

# 中医药治疗肠功能衰竭的临床研究新进展

汪红兵 李 亨 刘清泉

(首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

**摘要** 肠功能衰竭治疗困难,死亡率较高,最终导致多器官功能障碍综合征。肠衰竭的防治研究已成为当前医学领域中的一个重要研究课题。现代医学治疗存在其局限性,而中医研究颇有优势。近年来中医治疗肠衰竭取得了明显进展,作者将主要探讨肠衰竭的中医药治疗新进展。

**关键词** 肠功能衰竭;中医药疗法;临床进展

## Progress on Traditional Chinese Medicine in Treating Intestinal Failure

Wang Hongbing, Li Heng, Liu Qingquan

(Beijing Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China)

**Abstract** It is difficult to treat intestinal failure which has high mortality rate always leads to multiple organ dysfunction syndrome (MODS). Research on prevention of intestinal failure has become an important research topic in the field of medicine at present. The limitations exist in modern medical treatment, but researches of traditional Chinese medicine have lots of advantages. In recent years, the treatment of intestinal failure by traditional Chinese medicine has made great progress. The author mainly discusses the new progress of traditional Chinese medicine treating intestinal failure.

**Key Words** Intestinal Failure;Therapy of traditional Chinese medicine;Clinical progress

中图分类号:R256.1 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.03.002

胃肠道是消化系统的重要组成部分,是容纳食物、消化食物及吸收营养物质的器官,同时在机体非特异性抗感染防御系统中起着重要作用,亦是对严重创伤、休克、严重感染、大面积烧伤及严重颅脑损伤等反应比较强烈的部位,也被称为应激器官的中心。除此,根据近年来的研究表明,肠道还是体内最大的“储菌库”和“内毒素库”,参与多器官功能障碍综合征(Multiple Organ Dysfunction Syndrome, MODS)的病理生理过程。现在认为肠道是 MODS 的枢纽器官,是全身性菌血症和毒血症的发源地<sup>[1]</sup>,而肠功能衰竭既是 MODS 的一种局部表现,又是引发和加重 MODS 的“驱动器”<sup>[2]</sup>,一旦发生预后较差,增加临床病死率。

肠衰竭的防治研究已成为当前医学领域中的一个重要研究课题。现代医学治疗原发病、抑制炎性介质、恢复胃肠功能等原则有其局限性,而中医研究治疗颇有优势。近年来中医研究肠衰竭取得了明显进展,以下将主要探讨肠衰竭的中医药治疗新进展。

### 1 肠功能衰竭的定义

肠衰竭(Intestinal Failure, IF)一词出现于 20 世纪 50 年代,早在 1956 年 Irving 就提出了肠功能衰竭的概念,他将肠衰竭定义为功能性肠道总体的减少以致不

能满足对食物的消化和吸收<sup>[3]</sup>。随着对其认识的不断深入,其内涵也在不断丰富。由于肠道不像其他器官有着较明确的功能监测参数,故导致肠衰竭的诊断与治疗相对其他器官衰竭更为困难。临床上我们一般简单地认为肠功能衰竭是指机体在受到创伤、感染、失血等严重损害时,肠道出现的严重的应激反应,最终可引发多系统器官功能衰竭。而黎介寿<sup>[4]</sup>则提出由“肠功能障碍”一词代替“肠衰竭”更适合临床情况与需要,并将其定义为:肠实质与(或)功能的损害,导致消化、吸收营养与(或)黏膜屏障功能产生障碍。

现代临床概括为肠衰竭是指机体在感染等应激状态下,肠道黏膜水肿、糜烂、缺血,自由基损伤,细菌、内毒素直接作用,细胞因子影响等因素共同导致黏膜损伤,引发应激性溃疡,黏膜屏障功能破坏,大量细菌和内毒素易位入血,形成肠源性感染,引起全身炎症反应,导致中毒性肠麻痹,最终引发全身多器官的损害,即 MODS<sup>[5]</sup>。其主要机制为肠道屏障破坏、细菌及内毒素易位、激素水平变化、细胞凋亡及谷氨酰胺代谢紊乱<sup>[6]</sup>。其主要表现为消化道大出血、严重腹胀、肠麻痹、顽固性腹泻、不能进食等,它不像心、肺等器官疾病那样直接威胁生命,其发展缓慢,一旦凸显,病理进程

很难被逆转,病死率较高。

## 2 肠功能衰竭的西医治疗现状

目前处理 IF 患者的肠康复治疗方式(Intestinal Rehabilitation)包括营养、药物和手术治疗。

2.1 肠外营养 肠外营养(Parenteral Nutrition, PN)是 IF 患者药物治疗的主要方式。它提供了机体基本营养物质和液体量,维持生命和生长发育。PN 同时也为肠道修复和肠适应反应提供能量和营养物质,而对一些患者,PN 是一个终生的过程。目前公认的是静脉脂肪乳剂,它是一种等张溶液,其含有大量能量和必需脂肪酸。但是 PN 可以引发并发症,如导管相关脓毒症、肝酶异常及代谢性骨病等。

2.2 药物治疗 药物治疗是使用改良食谱、肠内营养、口服补液、减缓肠动力和抗分泌药物、抗生素、生长因子等,使小肠吸收和功能逐步增强的过程,其目的是尽可能让患者通过肠道进食,减少 PN,达到正常生活状态。

肠衰竭时机体处在代谢紊乱及营养素利用障碍状态,这时急需给予补充,但营养的补充应该适当,不宜过多或过少,对此医学者提出应采用分阶段代谢营养支持治疗提供营养。除此,近期一系列相关研究表明,某些营养物质不仅能防治营养缺乏,而且能以特定方式刺激免疫细胞增强应答功能,维持正常、适度的免疫反应,调控细胞因子的产生和释放,减轻有害的或过度的炎症的反应,维护肠屏障功能等,将其称之为“免疫营养”,包括谷氨酰胺、精氨酸、 $\omega-3$  脂肪酸、核苷酸及膳食纤维等,一部分营养素已开始应用于临床。

2.3 手术治疗 临床上,一般需要手术治疗的 IF 主要为短肠综合征(SBS),手术方式可以分为恢复小肠连续性(造口还纳),减轻梗阻和肠道运动障碍(狭窄成型术),延长运输时间(小肠逆转术、结肠间置或置入人工括约肌),延长剩余扩张小肠(比安基手术或连续横向成形术),或小肠移植<sup>[7]</sup>。

## 3 中医药治疗肠功能衰竭的临床进展

肠功能衰竭的治疗目前尚无单一有效的治疗方法,除西医综合治疗外,中医药治疗也可起到不可或缺的作用,中医药具有对人体整体调节作用和多靶点效应,可有效地阻止病情继续发展,使中医药在本领域中显示出比较广阔的应用前景。近年来医学者在中医药防治肠衰竭方面进行了大量的实验和临床研究,为中西医结合防治肠衰竭开辟了新途径。

3.1 中医学说基本思想 中医的脾胃学说与现代医学中的胃肠功能较为接近,胃为“水谷之海”,容纳食物,经过胃的腐熟,下传至小肠,精微物质经小肠的“泌

别清浊”吸收后,“脾主升清”,再由脾气的转输作用输送至其他四脏,营养全身,糟粕下传至大肠,最后经肛门排出。人体后天营养的充足主要取决于脾胃的共同作用,所以概括脾胃为人的“后天之本”“气血生化之源”。

脾胃的受纳运化功能又统称为“胃气”。中医强调“得胃气则生,无胃气则死。”说明“胃气”在生命活动过程中具有极其重要的作用。其实,中医学很早就有对胃肠功能重要性的描述,《素问·平人氣象论》有云:“人以水谷为本。”《景岳全书·杂证谟·脾胃》篇云:“凡欲查病者,必须先查胃气;凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑。”足以证明注重脾胃功能是中医辨证论治的重要原则。临床上诸多脏腑病变均可损及脾胃,尤其是危重症更易导致胃气受损,而胃气受损则又可进一步加重脏腑病变。正如李东垣所云“既脾胃有伤,则中气不足,中气不足则六腑阳气皆绝于外,故营卫失守,诸病生焉。”现代研究认为,许多因素诸如严重创伤、感染、休克等均可导致胃肠功能障碍,甚至发生胃肠功能衰竭,使肠道细菌和内毒素侵入机体,导致全身炎症反应,最后引起多器官功能衰竭,印证了中医“无胃气则死”的理论。

危重症患者胃肠功能衰竭在病理上类似《伤寒论》中的阳明腑实证。该证因“阳复太过,脏病还腑”,病为阳明腑实,“阳明之为病,胃家实是也”,启发了人们应用通里攻下法治疗胃肠功能衰竭及 MODS。

3.2 单味中药的临床应用 在对单味中药的研究中,应用中最多的当推大黄。现代药理分析大黄主要有效成分为大黄素、大黄酸、大黄酚、芦荟大黄素、鞣质和有机酸等。中医理论认为大黄味苦,性寒,归脾、胃、大肠、肝、心经,有泻下攻积、清热泻火、止血、解毒、活血祛瘀、清泄湿热等作用。《药品化义》谓:“大黄气味重浊,直降下行,走而不守,有斩关夺门之功,故号将军。”《神农本草经》云:“荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏。”用法煎服一般为每次 5~10 g,外用适量。

陈氏等<sup>[8]</sup>研究大黄对危重症患者胃肠功能衰竭的防治作用,并探讨其机制。试验结果显示大黄预防组患者应激性胃肠黏膜病变、中毒性肠麻痹和 MODS 的发生率明显低于非预防组;另外,大黄能提高危重症患者胃肠黏膜内 pH 值,改善胃肠黏膜血流灌注,明显降低 MODS 患者血浆内毒素含量。此研究有力地证明大黄可以改善黏膜的血流灌注情况,清除炎性介质,防治危重症患者胃肠功能衰竭。时氏等<sup>[9]</sup>研究大黄对危重症患者胃肠功能衰竭的治疗及对 MODS 的防治作

用,最后得出大黄治疗组胃肠功能衰竭的缓解率为 80.4%,对照组为 40.0%,两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。大黄治疗组和对照组 MODS 的发生率分别为 28.6%、62.5%,MODS 的病死率分别为 25.0%、60.0%,差异有统计学意义。足以表明大黄对危重病患者胃肠功能衰竭具有较好的治疗作用,可明显降低 MODS 的发生率和病死率。胡氏等<sup>[10]</sup>为了观察大黄与谷氨酰胺 (GLN) 对危重病患者血清细胞因子和临床疗效的影响,将本院 69 例患者随机分为三组,对照组 (22 例) 予常规治疗,大黄组 (21 例) 予管饲生大黄粉 30 g/d,大黄 + GLN 组 (26 例) 在给予生大黄粉 30 g/d 的同时静注 GLN 40 g/d。治疗 7 d 后监测各组血清肿瘤坏死因子 -  $\alpha$  (TNF -  $\alpha$ )、白介素 - 6 (IL - 6)、白介素 - 8 (IL - 8) 指标变化及胃肠衰竭发生率和病死率。研究发现大黄 + GLN 组 TNF -  $\alpha$ 、IL - 6、IL - 8 明显降低,肠衰竭发生数减少,差异均具有统计学意义。这说明大黄与 GLN 能抑制促炎因子的产生,减少胃肠功能衰竭。李氏等<sup>[11]</sup>研究大黄对危重病机械通气患者胃肠道并发症的治疗作用,方法为无急性胃肠黏膜病变的大黄组初始即给予大黄治疗,非大黄组不应用大黄;急性胃肠黏膜病变的非大黄组应用洛赛克治疗,大黄组均应用大黄;中毒性肠麻痹的非大黄组应用西沙必利,大黄组均应用大黄。采用止血效果、肠鸣音和肠内营养耐受程度作为判断依据。结果显示大黄对危重病患者急性胃肠黏膜病变发生率的止血有效率达 75.00%,明显高于洛赛克对照组;大黄对中毒性肠麻痹的有效率达 72.73%,可能高于西沙必利对照组;大黄组 MODS 发生率与非大黄组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。由此可知大黄对危重病并发急性胃肠黏膜病变有预防和治疗作用,并能显著降低 MODS 的发生率。

除此,临床上也可用生大黄粉 5 ~ 10 g,以温开水调成稀注入胃中或灌肠,疗程一般 3 ~ 6 d。生大黄具有泻下攻积、解毒、清热泻火、活血祛瘀之功效,研究表明,其具有维护肠道屏障功能、促进大肠蠕动、防治肠道菌群易位、松弛括约肌、利胆、抑制胰酶分泌和防治微血栓形成的作用,对降低肠衰竭发生率具有重要意义<sup>[12]</sup>。

戴氏论<sup>[13]</sup>用生大黄粉灌肠治疗胃肠功能衰竭的作用,将 38 例患者随机分为治疗组 20 例和对照组 18 例。结果治疗组 20 例中有效 17 例,无效 3 例,有效率 85%;对照组 18 例中有效 4 例,无效 14 例,有效率 22.2%,两组比较差异有统计学意义,证明采用生大黄保留灌肠可以较好地防治肠功能衰竭。徐君兰<sup>[14]</sup>将

医院 ICU 中 209 例危重病患者随机分为预防组 (114 例) 和对照组 (95 例),两组患者入院后均予常规治疗原发病及对症支持治疗,预防组在此基础上予胃管内管饲生大黄粉 5 g 3 次/d,5 d 为 1 个疗程,观察两组患者急性肠功能衰竭和 MODS 的发生率及病死率。除此,将两组中出现急性胃黏膜病变和肠麻痹的病例作为大黄治疗组,在常规治疗基础上,以大黄粉 10 g 管饲,3 次/d,以 3 d 为 1 个疗程,观察治愈好转率。结果显示大黄预防组患者急性胃黏膜病变、肠麻痹、MODS 发病率及病死率明显低于对照组。在治疗组,大黄治疗急性胃黏膜病变的总有效率为 81%,治疗肠麻痹的总有效率为 85%。这有力地证明了生大黄粉管饲能有效预防和治疗危重病患者的急性肠功能衰竭,并能明显降低其 MODS 发病率和病死率。这对于危重病患者防治 MODS 具有重要意义。董氏等<sup>[15]</sup>将重症胰腺炎 (SAP) 患者随机分为观察组 (40 例) 和对照组 (40 例),两组均给予常规治疗,鼻空肠管注入肠内营养液,观察组加注生大黄液。观察两组疗效及胃肠功能衰竭发生率。治疗 3 周后,发现观察组总有效率略高于对照组,肠功能衰竭发生率观察组低于对照组,由此可得出空肠营养管内注入生大黄能提高治疗疗效,而且能有效地降低肠功能衰竭发生率,对预防肠功能衰竭具有重要应用价值。李书清<sup>[16]</sup>将危重病患者随机分为预防组和对照组,观察两组患者急性肠功能衰竭和 MODS 的发生率以及两组的病死率。大黄预防组患者急性胃黏膜病变、肠麻痹、MODS 发病率及病死率明显低于对照组。大黄治疗急性胃黏膜病变的总有效率为 81%,治疗肠麻痹的总有效率为 85%。说明大黄粉管饲能有效预防和治疗危重病患者急性肠功能衰竭和 MODS,降低病死率。

3.3 方药的临床应用 目前临床上应用最多的治则治法为通里攻下及清热解毒,配合活血化瘀、通腑清肠之法,其临床验证有较好的疗效。方药一般采用大承气汤、大陷胸汤、桃红承气汤等加减。

通里攻下法的主方为大承气汤。大承气汤组成为大黄、芒硝、枳实和厚朴,主要功效为峻下热结,主治阳明腑实证,热结旁流证及里热实证等。《温病条辨》说:“承气者,承胃气也……曰大承气者,合四药而观之,可谓无坚不破,无微不入,故曰大也。”现代很多医学者深入地大承气汤进行了临床研究,如大承气汤可以调整肠道菌群,增加机体定植抗力,显著降低游离内毒素的含量,恢复肠道微生态平衡,保护肠道屏障,防治细菌移位和内毒素血症<sup>[17]</sup>。

张氏<sup>[18]</sup>就大承气汤在危重病患者中防治胃肠功

能衰竭的作用进行研究,发现大承气汤预防组发生胃肠功能障碍较对照组明显减少;对照组中的胃肠功能障碍者,经大承气汤治疗后功能恢复。结论为大承气汤在防治危重患者的胃肠道衰竭中起到重要作用。杜氏等<sup>[19]</sup>观察加味大承气汤灌肠对危重脑卒中患者肠黏膜屏障的保护作用,研究发现治疗后治疗组血清白细胞介素下降情况优于对照组,且胃肠功能衰竭、肺部感染发生率均低于对照组,说明大承气汤加味灌肠可促使危重脑卒中患者胃肠功能恢复并减少其肺部感染的发生。魏氏等<sup>[20]</sup>为了研究全程运用大承气汤加味方(大黄 10 g、玄明粉 8 g、厚朴 10 g、枳壳 10 g、桃仁 10 g、莱菔子 15 g)对重症急性胰腺炎(SAP)大鼠肠功能衰竭的干预作用,将 190 只 SD 大鼠采用肠壁穿刺逆行胰胆管注射 5% 牛黄胆酸钠建立 SAP 模型,造模后随机分为假手术组、模型组、早期组、生长抑素组、全程组,每组 38 只。造模 3 h 后假手术组、模型组灌胃生理盐水,1 次/12 h;生长抑素组皮下注射生长抑素 1.35  $\mu\text{g}/100\text{ g}$ ,1 次/8 h;早期组灌胃大承气汤加味方 0.4 mL/100 g,6 h 后改为生理盐水,1 次/12 h;全程组灌胃大承气汤加味方 0.4 mL/100 g,1 次/12 h。后观察各组 48 h 内大鼠死亡率、48 h 时间点肠系膜淋巴结细菌移位阳性率,并检测 4、6、24、48 h 大鼠血和腹水淀粉酶(AMY)、TNF- $\alpha$  及大鼠胰腺、小肠组织病理评分。实验结果提示生长抑素组和全程组大鼠死亡率及淋巴结细菌移位阳性率均低于模型组;全程组 6、24、48 h 时血和腹水中 AMY 含量均低于同时间模型组,而全程组、早期组及生长抑素组 6 h 血 TNF- $\alpha$  低于模型组,生长抑素组及全程组 6、24、48 h 时胰腺、小肠组织病理评分均低于同时间模型组。此研究得出的结论是全程运用大承气汤加味方能有效降低 SAP 大鼠血 AMY,抑制细菌移位,改善肠功能恢复,优于早期运用大承气汤加味方。

中医的优势在于整体观念和辨证论治,认为肠黏膜屏障功能障碍有“实”的一面,也有“虚”的一面。“虚”的本质在于肠黏膜结构受损、血流减少、免疫减弱;“实”的本质在于胃肠麻痹、细菌和内毒素淤积在肠道并细菌生长繁殖。所以,治疗既要健脾又要通里,实验研究和临床观察证实除了通里中药,健脾中药也具有良好的保护肠黏膜屏障的功能。沈氏等<sup>[21]</sup>运用香砂六君子汤加减治疗危重病胃肠功能障碍,随机分为两组,治疗组在对照组常规治疗的基础上,加用中药汤剂香砂六君子汤治疗,在应激性溃疡出血、便秘、腹泻、腹麻痹、不能耐受肠内营养和胃肠功能评分等方面均优于对照组( $P < 0.05$ ),研究说明香砂六君子汤治

疗胃肠功能衰竭疗效明显。陈氏<sup>[22]</sup>运用肠胃舒煎剂治疗胃肠功能衰竭,两组(共 48 例)均予营养支持、抗感染、对症治疗、病因治疗及脏器功能支持治疗以维持内环境稳定,对照组(24 例)予多潘立酮混悬液,治疗组(24 例)予肠胃舒煎剂治疗。结果显示两组总发病率、死亡率比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组低于对照组。

除以上研究外,还有人用复方丹参注射液、云南白药、血必净注射液及吴茱萸外用等进行治疗观察,均取得了较好的疗效。

3.4 其他疗法 除中药治疗外,中医还具有其他特色治疗,如针灸疗法、穴位磁贴等。王氏等<sup>[23]</sup>研究针灸对胃肠功能的作用,发现电针可以显著降低患者肠黏膜通透性,减少内生性炎性介质(如内皮素、TNF- $\alpha$ )血管活性物质(如一氧化氮)在肠黏膜的积聚,从而减轻肠上皮细胞的坏死,保护胃肠黏膜屏障。张氏等<sup>[24]</sup>为了探讨医用磁贴对合并胃肠功能障碍与衰竭的重症肺炎患者的临床疗效,将 120 例重症肺炎合并肠功能衰竭患者,随机分为治疗组 57 例和对照组 63 例,除两组均予气管插管、抗感染、营养支持等治疗外,治疗组还给予医用磁贴外敷于神阙穴和足三里穴位。治疗后发现治疗组患者在胃肠功能恢复、气管插管时间、死亡率方面与对照组比较,差异均具有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ ),可以得出应用医用磁贴治疗合并胃肠功能衰竭的重症肺炎患者,可以促进患者胃肠道功能恢复,缩短插管时间,并降低死亡率,其具有临床意义。

#### 4 展望

中医十分强调“胃气”,认为“胃气一败,百药难施”。药物入口,须借助脾胃运化之功效行于诸经,以见药效。危重症患者胃气之存亡,在很大程度上决定生命的存在与否。目前中医临床上应用通里攻下及清热解毒,配合活血化瘀、通腑清肠之法治疗肠衰竭,效果乐观。肠衰竭治疗困难,花费高昂,临床医师必须重视肠衰竭的预防和治疗。总的来说,中医药治疗肠功能衰竭的作用已日益突出,将在肠衰竭的治疗中显现出越来越大的优势。但现代中医药防治肠衰竭的临床研究比较多,缺少关于其病因病机的研究探索。我们应该对这些文献资料进行归纳整理,同时进行更大样本、更多临床的观察,制定肠衰竭的中医诊断标准及疗效评定标准,为中医药治疗肠功能衰竭的研究打下更扎实的理论基础。

#### 参考文献

- [1] Puleo F, Arvanitakis M, Van Gossum A, et al. Gut failure in the ICU[J]. Semin Respir Crit Care Med, 2011, 32(5): 626-638.

[2] 孙淑荣, 马春林, 莫霄云. 二黄粉对心肺复苏术后患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(10): 45-46.

[3] Irving M. Ethical problems associated with the treatment of intestinal failure[J]. Aust NZ J Surg, 1956, 56(4): 425.

[4] 黎介寿. 肠衰竭——概念、营养支持与肠黏膜屏障维护[J]. 肠外与肠内营养, 2004, 11(2): 65-67.

[5] 冯顺友. 大黄防治胃肠功能衰竭[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(10): 795.

[6] 刘海亮. 肠功能障碍的发病机制认识[J]. 中国急救医学, 2007, 27(10): 940.

[7] Thompson JS. Surgical rehabilitation of intestine in short bowel syndrome [J]. Surgery, 2004, 135(5): 465-470.

[8] 陈德昌, 景炳文, 杨兴易, 等. 大黄对危重症患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(2): 87.

[9] 时兢, 宋秀琴, 谢卫星, 等. 大黄对危重病患者胃肠功能衰竭的治疗作用[J]. 现代诊断与治疗, 2004, 15(1): 8-10.

[10] 胡马洪, 张庚, 许秀娟. 大黄和谷氨酰胺对重症患者血清细胞因子的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(2): 166-167.

[11] 李夏昉, 赵芳芳. 大黄防治危重病机械通气患者胃肠功能衰竭临床观察[J]. 山西中医, 2009, 25(6): 11-13.

[12] 张琳, 张声生, 刘江奎. 单味大黄防治急性胰腺炎肠道衰竭临床观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(4): 528-529.

[13] 戴莉. 生大黄灌肠改善肠功能状况的疗效观察[J]. 上海护理, 2004, 4(1): 52.

[14] 徐君兰. 大黄防治危重症急性肠功能衰竭的护理研究[J]. 中国实用医药, 2010, 5(28): 229-230.

[15] 董一飞, 华德林. 空肠营养管注入生大黄对预防重症胰腺炎患者肠衰竭的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3): 470-471.

[16] 李书清, 沈宇清. 大黄防治危重症急性肠功能衰竭的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(13): 1972-1973.

[17] 陈海龙, 吴成中, 关凤林, 等. 大承气汤对肠道细菌微生态学影响的实验研究[J]. 中国微生态学杂志, 2007, 19(2): 132-134.

[18] 张细江. 大承气汤对危重症患者胃肠功能衰竭防治作用的研究[J]. 实用中西医结合临床, 2005, 5(5): 7-8.

[19] 杜秀民, 张锐. 加味大承气汤灌肠对危重脑卒中患者肠黏膜屏障保护作用的研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(10): 1581-1582.

[20] 魏霞, 坎丹萍, 赖登攀, 等. 大承气汤加味方对重症急性胰腺炎大鼠肠功能衰竭的干预作用[J]. 中医杂志, 2013, 54(16): 1407-1411.

[21] 沈震, 钱静华. 香砂六君子汤加减治疗危重病胃肠功能障碍[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(5): 621.

[22] 陈分乔. 肠胃舒煎剂配合西医防治胃肠功能衰竭 24 例疗效观察[J]. 河北中医, 2010, 7(7): 1026-1027.

[23] 王新宇. 电针治疗急性胰腺炎及对患者肠道通透性的影响[J]. 中国针灸, 2007, 27(6): 421-423.

[24] 张敬浩, 杨青茹, 张建廷, 等. 医用磁贴对合并胃肠功能障碍的重症肺炎患者的临床疗效[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(10): 1806-1808.

(2014-02-17 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 269 页)

所需资料主要来自既往病历记录,存在记录不详甚至偏差之处,加之对病例观察时间有限,未能够分期长时间观察。

因此,要对本病的证素、证候分布规律进行规范研究,必须进行多中心大样本前瞻性研究,运用先进的研究方法,最终得出科学的、符合临床实际的证素、证候分布、演变规律及其与胃肠功能障碍的相关性,研究其发生联系的物质基础、机制等,以指导临床,为中医中药在防治危重病方面提供重要依据。

参考文献

[1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264.

[2] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010.

[3] 施焕中. 慢性阻塞性肺疾病[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 1.

[4] 冉王鑫; 从我国《慢性阻塞性肺疾病诊治规范》的修订看 COPD 的定义及诊断研究进展[J]. 实用医学杂志, 2002, 18(7): 682-683.

[5] Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications [J]. Eur Respir J, 2003, 41: 46.

[6] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008.

[7] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.

[8] 朱文锋, 张华敏. 证素的基本特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(1): 17-18.

[9] 周仲瑛, 金实, 李明富, 等. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2007: 112-119.

[10] Halpern MT, Stanford RH, Borker R. The burden of COPD in the U. S. A.: results from the Confronting COPD survey[J]. Respir Med, 2003, 97: S81-S89.

[11] 蔡柏蔷, 肖毅. 当代呼吸病学进展[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2008.

[12] 李建生, 王明航, 余学庆, 等. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭中医证候分布规律的文献研究[J]. 中医杂志, 2010, 51(01): 68-71.

[13] 王明航, 李建生, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭中医证候要素分布规律的临床文献分析[J]. 上海中医药大学学报, 2009, 43(04): 35-37.

[14] 韩云, 邱剑波, 麦舒桃, 等. AECOPD 呼吸衰竭中医证候及证候要素分布规律临床研究[C]. 全国中医内科肺病第十四次学术研讨会论文集, 2010: 35-39.

[15] MacFie J. Enteral versus parenteral nutrition: the significance of bacterial translocation and gut barrier function [J]. Nutrition, 2000, 16(7): 606-611.

(2014-02-17 收稿 责任编辑:洪志强)