

曲美布汀联合多塞平治疗功能性消化不良疗效观察

徐晓众 毛行良 徐振华

(浙江省宁波市鄞州区集仕港中心卫生院 宁波 315171)

关键词: 功能性消化不良; 曲美布汀; 多塞平

中图分类号: R 75

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0025-02

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征,是临床上最常见的一种功能胃肠病,已成为现代社会中一个主要的医疗保健问题^[1]。笔者于 2005 年 1 月~2007 年 5 月采用曲美布汀加多塞平联合治疗 FD,取得了较为满意的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准^[1] (1)有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、恶心、呕吐等上腹部不适症状,至少持续 4 周或在 12 个月中累计超过 12 周;(2)内镜检查未发现胃及十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变,未发现食管炎,也无上述疾病病史;(3)实验室、B 超、X 线检查排除肝、胆、胰疾病;(4)无糖尿病、肾病、结缔组织病及精神病;(5)无腹部手术史。

1.2 一般资料 将符合上述诊断标准的 89 例患者随机分成两组,治疗组 47 例,男 29 例,女 18 例;年龄(29±6)岁,病程(16±5)个月。对照组 42 例,男 24 例,女 18 例;年龄(30±5)岁,病程(17±5)个月。两组性别、年龄及病程等一般资料无显著性差异,具有可比性。

1.3 方法 治疗组:曲美布汀 100~200mg (体重≤50kg 为 100mg, >50kg 为 200mg),3 次/d,餐前口服;多塞平中午 12.5mg、睡前 25~50mg,口服。对照组:根据患者症状以腹痛或腹胀为主分别给予奥美拉唑 20mg,1 次/d 或莫沙必利 5mg,3 次/d,餐前口服,或上述两药同服。两组疗程均为 4 周。疗程结束后评价疗效。

1.4 疗效评价标准 显效:症状基本消除或完全消除;有效:症状明显减轻;无效:症状无改善或加重。
($P < 0.05$),观察组疗效明显优于对照组。

2 讨论

急性胰腺炎是一个全身炎性反应过程。由于各种致病因素致使胰酶外溢和酶原被激活,产生多种炎性介质及细胞因子,从而导致一系列器官及组织损害。以急腹症发病,如腹痛、腹胀、肠麻痹、腹膜刺激征,甚至休克、多器官功能不全。西医疗疗:质子泵可减少胃酸分泌,抑制胃泌素及胆囊收缩素-促胰酶素的释放,从而降低胰酶分泌。奥曲肽治疗急性胰腺炎的机制主要是直接或间接地抑制胰腺外分泌功能,减少胰液分泌,从而使胰液进入胰腺组织减少,同时可抑制胆囊收缩素,对胰腺实质细胞膜具有直接保护作用。

中医学认为本病属于“腹痛、结胸、胁痛、脾心痛”等范畴,病机为热毒结聚,气滞血瘀,不通则痛,治疗应以清热解毒、理气活血、通腑为原则,自拟清胰合剂是在中医传统名方大柴胡汤基础上加减而成,基本方由生大黄、柴胡、黄芩、枳实、桃仁、丹参、赤芍等组成。大黄通腑泻热,活血化瘀,现代

1.5 统计学方法 计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,率的比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组与对照组疗效结果见表 1。除治疗组个别病人反映轻微口干外,两组均未出现明显的不良反应,疗程结束后复查肝肾功能均未见异常。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	47	19*	22	6	87.2*
对照组	42	5*	21	16	61.9*

注:两组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

FD 的发病机制虽然尚未清楚,但一般认为与胃固体排空延缓、近端胃及胃窦运动异常、幽门十二指肠运动协调失常等上胃肠道动力障碍及胃感觉过敏有关^[1]。曲美布汀主要作用有:(1)抑制 K^+ 的通透性,引起去极化,从而使平滑肌收缩;(2)作用于肾上腺素受体,抑制去甲肾上腺素释放,从而增加运动节律;(3)抑制 Ca^{2+} 的通透性,引起平滑肌舒张;(4)作用于胆碱能神经 K 受体,从而改善运动亢进状态^[2]。通过上述作用实现对胃肠道平滑肌的双向调节作用,因而能明显减轻 FD 引起厌食、恶心、呕吐、嗝气、腹胀、腹鸣等症状。

有人认为^[3]FD 患者比健康人、消化性溃疡者更具焦虑、抑郁、多疑病症及神经质,抗抑郁治疗有明显的疗效。尽管尚没有资料能确切提出精神因素在 FD 发病原因中所占的比重,但我们在临床上发现,经常上医院就诊的患者绝大多数伴有明显的焦虑、抑郁等精神方面的症状,而一些精神症状不明显的 FD 患者往往在就诊一二次后就失访了,也有些人可能自行去药房购药而不再上医院了。因此,对经常就诊的病理研究表明^[4]:能抑制胰蛋白酶、胰脂肪酶的活性,提高血浆胶体渗透压,促进细胞外液向血管内转移,降低血液黏稠度;大黄、柴胡、黄芩、桃仁、丹参、赤芍清热解毒、活血,能降低毛细血管的通透性,抑制炎症过程中的渗出^[5],柴胡又可镇痛^[6];枳实、莱菔子、木香、厚朴、芒硝通腑理气,降低肠管内压,有效缓解腹部症状,枳实又增加心输出量及抗休克^[7]。因而本方既可抑制急性胰腺炎时的胰液外分泌及各种消化酶活性,又能抑制炎症过程,防止休克、继发感染等并发症,起到良好的胰腺保护作用。临床研究表明:自拟清胰合剂可以明显提高急性胰腺炎的治疗效果,改善腹痛、发热、恶心、呕吐等症体征,降低急性胰腺炎患者血、尿淀粉酶,而且临床使用安全、无毒副作用,值得推广应用。

参考文献

- [1]中华医学会胰腺外科学组.急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773
 - [2]沈映君,李仪奎.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997.1
- (收稿日期:2007-10-11)

辨证治疗高血压病 120 例

武煦峰

(江苏省无锡市人民医院 无锡 214000)

关键词: 高血压病; 辨证论治; 中医药疗法

中图分类号: R 544.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0026-01

高血压病是一种常见性疾病,是心脑血管疾病的首要危险因素。根据临床表现,当属中医学“头痛”、“眩晕”、“肝阳”等范畴,并且与“心悸”、“胸痹”、“中风”等病证有关。随着其病程的延长,证候学更加错综复杂,病情变化无常,缠绵难愈。近 5 年来,笔者对 120 例高血压病人进行辨证治疗,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

本组 120 例均符合世界卫生组织(WHO/ISH)公布的高血压诊断分级标准,其中男性 70 例,女性 50 例;年龄最小 32 岁,最大 80 岁;病程最短 4 年,最长 42 年;I 期高血压 17 例,II 期高血压 85 例,III 期 18 例。均曾用钙拮抗剂、利尿剂、直接血管扩张剂、血管紧张素转换酶抑制剂及中枢性降压药等治疗,而血压未能控制在正常范围内。

2 中医辨证论治

2.1 肝阳上亢型(51 例) 证见头胀痛,眩晕,面红耳赤,烦躁易怒,耳聋耳鸣,口苦口干,尿赤便结,舌红苔黄,脉弦数。治以平肝潜阳、清热降火。方用龙胆泻肝汤加减:龙胆草 12g,栀子 12g,黄芩 10g,生地 12g,钩藤 12g,生石决明 15g,川牛膝 15g,杜仲 12g,丹皮 10g,菊花 8g,甘草 4g。

2.2 阴虚阳亢型(30 例) 证见头痛眩晕,耳鸣眼花,头重脚轻,心悸失眠,心烦多梦,腰膝酸软,咽干口燥,舌红苔少,脉弦细数。治以育阴潜阳、滋水涵木。方选天麻钩藤饮合杞菊地黄丸加减:天麻 10g,钩藤 12g,生石决明 15g,川牛膝 15g,寄生 15g,菊花 8g,生地 12g,茯苓 10g,山萸肉 12g,龟板 10g。

2.3 痰湿内盛型(12 例) 证见头痛眩晕,头痛如裹,胸闷脘胀,食少欲吐,心悸浮肿,四肢无力,舌苔白腻,脉细滑。治以燥湿化痰、平肝息风。方选半夏白术天麻汤加减:半夏 10g,白术 10g,天麻 10g,远志 10g,石菖蒲 10g,郁金 10g,竹茹 10g,茯苓 10g,陈皮 6g,甘草 3g。

2.4 阴阳两虚型(6 例) 证见头目眩晕,腰膝酸软,耳聋耳

鸣,心悸失眠,动则气喘,肢凉麻木,夜尿频数,舌淡苔净,脉细弱。治以育阴助阳。方选金匱肾气丸加减:生地 12g,茯苓 10g,山萸肉 12g,熟地 10g,枸杞 10g,丹皮 10g,知母 10g,五味子 10g,当归 10g,牡蛎 10g。

2.5 瘀血阻络型(10 例) 证见头晕头痛,部位固定,呈针刺样疼痛,病程长,舌紫暗,有瘀斑瘀点,脉涩。治以益气养血、祛瘀通络。方选补阳还五汤加减:黄芪 30g,当归 10g,生地 10g,赤芍 10g,川芎 10g,桃仁 10g,红花 8g,地龙 10g,川牛膝 15g,杜仲 15g,寄生 15g。

2.6 冲任失调型(11 例) 证见头痛眩晕,心烦失眠,耳鸣易怒,心慌气短,手足心热,月经失调,舌红苔薄,脉弦细。治以调补冲任。方选二仙汤加减:仙茅 10g,仙灵脾 10g,巴戟天 10g,当归 10g,黄柏 10g,知母 10g,丹参 10g,甘草 5g。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 血压的疗效评定参照卫生部 1993 年发布的《中药新药治疗高血压病临床研究指导原则》的标准。显效:舒张压降低 $\geq 10\text{mmHg}$,并达到正常范围,或舒张压虽未降至正常,但降低 $\geq 20\text{mmHg}$;有效:舒张压降低 $< 10\text{mmHg}$,但达到正常范围,或降低 $10\sim 19\text{mmHg}$,但未达到正常范围;无效:未达到以上标准。

3.2 结果 120 例病例中,显效 38 例,有效 52 例,无效 30 例,总有效率 75%。

4 讨论

在高血压病的临床治疗过程中,我们发现肝阳上亢型、阴虚阳亢型两型病例最多,所以认为其是以肝肾阴虚、肝阳上亢为重点。病理上应区别风、火、痰、瘀的不同,治疗上兼顾标本虚实的情况。治疗过程中除了以血压的降低为疗效标准,还应以靶器官损害的改善为标准。由于病人及医院条件的限制,我们这次是以回顾性研究为主。以后在研究的过程中如能够设立对照组,才能体现出临床研究的严谨、科学性。

(收稿日期: 2007-10-16)

医嘱依从性好的那些患者有必要给予抗抑郁、抗焦虑治疗。多塞平是三环类抗抑郁药物,其抗焦虑作用大于抗抑郁作用,它可提高突触间隙多巴胺、去甲肾上腺素及 5-羟色胺等神经递质含量,从而调整中枢神经系统功能,改善抑郁及焦虑状态,缓解患者一系列的精神症状。同时多塞平能阻断胆碱能受体,故能松弛胃肠平滑肌,降低胃肠平滑肌蠕动的幅度和频率,缓解胃肠绞痛^[4,5]。多塞平还具有轻微的催眠作用,因此我们采用的早晨不服、中午小剂量、晚上稍大剂量的疗法对那些精神焦虑、失眠的病人来说,恰好起到了使他们晚上催眠而白天又不至于犯困的效果。

本组资料显示,曲美布汀联合多塞平治疗 FD 疗效显著,其显效率、总有效率优于传统的抑制胃酸分泌药或 / 和促进

胃肠动力药,且不良反应少,轻微的口干只要适当喝些开水就能缓解,并不影响药物的继续使用。

参考文献

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.420-421
- [2]陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].第 16 版.北京:人民卫生出版社,2007.482
- [3]于皆平,王小众,张介眉.胃部疾病的诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004.287
- [4]陈钟英,刘天培,杨玉.临床药物手册[M].第 3 版.上海:上海科学技术出版社,1997.229
- [5]潘小平,李瑜元,沙卫红,等.抗抑郁药治疗功能性消化不良的临床研究[J].中华消化杂志,1999,19(3):162

(收稿日期: 2007-08-10)