

# 中西医结合治疗 56 例老年功能性消化不良的临床观察

彭爱萍

(浙江省杭州市上城区中西医结合医院 杭州 310008)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗老年功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法:将 111 例老年 FD 患者随机分为治疗组和对照组。对照组 55 例予西药常规治疗;治疗组 56 例在对照组治疗基础上加用中药。观察 2 组治疗效果及治疗前后症状积分值。结果:治疗组总有效率 87.50%,对照组总有效率 74.54%,2 组对比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:中西医结合治疗老年 FD,疗效优于单纯西医组,值得在临床上推广应用。

**关键词:**功能性消化不良;中西医结合疗法;老年人;多潘立酮;黄连汤

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0016-03

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指一组尚无器质性原因可查,持续性或反复发作性的消化不良综合征,为消化内科常见病之一,发病率 20%~30%,占消化系统疾病门诊量的 30%~40%<sup>[1]</sup>。我科将近两年收集的 111 例老年 FD 病人随机分为 2 组,治疗组 56 例采用中西医结合治疗,并与

1.2.2 胃黏膜炎症分级标准 轻度:炎性细胞浸润位于胃小凹底部以上;中度:炎性细胞浸润深达腺体固有膜;重度:炎性细胞浸润深达黏膜肌层。

本组 73 例患者中属于轻度(固有腺体萎缩和/或胃黏膜慢性炎症,下同)者 40 例,占 54.79%;中度者 22 例,占 30.14%;重度者 11 例,占 15.07%。

1.3 治疗方法 基本方:黄芪 30g,人参 10g,茯苓 12g,白术 12g,白芍 12g,甘草 12g,丹参 15g,莪术 12g,乌梅 9g,陈皮 9g,白花蛇舌草 15g。随症加减:兼阴虚者加天冬 15g,麦冬 15g;兼湿热者加砂仁 3g,苍术 9g;兼肝郁者加柴胡 9g,八月札 15g。60d 为 1 个疗程,以 3 个疗程为判断疗效的极限。疗程结束后均做胃镜及病理检查以对比。治疗期间嘱患者保持精神愉快,忌食辛辣、咸酸、油腻等食物,禁止吸烟、饮酒。

1.4 疗效判定标准 参照 1989 年南昌会议制定的标准。  
1.4.1 近期治愈 (1)临床症状消失或基本消失。(2)胃镜复查活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度。(3)活检组织病理证实胃镜所见:腺体萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻两个级度以上(含两个级度)。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流明显改善。

1.4.2 有效 (1)主症明显减轻。(2)胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻。(3)活检组织证实胃镜所见:急慢性炎症减轻一个级度以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流改善。

1.4.3 无效 达不到有效的标准或恶化。

1.5 病理检查结果 经过 1~3 个疗程治疗后多数患者获得改善,少数无变化或进一步恶化。其中 22 例胃黏膜上皮不典型增生 18 例消失,占 81.8%。43 例肠上皮化生 28 例消失,占 65.1%;8 例减轻,占 18.6%;5 例无变化,占 11.6%;2 例加重,占 4.7%:总有效率为 83.1%。

## 2 典型病例

葛某,女,59 岁。症状见胃脘胀痛,痞满不适,嗳气嘈杂,神疲乏力,大便溏薄,舌暗红、边见齿痕,苔薄腻,脉弦细。2002 年 7 月 21 日胃镜病理报告为:(胃窦)慢性萎缩性胃炎中度,活动(+),不典型增生(+),HP(-),肠化(+~++)。拟健脾和

55 例单用西医治疗的病人做对照,取得满意的疗效。现总结如下:

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 111 例病人均符合罗马 II 诊断标准<sup>[2]</sup>:(1)持续或间断性消化不良,表现为上腹痛或不适、腹胀、早饱、嗝胃、益气活血治之。方药:黄芪 30g,人参 10g,茯苓 12g,白术 12g,白芍 12g,甘草 12g,丹参 15g,莪术 12g,乌梅 9g,陈皮 9g,白花蛇舌草 15g,半枝莲 12g,柴胡 9g,川楝子 30g,延胡索 20g。随症加减服用 5 个月患者诸症消失,2003 年 1 月 18 日胃镜后病理活检报告为:(胃窦)慢性浅表性胃炎轻度,活动(-),HP(-),个别腺体肠化。

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎病机的关键是虚中夹实,以脾胃亏虚为本,瘀血凝滞为标,因此本病治疗应当以益气 and 胃、活血化瘀为法。黄芪、人参、茯苓、白术补中益气,以扶正气而治脾胃之虚;乌梅酸温调中,以补胃酸分泌之不足;白芍、甘草缓急止痛;丹参、莪术散瘀生新。此外人参的有效成分蛋白质合成促进因子(prostisol)能促进蛋白质代谢,提高机体免疫力,对癌细胞有明显抑制作用<sup>[3-4]</sup>。黄芪、白花蛇舌草对慢性萎缩性胃炎伴不典型增生有较强抑制作用<sup>[5]</sup>。有实验表明黄芪可以提高 SOD 的活性而且呈量效关系<sup>[6]</sup>,SOD 是存在于生物体内防御自由基损伤的主要酶类之一,能防止超氧阴离子对人体的损伤,从而对机体起到保护作用<sup>[7]</sup>。从临床观察结果可以发现,我们运用益气和胃、活血化瘀治疗 73 例慢性萎缩性胃炎、肠化及不典型增生患者取得了较好的疗效。

## 参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 10 版.北京:人民卫生出版社,1997. 1 585  
[2]李益农,萧树东.慢性胃炎的诊治问题[J].中华内科杂志,1983,22 (5):257~261  
[3]刘昌孝.国外对人参有效成分的研究[J].中草药通讯,1975,6(5):57  
[4]李向高,滕芬婷.人参有效成分的研究[J].中草药通讯,1979,10(2): 1~6  
[5]张文尧.中医药对慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜不典型增生患者的临床及实验研究[J].中医杂志,1998,39(8):481  
[6]张银娣.黄芪甙抗生物氧化作用的研究[J].中药药理与临床,1991, 7(6):14  
[7]王文杰.超氧自由基和超氧化物歧化酶[J].生物学进展,1985,16(3): 196

(收稿日期:2006-04-26)

气、恶心及(或)呕吐等症状,并持续 12 周以上;(2)内镜下表现正常或排除糜烂、溃疡及肿瘤等器质性病变。本试验入选的病人均为老年人,年龄 $\geq 60$ 岁,且排除肝、胆、胰等器质性疾病及糖尿病、甲亢等。

1.2 试验分组 根据随机原则,分治疗组 56 例,对照组 55 例。治疗组男 26 例,女 30 例,平均年龄(66.5 $\pm$  5.9)岁,病程 3 个月~16 年,平均(6.11 $\pm$  3.95)年;对照组男 27 例,女 28 例,平均年龄(65.8 $\pm$  5.2)岁,病程 3 个月~18 年,平均(6.35 $\pm$  3.36)年,2 组病例在性别、年龄、病程等方面,无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.3 中医辨证 参照中华中医药学会内科脾胃病专业委员会第 13 次会议通过的“功能性消化不良中医诊治规范(草案)的疗效评定标准”<sup>[3]</sup>,将入选病例分为肝郁气滞、肝郁脾虚、脾虚痰湿、寒热错杂四个证型。111 例老年患者中肝郁脾虚型 29 例、寒热错杂型 28 例、肝郁气滞型 24 例、脾虚痰湿型 30 例。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予多潘立酮 10mg, Tid, 返酸明显者加用奥美拉唑,并配合精神心理疏导,指导患者养成良好的生活习惯,保持心胸开阔、心情愉快,多积极主动参加文体娱乐活动,避免不良情绪产生。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用中药,中药以健脾化湿、疏肝解郁、调理寒热为主,用仲景“黄连汤”化裁,基本方:黄连 6g,干姜 6g,党参 30g,半夏 9g,白术 10g,柴胡 10g,茯苓 15g,大枣 7 枚,炙甘草 6g。加减:肝郁气滞明显者加制香附、枳壳;痰湿壅盛者加苍术、佩兰;阳虚寒盛者加肉桂、仙灵脾;偏于阴虚者去干姜,加北沙参、玉竹;焦虑失眠者加生龙骨、酸枣仁。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照“功能性消化不良中医诊治规范(草案)的疗效评定标准”<sup>[3]</sup>采用记分法,所有症状分为轻(+)、中(++)、重(+++)3 级,主症分别记 2、4、6 分,次症分别记 1、2、3 分,无症状记 0 分。症状的分级标准:轻:症状轻微,不影响工作、生活,可以忍受;中:症状较重,已影响工作、生活,尚能忍受;重:症状严重,妨碍工作、生活,难以忍受。根据治疗前、后的主要症状积分,计算疗效指数,疗效指数 = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分  $\times$  100%, 通过疗效指数判定疗效。显效:主要症状明显减轻,疗效指数 $\geq 60\%$ ;有效:主要症状减轻,疗效指标 $\geq 30\%$ 但 $<60\%$ ;无效:主要症状无减轻,疗效指数 $<30\%$ 。

3.2 统计方法 所有数据应用 SPSS11.5 统计软件处理,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用  $t$  检验, $P<0.05$  为具有统计学差异。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组疗效对比 见表 1。

表 1 2 组治疗疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	56	30(53.6)	19(33.9)	7(12.5)	49(87.5)*
对照组	55	20(36.4)	21(38.2)	14(25.4)	41(74.5)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

3.3.2 2 组治疗前后症状积分值对比 见表 2。

表 2 2 组治疗前后症状积分值对比 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	56	26.41 $\pm$ 7.26	8.26 $\pm$ 3.25 $\Delta\Delta$ *
对照组	55	25.78 $\pm$ 7.16	15.15 $\pm$ 4.68 $\Delta$

注:治疗前后比较, $\Delta P<0.05$ , $\Delta\Delta P<0.01$ ;治疗组与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

4 讨论

尽管 FD 已为人们所熟知,但其确切病因及发病机制目前还未完全明确,普遍认为其可能与内脏感觉功能异常、消化道运动异常、幽门螺旋杆菌感染、精神应激、胃酸分泌等因素有关。近来有不少报道幽门螺旋杆菌(HP)在 FD 病人中检出率较高,根除 HP 和质子泵抑制剂治疗的有效性也得到证实<sup>[4]</sup>,但另有研究表明单纯抗 HP 治疗并不能较好地缓解 FD 患者的症状<sup>[5]</sup>。Jian 等报道 FD 病人存在着胃及十二指肠的运动障碍,甚至部分病人有胆囊运动障碍<sup>[6]</sup>,多潘立酮作为胃肠动力药治疗 FD 取得了一定的疗效<sup>[7]</sup>。Tally 等报道,FD 病人比正常健康者、消化道溃疡及胆囊病患者更具焦虑、抑郁、疑病症及神经质,故又称神经性消化不良<sup>[8]</sup>。尤其老年病人,长期受多种疾病的困扰,往往会造成严重的心理障碍,所以给予心理疏导,严重者给予镇静剂也是必要的。

FD 属中医学“痞满”、“胃痛”、“嘈杂”、“胃缓”等病证范畴,病位在脾胃,又与肝关系密切,“脾宜升则健,胃宜降则和;而脾胃之升降又需肝之疏泄条达”。若饮食不节、情志内伤、劳倦过度导致脾胃虚弱,肝失疏泄,中焦气机升降失常,则胃痛、胃胀、纳差、嗳气诸症丛生,故健脾和胃、疏肝解郁非常重要。老年 FD 患者又有自身的特点:肺脾胃之气渐衰,气虚血运不畅,脾胃运化失司,故易饮食积滞,郁湿郁热;此外老年患者病程长,有的患有多种慢性疾病,加之胃黏膜萎缩、胃液分泌减少,且大部分患者已服用过多种西药,如抑酸药、胃肠动力药等,往往形成虚实夹杂、寒热错杂的病机。“黄连汤”来源于《伤寒论》,原方治疗上热下寒证,即“胸中有热,胃中有寒,寒热不调,阴阳升降失常”。方中黄连苦寒以清上热,兼以降逆;干姜辛热以温下寒,兼以止痛;半夏辛开散结,降逆止呕化痰;党参、甘草、大枣补益和中,以调升降;在此基础上我们加柴胡疏肝解郁,以调达肝气;茯苓、白术健脾化湿。以上诸药共奏健脾化湿、疏肝解郁、调理寒热之功效。研究表明,在西医常规治疗的基础上加用“加减黄连汤”辨证治疗后,治疗效果及治疗后症状积分值明显好于单用西药组,具有统计学差异( $P<0.05$ ),是治疗老年 FD 的有效方法。

参考文献

[1]邹多武,许国铭. 功能性消化不良症状流行病学及西沙必利治疗多因素分析[J]. 中华消化杂志,1997,17(S): 65  
 [2]Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II The functional gastrointestinal disorders[M]. 2nd ed. USA: Allen press, 2000. 659~668  
 [3]张声生,汪红兵,李乾构. 功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2002,10(4): 194  
 [4]Mason J, Axon AT, Forman D, et al. The cost-effectiveness of population Helicobacter pylori screening and treatment: a Markov model using economic data from a randomized controlled trial [J]. Aliment Pharmacol Ther. 2002,16: 559~568  
 [5]Kawamura A, Adachi K, Takashima T, et al. Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with Helicobacter pylori infection in a

# 莫沙比利联合六味能消胶囊治疗糖尿病胃轻瘫临床观察

颜学洁 温宁绥

(湖南省绥宁县中西医结合医院 绥宁 422600)

**摘要:**目的:观察莫沙比利和六味能消胶囊联合治疗糖尿病胃轻瘫的疗效。方法:72 例糖尿病胃轻瘫患者随机分为 2 组,36 例治疗组口服莫沙比利加六味能消胶囊,36 例对照组单用莫沙比利口服治疗,疗程均为 30d,观察治疗前后胃轻瘫症状改变及上消化道钡餐透视情况。结果:治疗组显效率为 47.2%,总有效率为 88.9%;对照组显效率为 27.8%,总有效率为 66.7%。结论:莫沙比利和六味能消胶囊联合优于单用莫沙比利治疗糖尿病胃轻瘫,且副作用小,服用方便,值得临床推广。

**关键词:**糖尿病胃轻瘫;中西医结合疗法;莫沙比利;六味能消胶囊;胰岛素

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0018-02

本文将 72 例糖尿病胃轻瘫患者随机分为 2 组,分别使用莫沙比利联合六味能消胶囊(批准文号:国药准字 Z10980090)、莫沙比利单用进行治疗比较。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 见表 1。根据 1999 年 WHO 标准确定的糖尿病 72 例,其中男 37 例,女 35 例,年龄 18~76 岁, I 型糖尿病 4 例, II 型糖尿病 68 例,病程 4~20 年。空腹血糖 (FBG) 8.2~21.4mmol/L, 餐后血糖 (PBG) 12.5~30.1mmol/L, 糖化血红蛋白 (HbA<sub>1c</sub>) 7.2%~14.6%, 58 例有不同程度周围神经炎, 52 例有糖尿病肾病, 54 例伴视网膜病变。

表 1 2 组患者一般资料比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

组别	例数		年龄		糖尿病病程 /年	FBG /mmol·L <sup>-1</sup>	PBG /mmol·L <sup>-1</sup>	HbA <sub>1c</sub> /%
	男	女	/岁	/岁				
治疗组	18	18	47.4±28.6	13.3±6.7	14.8±5.3	21.6±8.4	10.9±3.6	
对照组	19	17	46.5±29.1	12.6±6.9	15.3±5.1	22.1±7.8	11.8±2.6	

注:2 组间比较, P>0.05, 具有可比性。

1.2 诊断依据 (1)持续或反复发作的上腹部不适 1 个月以上,包括以下症状中的 3 项或以上:腹胀、早饱、厌食、嗝气、恶心、体重减轻。(2)经本院上消化道钡餐透视证实胃排空延迟、胃内有大量潴留液。(3)经本院胃镜检查排除食管炎、胃炎、胃及十二指肠球部溃疡、憩室、肿瘤等器质性病变。(4)B 超、X 线、实验室等检查排除肝、胆、胰及肠道等器质性病变。(5)无结缔组织病、严重心脑血管病、精神病。

## 2 治疗方法

72 例糖尿病胃轻瘫患者随机分为 2 组,治疗组 36 例,对照组 36 例,所有病例均结合糖尿病正规治疗,即严格控制饮食、适宜体育运动、口服或皮下注射胰岛素。治疗组在该基础上口服莫沙比利 5mg, 3 次/d, 饭前 30min 服用,同时加用六味能消胶囊,每次 2 粒,每日 3 次,饭后服用;对照组单用莫沙比利 5mg 口服,3 次/d,饭前 30min 服用。疗程均为 30d。

## 3 疗效观察

3.1 疗效判断 疗程结束后随访病人,根据观察指标(腹胀、早饱、厌食、嗝气、恶心、体重减轻)及结合上消化道钡餐透视制定疗效。显效:临床症状消失,复查上消化道钡餐透视,胃

内无潴留液。有效:症状减轻或观察指标中部分症状消失,复查上消化道钡餐透视,胃内潴留液明显减少,胃蠕动加快。无效:症状无减轻或部分症状较前加重,复查上消化道钡餐透视,胃内潴留液无变化或较前增多。

3.2 统计学处理 治疗前后用  $\chi^2$  检验。

3.3 治疗结果 治疗组 36 例,显效 17 例,显效率为 47.2%,有效 15 例,总有效率为 88.9%,无效 4 例;对照组 36 例,显效 10 例,显效率 27.8%,有效 14 例,总有效率为 66.7%,无效 12 例。2 组显效率及总有效率比较具有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者疗效分析 例

组别	n	显效	有效	无效	显效率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	36	17	15	4	47.2	88.9
对照组	36	10	14	12	27.8	66.7

注:2 组间比较, P<0.05, 差异有显著性。

## 4 讨论

胃肠运动紊乱是糖尿病常见的慢性并发症, kassander<sup>[1]</sup>于 1958 年首次提出了糖尿病胃轻瘫这一概念, 国外报道 20%~30% 的糖尿病患者出现胃轻瘫。糖尿病胃轻瘫发病机制尚未完全阐明, 一般认为与下列因素有关<sup>[2]</sup>: (1)糖尿病自主神经病变。国内外研究提示, 糖尿病性胃轻瘫与自主神经损害的发生率高度相关。Gug 等的研究发现, 糖尿病性胃轻瘫患者迷走神经形态学有改变, 表现为无髓鞘轴突密度减低, 残留的轴突直径变小, 被大量胶原包围, 但胃排空延迟与自主神经障碍的严重程度之间无明显相关关系。(2)胃肠激素异常。糖尿病性胃轻瘫发病与胃肠道激素改变有关, 糖尿病性自主神经病变可引起胃酸分泌降低, 从而使促胃液素反馈性代偿性升高, 同时迷走神经对促胃液素分泌的直接抑制作用减退, 也可导致促胃液素增高, 高血糖时, 促胃液素分泌增加, 促胃液素可使胃排空减慢。(3)糖尿病微血管病变。国内学者发现糖尿病患者胃黏膜血流量明显低于非糖尿病患者, 这可能与糖尿病微血管病变有关, 最终可导致微血栓形成或微血管阻塞, 造成胃肠道出血, 影响胃动力。(4)高血糖。近来研究提示: 高血糖能使正常人胃排空延迟, 其抑制程度与血

Japanese population[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2001, 16: 384-388  
[6]Jian R, Ducrat F, Ruskone A, et al. Symptomatic, radionuclide and therapeutic assessment of chronic idiopathic dyspepsia: adouble-blind placebo-controlled evaluation of cisapride [J]. Dig Dis Sci, 1989, 34: 657

[7]杨文颖, 齐灵芝. 多潘立酮治疗功能性消化不良 69 例临床观察[J]. 中国实用内科杂志, 2006, 26(5): 393  
[8]Tally NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: Potential causes and pathophysiology[J]. Ann Intern Med, 1988, 108(6): 865

(收稿日期: 2006-09-30)