

胆湿热型 ALT 复常率显著高于其它中医型组别 ( $P < 0.05$ ), 其它中医型别间 ALT 复常率统计学上无显著差异 ( $P > 0.05$ )。

CHB 患者应用拉米夫定治疗 52 周后, 患者对拉米夫定耐药变化与中医证型的关系。

表2 治疗 52 周后观察对象拉米夫定耐药和中医证型的关系

	例数	阿德福韦酯耐药		P 值
		例数	耐药率 (%)	
肝胆湿热 (A)	35	1	2.86	<0.01
肝郁脾虚 (B)	13	2	15.39	>0.05
肝肾阴虚 (C)	11	3	27.27	>0.05
脾肾阳虚 (D)	10	3	30.00	>0.05
瘀血阳络 (E)	12	4	33.33	>0.05

拉米夫定治疗 52 周后, 观察对象拉米夫定耐药率为 14.82%。耐药率肝胆湿热型显著低于肝郁脾虚型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型、瘀血阳络型 ( $P < 0.05$ )。其它中医型别之间耐药率无显著差异 ( $P > 0.05$ )。

### 3 讨论

抗 HBV 治疗是慢性乙型肝炎治疗的关键措施<sup>[3]</sup>, 拉米夫定是公认治疗 CHB 的有效药物之一, 临床上广泛应用于 CHB 患者<sup>[4]</sup>, 其抗病毒疗效与中医证型的关系, 国内外尚未见研究。中医认为, 不同体质患者, 在感受外邪侵袭后所表现的疾病证型和转归不同, 肝胆湿热型体现正邪交争的病机, 而肝郁脾虚、肝肾阴虚均体现正气不足, 邪气仍存在的病机变化, 瘀血阳络型则体现久病及血, 正虚血瘀之病机。本课题遵循这一理论应用拉米夫定治疗 CHB 患者。结果, 肝胆湿热型患者对拉米夫定应答性显著高于其它中医证型, 不同的中医证型有不同的抗病毒疗效。提示, 拉米夫定抗病毒疗效与 CHB 患者中医证型相关。不同中医证型具备不同免疫状态<sup>[5,6]</sup>, 其中, 肝胆湿热型有效好有疗效, 可能与肝胆湿热型正气抗邪相关, 肝胆湿热型患者 ALT 高水平, HBV-DNA 高复制, 符合 HBV 免疫清除期特点。肝胆湿热型患者免疫清除力较其它型别性, 当 HBV-DNA 复制由高水平向低水平转化, 患者的免

疫状态可起相应作用。

拉米夫定治疗 CHB 取得了明显疗效, 通过抑制 HBV 复制, 使血清 ALT 恢复正常, 改善肝脏炎症活动, 延缓纤维化的进展, 但长期应用后易出现病毒变异和临床抗药性<sup>[7,8]</sup>。本研究拉米夫定治疗 CHB 患者, 治疗 52 周后, 拉米夫定耐药率为 14.82%, 和国内外报道无显著性差异<sup>[9]</sup>。但肝胆湿热型其拉米夫定耐药率显著低于肝郁脾虚型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型以及瘀血阳络型, 该结果国内外尚未见报道。提示 CHB 患者, 其肝胆湿热中医证型单用拉米夫定, 拉米夫定耐药性低, 安全性好。其作用机制尚需要进一步研究。

综上所述, 对 CHB 患者在应用拉米夫定治疗前, 进行中医辨证分型有重要意义。评价患者初始阶段的中医证型, 制定个案化的抗病毒治疗方案, 对提高拉米夫定治疗 CHB 患者的疗效有一定意义。

### 参考文献

- [1] 中华医学会感染病学与寄生虫病学肝病分会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华医学会肝病杂志, 2000, 8(6):324.
- [2] 中华中医药学会内科分会. 病毒性肝炎中医证型候疗效标准[S]. 2004.
- [3] 中华医学会肝病分会. 中华医学会感染病学分会联合制定. 慢性乙型肝炎防治指南[J]. 中华内科杂志, 2006, 45:162-70.
- [4] 王永刚, 黄燕萍等. 拉米夫定耐药的 HBV 再感染阿德福韦酯治疗前后 HBV 多聚酶基因区序列, 演变的研究[J]. 解放军医学杂志, 2007, 32(1).
- [5] 王现义, 韩向晖等. 慢性乙型肝炎中医证型与免疫功能的相关研究[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(9):35-36.
- [6] 孙怀瑾, 等. 肝炎的中医辨证与免疫的关系[J]. 上海中医药杂志, 1980, (5):20-21.
- [7] Lai CL, Chien RN, leung NWY, et al. A one-year trial of lamivudine for chronic hepatitis B[J]. N Engl J Med, 1998, 339(2):61-68.
- [8] Dienstag JL, Schiff ER, Wright TL, et al. Lamivudine as initial treatment for chronic hepatitis B in the United States [J]. N Engl J Med, 1999, 341(17):1256-1263.
- [9] Kim JW, Lee HS, Woo GH, et al. Fatal submassive hepatic necrosis associated with lysine-methionine-aspartate-aspartate-motif mutation of hepatitis B virus long-term lamivudine therapy [J]. Clin Infect Dis, 2001, 33(3):403-405.

## 排气汤促进硬膜外麻醉后胃肠功能恢复的临床护理观察

★ 谢基兰 (江西省宜春市靖安县妇幼保健院 宜春 330600)

**摘要:**目的:观察排气汤对促进硬膜外麻醉后胃肠功能恢复的临床观察。方法:将 200 例采用硬膜外麻醉行剖宫产术的产妇随机分成观察组和对照组各 100 例, 两组病例术后均按硬膜外麻醉常规护理及治疗, 术后 8~12 小时协助产妇床上、床下活动, 观察组在此基础上, 于术后 6h 开始给予口服排气汤, 每日一剂, 至胃肠功能恢复。观察两组病例肠鸣音恢复的时间, 肛门排气

的时间及腹胀程度。结果:观察组肠鸣音恢复的时间、肛门排气的时间,较对照组明显缩短,腹胀程度明显减轻( $P < 0.01$ )。结论:排气汤有行滞通便,健脾理气之功效,从而增加了肠蠕动,促进了肛门排气,减轻了肠胀气,有效促进了硬膜外麻醉后胃肠功能的恢复。

**关键词:**排气汤;硬膜外麻醉;胃肠功能

硬膜外麻醉是一种安全有效的麻醉方式,其麻醉平面易掌握,对呼吸循环功能影响较小。所以,临床上广泛应用于外科和妇产科手术,且作为剖宫产手术首选麻醉方式。由于麻醉能使局部神经支配被阻断,胃肠神经激素调节紊乱,常使肠蠕动减慢,易出现腹胀,肛门排气困难,影响产妇进食、睡眠,从而影响产妇泌奶、切口愈合及子宫复旧。为了促进硬膜外麻醉下剖宫产手术后的产妇胃肠功能的恢复,预防腹胀,我们使用中药排气汤起到了显著效果,现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择2008年10月~2009年4月在我院行剖宫产手术的产妇200例,随机分成观察组和对照组各100例,两组病例均为有剖宫产指征且无腹部手术史的产妇,年龄均在18~38岁之间,平均年龄为23.74岁,孕周为37~42周,均采用硬膜外麻醉,麻醉剂为2%利多卡因,用药量为240~340 mg,麻醉时间为40~55分钟,上述数据经统计学处理无差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组产妇术后按硬膜外麻醉常规护理,即测血压、脉搏、呼吸 $q1/2h$ ,去枕平卧6小时后,取随意体位,在胃肠功能恢复前均禁食、输液,维持电解质及酸碱平衡,抗生素预防感染。术后8~12小时协助产妇在床上、床下活动及母乳喂养。在此基础上,观察组于术后6小时,开始给予口服排气汤(潘泻叶6g,厚朴10g,广木香10g,加水400ml,煎至150ml,分次少量频服,每次20ml),每日1剂,至肠蠕动恢复,肛门排气。对照组术后除常规护理及治疗外,不采用任何辅助措施,让胃肠功能自然恢复。

1.3 观察方法 给药后详细记录两组产妇肠鸣音恢复的时间(听诊肠鸣音 $\geq 4$ 次/min为恢复),肛门排气的时间及腹胀程度和发生例数。两组产妇均以肛门排气标志胃肠功能恢复。计算从手术结束回到病房,至第一次肛门排气的时间为术后胃肠功能恢复的时间。腹胀的评估方法:术后第一天开始测量腹围,每日2次(9am,4pm),根据腹围的变化及产妇的自觉症状将腹胀分为轻度和重度。轻度:腹围每次增大 $\leq 2$  cm,可忍受,不需任何处理,重度:腹围每次增大 $> 2$  cm,无法忍受,需要药物或肛管排气解决。

## 2 结果

表1 两组术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肠鸣音恢复时间/h	肛门排气时间/h
观察组	100	17.2 ± 7.1	22.6 ± 10.6
对照组	100	30.5 ± 10.5	46.8 ± 24.8
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01

表2 两组术后腹胀程度比较

组别	例数	重度	轻度	无	发生率(%)
观察组	100	0	10	90	10
对照组	100	20	39	41	59

表3 两组术后治疗效果比较

组别	例数	排气时间及比例		
		术后 $\leq 24h$	术后24~48h	术后 $\geq 48h$
观察组	100	61(61%)	39(39%)	0(0%)
对照组	100	10(10%)	61(61%)	29(29%)

由表可见,观察组的肠鸣音恢复时间、肛门排气时间较对照组明显缩短( $P < 0.01$ ),腹胀程度明显减轻,治疗有效率达100%所以,排气汤对促进硬膜外麻醉术后胃肠功能恢复效果显著。

## 3 讨论

硬膜外麻醉广泛应用于妇产科手术,它具有可控性强,肌松效果良好,术后并发症少,护理较方便,对循环、呼吸影响较小等优点<sup>[1]</sup>,由于麻醉使部分神经支配被阻断,胃肠神经激素调节紊乱和水电解质紊乱等因素,导致术后胃肠功能受到一定的抑制,而产生腹胀。产妇由此而非常痛苦,加之胃肠功能不能及时恢复,影响了营养物质的补充和机体的康复,从而影响切口愈合及乳汁的分泌。因此促进剖宫产手术后胃肠功能早期恢复非常必要。中医认为,本症系因麻醉和手术创伤耗伤人体元气,脏腑功能不良,气血运行不利致血脉瘀阻,气机不畅,腑气雍滞,或者瘀滞湿热和毒热瘀结于六腑而不能传化,腑气不通,以及手术时瘀血留滞等导致肠道气机不利,气抑血阻,上下不通,破坏了气机的正常运行,使升降功能失调,腑气下行不畅,致使胃肠运动功能障碍,出现排气、排便停止<sup>[2]</sup>。因此,中医治疗宜以行气导滞通腑为主。方中潘泻叶有行滞通便的作用,能刺激大肠,增进其推进性蠕动,促使排气、排便;广木香能刺激胃肠蠕动及分泌,对小肠平滑肌有解痉作用;厚朴健脾理气、和中消滞,共同对肠道平滑肌有兴奋作用,使胃肠蠕动加强而有节律,缓解胃肠胀气所致的腹胀,使胃肠蠕动功能恢复时间明显缩短,肛门排气提前。

通过临床观察,两组结果比较,其疗效明显促进了产妇产后的恢复。对预防术后肠粘连,减少麻痹性及粘连性肠梗阻的发生具有积极的作用。早期服用排气汤能使产妇胃肠功能早期得到恢复,减少因腹胀带来的痛苦,使产妇感到自己在恢复,减少了焦虑情绪,从关注自我恢复转向关注新生儿的喂养上,便于采取正确的哺乳姿势,达到有效吸吮、勤吸吮的目的,大大提高了母乳喂养的成功率,减少了乳腺胀

痛的发生率。

### 参考文献

[1]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社.  
 [2]熊军,王晓华.中西医结合治疗腹部术后胃肠动力紊乱的临床研究[J].中国中西医结合外科杂志,2003,3(1):58-59.  
 [3]沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:107-112.

## 芪贞七菖散治疗慢性乙肝 35 例

★ 曾金花 (广东省汕头市第二人民医院 汕头 515011)

**摘要:**目的:观察芪贞七菖散治疗慢性乙型肝炎的临床疗效。方法:将临床确诊为慢性乙型病毒性肝炎患者 65 例,随机分为治疗组 35 例,对照组 30 例,对照组采用甘草酸二胺肠溶胶囊治疗,治疗组 35 例在此基础上加用补虚扶正,清热解毒,活血化瘀的中药芪贞七菖散,连服 6 个月,结果:治疗组显效 14 例,好转 16 例,无效 5 例,总有效率 85.71%,对照组显效 5 例,好转 10 例,无效 15 例,总有效率 50.00%。结论:芪贞七菖散治疗慢性乙型肝炎可提高临床疗效,改善症状体征,加快肝功能的恢复,调整机体免疫力,保护肝细胞等方面的作用。

**关键词:**芪贞七菖散;治疗慢性乙型病毒性肝炎

从 2007 年 3 月份开始至今 2 年多共收集慢性乙型肝炎病例,其中采用芪贞七菖散治疗 35 例疗效满意,现报告如下:

慢性乙型肝炎系 HBV 持续感染引起的肝慢性炎症坏死性疾病,是人体感染乙肝病毒 HBV 后引起的肝细胞坏死和炎症,为临床常见的传染性疾病之一,临床上以食欲减退,恶心,厌食,腹部胀痛,肋间不适,倦怠乏力,黄疸等为主要临床表现。

**1 临床资料** 病例来自本院肝炎门诊及病房,诊断符合 1995 年北京全国传染病寄生虫病学术会议修订的乙肝诊断标准,患者 65 例分治疗前后进行分析:随机分为治疗组 35 例:男 23 例,女 12 例,年龄 31~63 岁,平均年龄(41±5.9)岁,对照组 30 例:男 18 例,女 12 例,年龄 29~62 岁,平均年龄(40±6.67)岁。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性意义,( $P < 0.05$ )具有可比性。

### 2 治疗方法

治疗组用芪贞七菖散,方药黄芪 40 g,女贞子 30 g,龙胆草 10 g,淫羊藿 15 g,蛇舌草 20 g,菟丝子 20 g,鹿衔草 15 g,虎杖 30 g,猪苓 20 g,丹参 30 g,茵陈 30 g,贯众 15 g,每日 1 剂,连续服用 6 个月,对照组用甘草酸二胺肠溶胶囊 50 mg,一次 3 粒,一日 3 次,江苏连云港市正大天晴药业,批准文号国药准字 H2004.06.28,两组疗程均为 6 个月,重症患者可用常规疗法及对症处理,中药再加柴胡疏肝,白术健脾

益气。

### 3 观察指标

3.1 临床中医证候 按证候轻重以 0、1、2、3 分级纪录,每 2 周纪录 1 次,按治疗前后统计。

3.2 实验指标 采用治疗前后自身对照方法,进行治疗前后各项指标的测定,测定项目有 ALT,AST 与乙肝血清标志,HBsAg, HBeAg 抗-HBe 及 HBV-DNA。

经统计学处理,计量资料采用  $t$  检验计数资料,用  $\chi^2$  检验等级资料,用 Ridt 分析。

### 2 结果

2.1 疗效标准 参照中华医学会传染病与寄生虫病学《病毒性肝炎防治方法》制订。

2.2 中医证候疗效标准 显效:治疗症状积分下降  $\geq 2/3$ ,有效:治疗症状积分下降  $1/3 \sim 2/3$ ,无效:治疗后症状积分下降  $< 1/3$ 。

### 2.3 治疗结果

2.3.1 两组中医证候积分疗效比较 见表 1。

表 1 两组中医证候积分疗效比较 (例%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	14(40.00)	16(45.71)	5(14.29)	85.71
对照组	30	5(16.67)	10(33.34)	15(50.00)	50.00

注:与对照组比较  $P < 0.05$ 。

2.3.2 两组治疗前后症状与体征变化比较 见表 2。

