1546

(收稿日期: 2017-08-01)

(上接第 17 页)

- [3] 高燕, 张厚德, 林木贤. Boston 肠道准备量表应用的信度评估[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(2): 78-80
- [4] 王永炎. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 68
- [5] 孙凤香, 张驻军, 刘玉, 等. 大剂量硫酸镁与舒泰清在肠镜术前肠道准备的效果观察[J]. 农垦医学, 2014, 36(4): 364-365
- [6] 郭明浩. 结肠灌洗法在结肠镜检查前肠道准备中的应用[J]. 中国医药导报, 2014, 11(35): 28-31

- [7] 孙慧萍, 丁丽丽, 孙义峰. 口服硫酸镁加糖水行肠道清洁的研究[J]. 河北医学, 2002, 8(1): 18-20
- [8] 万雪英. 口服硫酸镁首次饮水量对肠道准备的影响[J]. 军医进修学院学报, 2012, 33(1): 52-53
- [9] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2013: 39
- [10] 赵秋枫, 王实, 陈军贤, 等. 增液承气汤和不同肠道准备药物的临床比较[J]. 中华中医药学刊, 2010, 29(6): 1335-1337

(收稿日期: 2017-07-10)