

中西医结合治疗功能性消化不良的疗效分析

刘晓辉

(江西省南昌市第二医院 南昌 330003)

摘要:目的:探讨黛力新联合中药治疗功能性消化不良的效果。方法:将 70 例功能性消化不良患者随机分为治疗组(35 例)与对照组(35 例),治疗组采用中西医结合治疗,对照组采用西药治疗,疗程为 4 周。各组在药物治疗的基础上,注重个体化的心理治疗,并要求患者加强自我调养。结果:治疗组、对照组总有效率分别为 88.57%、57.14%,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗功能性消化不良较单纯使用西药能明显提高临床疗效。

关键词:功能性消化不良;黛力新;中西医结合疗法;中药煎剂

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0014-02

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是临床上较常见的一种功能性胃肠病,是指一组非器质性原因引起的慢性或间歇性上消化道症状:上腹痛、上腹胀、餐后早饱、食欲不振、嗝气、反酸烧心、恶心呕吐或其它有关的胃肠道症状,症状可发生于空腹状态或餐后。FD 发病率很高,在西欧为 20%~40%,在我国为 20%~49%;本病占消化科门诊的 53%^[1],是消化系常见病,而目前尚缺乏切实有效的治疗手段,故需积极努力寻求较为理想的治疗方法。本文采用中西医结合治疗功能性消化不良,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月~2007 年 12 月在本院消化科门诊就诊具备以下条件者 70 例:(1)符合罗马 II 标准^[2],具有慢性上腹部不适、腹痛、饱胀、烧心、恶心、呕吐、反酸、嗝气等症状,且持续 3 个月以上。(2)3 个月内电子胃镜检查提示慢性浅表/萎缩性胃炎或并有轻微胃窦糜烂(<5 个糜烂点)及十二指肠炎,排除胃食道逆流症。(3)辅助检查排除了肝、胆、脾、胰器质性疾病。(4)使用 PPI 制剂+促动力药 2 周效果不佳者。70 例患者随机分为治疗组和对照组各 35 例,两组患者的年龄、性别及临床症状无显著差异性。

血脂检测达到以下任一项者:TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 40\%$,HDL-C 上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$,LDL-C 下降 $\geq 20\%$;有效:临床症状、体征均有好转,血脂检测达到以下任一项者:TC 下降 $\geq 10\%$,TG 下降 $\geq 20\%$,HDL-C 上升 $\geq 0.104\text{mmol/L}$,LDL-C 下降 $\geq 10\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,血脂检测未达到以上标准者。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组临床疗效比较 见表 1。经 Ridit 分析,两组临床控制率、总有效率比较无显著性差异($P>0.05$)。治疗组对胸闷气短,乏力,形体肥胖,眩晕,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔厚腻方面改善与对照组比较,有显著性差异($P<0.05$),其余症状的改善与对照组相当($P>0.05$)。

表 1 两组治疗效果比较 例(%)					
组别	n	临床控制	显效	有效	无效
治疗组	49	12(24.49)	14(28.57)	15(30.61)	8(16.33)
对照组	24	5(20.83)	6(25.00)	9(37.50)	4(16.67)

3.2.2 两组血脂改善比较 两组均不同程度降低胆固醇、甘油三酯及升高高密度脂蛋白,治疗组治疗前后比较有显著性差异($P<0.05$),两组比较无显著性差异($P>0.05$)。见表 2。

4 讨论

仙传五香丸由醋香附、醋五灵脂、黑白丑等组成,出自

1.2 治疗方法 治疗组采用中西药联合治疗:中药用自拟方剂(组方:茯苓、扁豆、薏苡仁、苍术各 20g,枳壳、乌药、木瓜、陈皮、升麻、柴胡、郁金各 10g,蒲公英 30g,甘草 6g),随证稍作加减,每天 1 剂,水煎三服,早、中、晚餐后 30min 后内服;西药采用黛力新(氟哌噻吨美利曲辛片)1 片/d,晨服,睡眠不佳者中午加服 1 片,同时合用 PPI 制剂兰索拉唑 30mg/d,晨空腹顿服,及促动力药莫沙必利 5mg,3 次/d。对照组单用西药治疗,用法用量同治疗组,两组皆服满 1 个疗程(4 周)。治疗过程中两组患者均防止情绪激动与压抑,戒烟酒,定时进餐,以清淡、营养食物为主,忌辛辣刺激、冷硬及高糖、高淀粉食物。并因人制宜,施以心理治疗。

1.3 疗效标准

1.3.1 临床症状评分 治疗前后记录上腹胀、早饱、烧心、反胃、恶心、嗝气等症状。评分标准:0 分,无症状;1 分,症状较轻,稍加注意就有症状;2 分,症状明显,但不影响工作;3 分,症状严重,影响工作。症状总改善率(%)=(治疗前总症状积分-治疗后总症状积分)/治疗前总症状积分 $\times 100\%$ 。

1.3.2 消化道症状疗效判断标准^[3] 治愈:症状消失,异常指标基本恢复正常,且疗效较为巩固者。好转:症状消失或减

表 2 两组血脂改善比较 ($\bar{X}\pm S$) mmol/L						
组别	n	时间(周)	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗组	49	0	6.30 $\pm$ 1.21	2.79 $\pm$ 0.95	1.14 $\pm$ 0.35	4.12 $\pm$ 0.32
		8	5.28 $\pm$ 1.17* Δ	1.39 $\pm$ 0.81* Δ	1.61 $\pm$ 0.29* Δ	2.89 $\pm$ 0.28* Δ
对照组	24	0	6.21 $\pm$ 1.19	2.73 $\pm$ 0.85	1.16 $\pm$ 0.33	4.06 $\pm$ 0.31
		8	5.23 $\pm$ 1.07*	1.36 $\pm$ 0.76*	1.58 $\pm$ 0.38*	2.93 $\pm$ 0.30*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较, $\Delta P>0.05$ 。

《太医院秘藏膏丹丸散方剂》,此方能消食、消积、消痞、消痰、消气、消滞、消肿、消痛、消血、消痢、消蛊、消膈、消胀、消闷,并治痰迷心窍。《蒲辅周医疗经验》中提到一代名医蒲老应用该方治疗停水、停食、气郁,用之皆效,唯需久服。此方配伍严谨,有行气利水之专长。五灵脂,善治诸气,古方失笑散用之为主药。香附子即莎草之根,入肝胃二经,专理气血,并消食;古方独圣散,只香附一味,治诸气痛。黑白丑,古方专用治水病,能攻积水从二便泻出;古人用二丑诸方,多是一半生用,一半炒熟,共为末。

中医学认为高脂血症与肝、脾、肾及气、血、痰、瘀密切相关,病理属本虚标实。虚主要为脾肾阳气虚损,或肝肾阴血不足;实主要为痰湿内蕴,气滞血瘀,痰瘀互结。仙传五香丸从肝论治入手,以疏肝理气、活血化痰为法组方,故取得较好效果。本次临床研究明确了该方治疗高脂血症的临床效果,为广大临床医生运用本方提供了客观依据。

(收稿日期: 2008-06-27)

实用中西医结合临床 2008 年 12 月第 8 卷第 6 期
轻,异常指标无改善或稍有改善。无效:症状及异常指标均无改善。

1.4 统计学处理 采用秩和检验、 χ^2 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 症状积分比较 治疗组治疗前症状总积分为 (11.36±1.24) 分,治疗后降至 (2.56± 1.63) 分,两者有显著差异性($P<0.05$);对照组治疗前症状总积分为 (11.78± 1.63) 分,治疗后降至 (6.12± 2.46) 分,两者有显著差异性($P<0.05$);两组治疗前总积分无显著差异性($P>0.05$),但治疗后症状总积分有显著差异性 ($P<0.05$)。治疗组症状总改善率为 (75.81±24.34)%,对照组症状总改善率为 (51.57± 35.28)%,两组比较有显著差异性($P<0.05$)。

2.2 临床疗效比较 治疗组总有效 31 例(治愈 16 例,好转 15 例),无效 4 例,总有效率为 88.57%;对照组总有效 20 例(治愈 4 例,好转 16 例),无效 15 例,总有效率为 57.14%。两组总有效率比较有显著差异性($P<0.05$)。

3 讨论

功能性消化不良是消化科门诊的常见病,具有慢性、复发性和异质性特点,严重影响患者的生活质量。汤武亨等^[4]以 HAMD、HAMA 量表作为确立抑郁状态的依据,发现门诊 FD 患者中 50%有抑郁情绪,这些患者中 40%在发病前有引发事件,包括家庭不和、失业、亲人亡故等;60%的患者无明确事件,其抑郁症状可能为慢性消化不良疾病久治不愈所诱发。

有研究表明,应激和焦虑能影响中枢神经系统处理感觉信息的过程,使机体对酸的敏感性增加,在没有酸反流增加的情况下出现症状加重。精神状态(焦虑、抑郁)及应激对胃肠动力障碍起重要作用^[5]。黛力新为新型三环类抗焦虑抑郁混合性情绪稳定剂,每片含美利曲辛 10mg 和神经阻滞剂氟哌噻吨 0.5mg。其特点为:(1)提高中枢神经突触间隙多巴胺

及单胺类递质含量,发挥最佳的抗焦虑和抗抑郁作用。(2)氟哌噻吨可拮抗美利曲辛的抗胆碱作用,因此很少出现心肌耗量增加、心动过速等副作用。(3)美利曲辛可拮抗氟哌噻吨可能出现的锥体外系的震颤等副作用。因此疗效显著,起效迅速,副作用相互拮抗,患者依从性好,无嗜睡成瘾、耐药等副作用。但症状缓解后立即停药病情常有反复,将黛力新减量

为每天 1/2 片或隔天 1 片维持 1~3 个月可达到稳定的效果。
FD 属中医学“腹胀”、“脘痞”、“胃痛”、“反胃”等范畴。从辨证来看,病位涉及肝、脾、胃,脾虚(消化吸收功能低下,胃肠运动迟缓)是发病的基础,肝郁(胃肠节律功能的紊乱、精神的焦虑和紧张)是发病的条件,胃气不降是引发诸症(FD 症状)的原因,湿热是主要的病理产物。因此采用健脾疏肝、理气和胃、清热除湿为基本治则。用药上,以茯苓、扁豆、薏苡仁、苍术健脾化湿;枳壳、乌药、木瓜理气和胃消食;陈皮降逆化浊止呕;蒲公英清热解毒并能健胃;升麻、柴胡、郁金疏肝理气并可升提脾之清气,清升浊自降。另外,现代药理证实:枳壳、乌药等中药能兴奋胃肠平滑肌,增强胃肠运动^[6]。

本研究结果表明,黛力新联合中药治疗 FD 疗效满意,药物副反应少,是目前治疗 FD 的可行方案。

参考文献

[1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.我国消化不良的诊治流程和指南(2000 年)[J].现代实用医学,2004,16(4):248-249
[2]Drossman DA,Richter JE,Talley NJ,et al.The functional gastrointestinal Disorders[M].Boston: Little Brown & Co,1994.1-74
[3]黄庆道,钟南山.广东省常见疾病诊疗规范[S].2003,50
[4]汤武亨,陈国光.联合黛力新治疗青岛地区功能性消化不良疗效观察[J].浙江临床医学,2005,7(2): 163-164
[5]寿桃军,蒋军生,张新卿.黛力新联合治疗功能性消化不良疗效观察[J].中华现代临床医学杂志,2006,4(17): 126-127
[6] 武谦虎. 常用治疗肝病中药 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2000.231

(收稿日期: 2008-09-01)

后腹腔镜输尿管切开取石术 11 例报告

石磊 刘勤 段闰 刘彩光 陈小平 刘朝晖

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:后腹腔镜;输尿管结石;取石术

中图分类号:R 693.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0015-01

2005 年 3 月~2007 年 12 月,我们采用后腹腔镜术治疗输尿管结石 11 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 11 例,男 6 例,女 5 例,年龄 31~54 岁,平均 44 岁,10 例为输尿管上段结石(2 例肾盂输尿管连接部),1 例输尿管中段结石,左侧 5 例,右侧 6 例,结石直径 1.2~2.3cm,平均 1.8cm,均为阳性结石,结石停留时间 2 个月~3 年,术前经 B 超、KUB、IVP 及逆行肾盂造影证实,伴同侧输尿管不同程度扩张及肾积水,其中 5 例术前行 ESWL、2 例在外院行 URL 取石失败,2 例并重度肾积水。

1.2 手术方法 术前常规 X 线定位,全麻或硬膜外麻醉,健侧卧位,腋后线肋缘下(A)点切开 2.0cm,分离肌层打开腰背筋膜,内推腹膜,置入水囊充水 400~500mL,维持 5min,建立

后腹腔间隙,分别于腋中线髂嵴上(B)、腋前线肋弓处(C)、腋前线平脐处(D)置入穿刺套管及操作器械,B 点置入内镜,气压维持 13cmH₂O,在腰大肌前内侧纵行切开肾周筋膜,找到输尿管,游离上段输尿管并暴露结石,D 点 Babcock 钳固定结石上段输尿管,自制刀片切开结石处及上段输尿管,分离结石粘连后取出结石,有息肉则同时切除,探查下段输尿管通畅后置双 J 管,4-0 可吸收线缝合切口,并置输(下转第 53 页)(上接第 46 页)尿管旁引流管。

1.3 结果 11 例患者均手术成功,手术时间 80~190min,平均 130min,手术出血量 20~80mL,平均 40mL,肠功能恢复时间 12~24h,术后 1d 起床活动,术后 3~5d 拔除引流管,术后住院时间 5~10d,双 J 管术后 4 周拔除。8 例获随访 3~13 个月,肾积水及肾功能均好转,无输尿管切开处狭(下转第 36 页)