

大承气汤治疗出血性脑卒中患者胃动力不足临床观察

吴来德, 戴金军, 姜洪顺

衢州市中医医院, 浙江 衢州 324002

[摘要] 目的: 观察大承气汤治疗出血性脑卒中患者胃动力不足的临床疗效。方法: 将出血性脑卒中患者 70 例随机分为 2 组各 35 例, 对照组仅行常规西医内科治疗; 观察组在对照组的基础上予大承气汤内服, 治疗 5 天后观察对比 2 组临床疗效及胃肠衰竭、肠麻痹缓解、72 h 肠鸣音恢复, 胃液 pH、血浆肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 水平变化。结果: 总有效率观察组为 94.3%, 对照组为 68.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组胃肠衰竭发生率明显低于对照组, 肠麻痹缓解率、72 h 肠鸣音恢复率均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组胃液 pH 值明显高于对照组, 血浆 TNF- α 、IL-6 水平明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 大承气汤能够有效促进出血性脑卒中患者胃动力恢复, 具有一定的临床应用价值。

[关键词] 出血性脑卒中; 胃肠动力; 中西医结合疗法; 大承气汤

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0029-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.013

出血性脑卒中指非外伤性脑实质内血管破裂出血导致的脑卒中, 发病率、致死率、致残率均较高^[1], 且出血量多, 血块占位效应易导致脑实质及中枢神经系统功能损伤, 故常合并胃动力缺乏、吞咽功能障碍等症状, 这可能严重影响患者营养供给, 使治疗效果欠佳。既往临床多用西药促进胃动力恢复或行静脉营养支持治疗, 效果不一。临床中笔者在西医常规治疗的基础上, 加用大承气汤, 效果确切, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2013 年 1 月—2014 年 12 月间在本院神经外科住院的出血性脑卒中患者共 70 例, 其入院行螺旋 CT、MRI 等检查确诊, 格拉斯哥昏迷评分(GCS)5~8 分。按随机数字表法分为 2 组。观察 35 例, 男 21 例, 女 14 例; 年龄 33~81 岁, 平均(67.3±7.3)岁; 蛛网膜下腔出血 22 例, 脑出血 13 例; 发病至住院时间不超过 24 h, 平均(10.3±2.0)h; 合并糖尿病 6 例, 心脏疾病 8 例, 血脂异常 19 例, 高血压 23 例。对照组 35 例, 男 22 例, 女 13 例; 年龄 35~86 岁, 平均(66.9±6.4)岁; 蛛网膜下腔出血 24 例, 脑出血 11 例; 发病至住院时间不超过 24 h, 平均(10.2±1.8)h; 合并糖尿病 7 例, 心脏疾病 9 例, 血脂异常 18 例, 高血压 22 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 西医诊断符合《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》^[2]中脑出血相关标准。中医诊断符合《中风病

中医诊断、疗效评定标准》^[3]中出血性中风病标准, 且辨为阳明腑实证, 或热结旁流证。本研究已获得医院伦理委员会批准, 患者或其家属知情同意。

1.3 排除标准 实质性器官功能障碍患者; 合并高血压、糖尿病、凝血功能障碍患者; 其他类型脑卒中患者; 入院 24 h 内死亡患者; 由脑外伤、脑肿瘤、血管病、血管畸形导致的出血性脑卒中。

2 治疗方法

2.1 对照组 予甘露醇脱水降颅压, 控制血压, 积极应用抗生素、H₂受体阻滞剂, 维持酸碱水电平衡, 应用质子泵抑制剂, 行营养支持及并发症防治等常规西医内科治疗措施。发病第 1 天留置鼻胃管。持续治疗 5 天。

2.2 观察组 在对照组基础上联合大承气汤治疗。处方: 厚朴 24 g, 大黄、枳实各 12 g, 芒硝 9 g。每天 1 剂, 常规水煎取汁 150 mL, 分 2 次经鼻胃管注入, 夹闭 30 min 后开放。患者持续治疗 5 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗 5 天后观察 2 组临床疗效; 统计治疗期间胃肠衰竭、肠麻痹缓解及 72 h 肠鸣音恢复情况, 其中肠鸣音变化指肠鸣音 $> 3 \sim 4$ 次 / m in; 吸出胃液检测 pH 值; 采集血浆标本, 行酶联免疫吸附试验检测血浆肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素细胞 6(IL-6)水平。

[收稿日期] 2015-08-26

[作者简介] 吴来德 (1970-), 男, 副主任医师, 研究方向: 神经外科学。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 19.0 软件处理数据, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验; 计数资料计算百分率, 行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 未见食管反流、餐后饱胀不适, 恶心、暖气等胃动力缺乏症状消失; 有效: 未见食管反流、餐后饱胀不适, 具备较轻胃动力缺乏症状, 首次排便时间不超过 2 天; 无效: 出现食管反流及餐后饱胀不适, 胃动力缺乏症状明显, 首次排便时间超过 2 天。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 94.3%, 对照组为 68.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	19(54.3)	14(40.0)	2(5.7)	33(94.3)
对照组	35	8(22.9)	16(45.7)	11(31.4)	24(68.6)
χ^2 值		-	-	-	7.652
<i>P</i>		-	-	-	<0.05

4.3 2 组相关并发症及 72 h 肠鸣音恢复情况比较 见表 2。观察组胃肠衰竭发生率明显低于对照组, 肠麻痹缓解率、72 h 肠鸣音恢复率均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	胃肠衰竭发生率	肠麻痹缓解率	72 h 肠鸣音恢复
观察组	35	8(22.9)	25(71.4)	26(74.3)
对照组	35	24(68.6)	7(20.0)	6(17.1)
χ^2 值		14.737	18.651	23.026
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

4.4 2 组治疗前后实验室检测指标比较 见表 3。治疗后观察组胃液 pH 明显高于对照组, 血浆 TNF- α 、IL-6 水平明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	胃液 pH		血浆 TNF- α (pg/ml)		血浆 IL-6 (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	1.82 \pm 0.22	4.32 \pm 0.73	0.62 \pm 0.07	0.48 \pm 0.01	107.51 \pm 31.14	65.58 \pm 8.31
对照组	35	1.77 \pm 0.31	1.71 \pm 0.41	0.61 \pm 0.07	0.58 \pm 0.02	107.81 \pm 41.58	95.33 \pm 11.21
<i>t</i> 值		0.778	18.442	0.598	-26.458	-0.034	-12.613
<i>P</i>		>0.05	<0.001	>0.05	<0.001	>0.05	<0.001

5 讨论

出血性脑卒中所致缺血 - 再灌注应激可导致毛细血管微循环障碍, 使组织缺血缺氧, 极易累及胃肠道, 可导致胃肠道动力不足, 进而引发肠道黏膜屏障功能损伤、细菌移位、营养不良、多器官功能障碍等严重并发症。因此, 临床强调积极防治出血性脑卒中后胃肠衰竭, 现代医学多以抑酸、促胃动力、营养支持治疗为主, 然而抑酸剂可导致胃 pH 异常升高, 反而

可能促进细菌过度繁殖, 加剧多器官功能障碍; 单纯促胃动力及营养支持则难以从根本上解决胃动力不足问题。

出血性脑卒中导致胃动力不足的主要病机为阳明腑实, 即外部燥热之邪侵入肠道, 与肠中糟粕相结合, 形成燥屎, 内停于肠胃, 致腑气上冲颠顶导致。大承气汤出自《伤寒论》, 为治疗阳明腑实证的名方, 由大黄、厚朴、枳实、芒硝等组成, 有“通里攻下、破痞除满”之效。大承气汤水煎液经胃管直接作用于胃肠道, 泻下行气并重, 能够发挥促胃动力恢复效果^[4]。而药理学研究表明, 大黄富含大黄酸、大黄素, 前者有一定降血脂、抗氧化作用, 有助于解除肠麻痹^[5]; 后者的抗炎作用已被证实有助于减轻急性坏死性胰腺炎的病理损伤; 且大黄中的番泻苷 A 还能够直接作用于肠壁, 发挥促大肠蠕动的的作用。基于上述结论, 可以推测从中医及西医角度看, 大承气汤均有助于促进脑卒中患者胃动力恢复。

本次观察结果表明, 观察组胃肠动力恢复总有效率高达 94.3%, 且治疗期间仅有 8 例患者出现胃肠衰竭, 中毒性肠麻痹的恢复率明显高于对照组, 且 72 h 肠鸣音恢复率亦高于对照组。这说明观察组胃肠动力恢复情况明显优于对照组。从现代医学角度看, 观察组胃液 pH 在治疗后明显高于对照组, 该指标下降可预测胃肠黏膜缺血, 当胃液 pH > 3.5 时, 胃酸分泌受到一定抑制, 能够防止上消化道出血, 这说明大承气汤还有助于合理抑酸; 同时, 其对炎症因子, 如 TNF- α 及 IL-6 等有一定抑制作用, 这提示观察组细胞内环境更稳定, 间质性水肿、微血栓形成等病理性改变出现率更低, 这对促进胃肠动力恢复亦有积极意义。

综上所述, 出血性脑卒中可能导致胃动力不足, 进而引发严重并发症, 行大承气汤内服有助于恢复胃动力, 其机制可能与药理成分的促胃肠蠕动、抗炎抗菌等有关。

[参考文献]

- [1] 汪泳, 张方信, 刘鑫, 等. 脑卒中急性期胃肠功能紊乱的相关危险因素分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(6): 594-596.
- [2] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(10): 948-949.
- [3] 中华全国中医学会内科分会. 中风病中医诊断、疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, 1(1): 56-57.
- [4] 赵耀东, 罗素菜, 杜伟锋, 等. 大承气汤治疗便秘的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(6): 246-248.
- [5] 韩刚, 唐丽源, 索炜, 等. 大黄酸固体分散体的制备及对大鼠血脂的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33(4): 408-410.

(责任编辑: 冯天保)