

中西医结合治疗门脉高压性胃病 60 例

葛来安 甘淳 龚蔚

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 门脉高压性胃病; 疏肝健脾活血; 普萘洛尔; 兰索拉唑

中图分类号: R 573.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0053-02

肝硬化合并门脉高压所致的胃黏膜淤血、水肿和糜烂等病变称为门脉高压性胃病(PHG),本病单用西药治疗效果欠佳。笔者自 2004 年 1 月~2008 年 12 月,采用中西医结合方法治疗 PHG 60 例,取得了满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者均为我院消化科门诊及住院病人,按随机法分为治疗组和对照组。治疗组 60 例,男 38 例,女 22 例;年龄 24~71 岁,平均 47.6 岁;病程 1~21 年,平均 6.4 年。对照组 60 例,男 37 例,女 23 例;年龄 25~70 岁,平均 46.8 岁;病程 1~19 年,平均 6.6 年。两组患者性别、年龄、病程及 PHG 分级差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 所选病例均符合肝硬化及 PHG 的诊断标准。肝硬化诊断标准按 2005 年病毒性肝炎防治方案制定的标准;PHG 诊断标准为内镜下胃黏膜表现为各种形态充血性红斑(猩红热样疹、蛇皮样改变、马赛克征、樱桃红斑等)和糜烂,伴有或不伴有出血,按 Tanoue 分类为 I 级、II 级、III 级。排除合并有食道-胃底静脉曲张破裂出血、肝性脑病、胃癌或胃溃疡者。

1.3 治疗方法 对照组服用普萘洛尔 10mg,每日 3 次,兰索拉唑 30mg,每日 1 次,30d 为 1 个疗程。治疗组在对照组基础上加用疏肝健脾活血方:柴胡 10g、郁金 10g、枳壳 10g、莪术 12g、白术 15g、茯苓 20g、黄芪 15g、炙甘草 5g、薏苡仁 30g、白芍 20g、丹参 15g、蒲黄 10g、田七 5g、砂仁 6g、海螵蛸 30g、白及 15g。每日 1 剂,水煎,分 2 次服,30d 为 1 个疗程。两组均配合护肝等辅助治疗。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 显效:临床症状消失或明显改善,胃黏膜按 Tanoue 分类,恢复好转程度超过 1 个等级以上。有效:临床症状好转,胃黏膜较前改善,但好转未能超过 1 个等级者。无效:临床症状及胃黏膜病变无改善。

2.2 治疗结果 治疗组显效 43 例,有效 15 例,无效 2 例,总有效率 96.67%;对照组显效 26 例,有效

23 例,无效 11 例,总有效率 81.67%。两组疗效比较有显著性差异($P<0.05$),表明治疗组优于对照组。

3 讨论

门脉高压性胃病是肝硬化门脉高压的一个常见并发症^[1],患者绝大部分除肝功能减退的表现外,不同程度地有上腹不适、腹胀、烧心、早饱等症状,部分病人有呕血及黑便。PHG 的发病机制尚不十分清楚,目前认为与门脉高压、胃黏膜损伤因子增多及保护因子下降等有关^[2]。门脉高压可导致食管、胃、肠道黏膜静脉性淤血和动脉性缺血,胃黏膜毛细血管和小静脉明显扩张,并有明显分流、微循环障碍和能量代谢异常,胃黏膜屏障功能被破坏,导致 H^+ 反弥散,从而导致胃十二指肠黏膜充血、糜烂、溃疡形成^[3]。中医学认为本病多因肝郁脾虚、气滞血瘀、脉络瘀阻所致。本病病位在胃,涉及肝脾,脾胃虚弱,肝失疏泄,气机郁滞,进而导致肝胃血瘀。根据 PHG 发病机理,治疗门脉高压性胃病,一方面要降低门脉压,另一方面要减少胃黏膜攻击因子,增加保护因子。现代医学主要应用普萘洛尔及质子泵抑制剂等治疗。笔者在采用普萘洛尔及质子泵抑制剂兰索拉唑治疗的同时,加用中药疏肝健脾活血方治疗,取得了良好疗效。普萘洛尔通过收缩内脏小动脉引起门脉压力下降,改善胃肠黏膜微循环。兰索拉唑可以提高 PHG 患者胃内 pH 值,减少胃内酸性环境对凝血过程的影响,可预防出血,同时可减轻胃酸对黏膜的侵蚀,有利于黏膜的修复。中药疏肝健脾活血方中的柴胡、郁金、枳壳、白芍等疏肝理气,调节植物神经功能,有利于肝功能恢复;白术、茯苓、黄芪、薏苡仁、炙甘草等健脾益气,具有增强免疫、增强胃黏膜屏障等作用;丹参、田七、蒲黄、莪术活血化瘀,具有降低门脉压力、改善胃黏膜血液循环等作用;海螵蛸、白及制酸止痛,消生肌,具有抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、促进糜烂及溃疡愈合作用;砂仁行气调中,和胃醒脾,具有增进胃肠运输机能及抗溃疡作用。诸药合用,共奏疏肝健脾、活血化瘀、养阴益胃、生肌消肿之功效。故中西医结合治疗门脉高压性胃病,比单纯西药治疗效果

匹维溴铵联合酪酸梭菌治疗肠易激综合症的疗效评价

熊淑平

(江西省新建县人民医院 新建 330100)

关键词: 匹维溴铵; 酪酸梭菌活菌胶囊; 肠易激综合征

中图分类号: R 574.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0054-02

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的功能性肠病,以腹痛或腹部不适为主要症状,排便后可改善,常伴有排便习惯改变,缺乏可解释症状的形态学和生化学异常。IBS 女性患病率显著高于男性,男:女=1:5^[1]。我们采用匹维溴铵联合酪酸梭菌活菌胶囊治疗肠易激综合征,在控制症状方面取得了良好的近期效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择本院门诊就诊的腹泻型肠易激综合征患者共 63 例,性别、年龄不限,所有病例均符合罗马 II 诊断标准,即在 12 个月中至少有 12 周(可不连续)出现腹痛或腹部不适,并具有以下特点:(1)症状在排便后缓解;(2)与大便频率改变有关;(3)与大便性状改变有关。患者按首次诊断先后顺序随机归入 A、B、C 三组。排除恶性肿瘤、息肉、炎性肠病、血管畸形等消化道器质性病变,且无其它系统及全身器质性疾病史和胸腹部手术史;排除伴有明显情绪紧张或睡眠困难而需要服用镇静安神、抗抑郁药物的病人。

1.2 方法 A 组采用匹维溴铵联合酪酸梭菌活菌胶囊口服治疗,匹维溴铵 50mg,3 次/d,酪酸梭菌活菌胶囊 1.26g,3 次/d,均餐前服;B 组单独口服匹维溴铵;C 组单独口服酪酸梭菌活菌胶囊。疗程均为 4 周,要求患者严格按医嘱服药,保持原有饮食及生活习惯不变。

1.3 观察指标和疗效评价 腹痛按严重程度依次分为 4 级:0 级,无症状;1 级,轻度,对日常生活和睡眠无影响;2 级,中度,日常活动有一定程度受限;3 级,重度,不能从事日常活动。腹胀、腹泻按频率分为 4 级:0 级,无症状;1 级,偶尔(<25% 的时间内出现);2 级,经常(25%~50% 的时间内出现);3 级,持续(>50% 的时间内出现)。治疗后腹痛、腹胀、腹泻症状完全消失或改善 2 级以上为显效;症状改善 1 级以上为有效;症状无显著改善为无效。

1.4 统计分析 采用 SPSS11.5 统计软件进行分

析,各组数据比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

治疗后,A 组和 B 组、C 组比较,腹痛、腹胀、腹泻改善显著($P < 0.05$)。B 组在改善症状方面比 C 组更有效($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 治疗后各组症状疗效例

组别	腹痛				腹泻				腹胀				
	n	显效	有效	无效	有效率(%)	显效	有效	无效	有效率(%)	显效	有效	无效	有效率(%)
A 组	20	14	4	2	90.0* [△]	14	3	3	85.0* [△]	13	4	3	85.0* [△]
B 组	22	12	6	4	81.8*	12	5	5	77.3*	11	6	5	77.3*
C 组	21	8	6	7	66.7	8	6	7	66.7	8	5	8	61.9

注:与 B 组比较,* $P < 0.05$;与 C 组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

IBS 的病因和发病机制尚不十分清楚,现有研究结果显示其发病与胃肠道动力异常、内脏敏感性增高、中枢神经系统感知异常、脑-肠轴调节异常、肠道感染与炎症、精神心理异常等因素有关。IBS 被公认为是功能性疾病,可是在很多病人身上又可以找到器质性疾病的影子,有研究表明肠道急性感染后部分患者发展为 IBS。腹痛是 IBS 最主要的临床症状,进食后腹痛加重,排便或排气后缓解,腹痛多位于下腹部,性质多样,程度各异,可伴有腹泻或便秘、腹胀。钙离子在平滑肌收缩运动中起着重要的作用,细胞内钙稳态是维持平滑肌正常收缩与舒张运动的基础。肠平滑肌细胞通过钙离子内流产生动作电位影响肠管运动,当平滑肌细胞内钙离子浓度增高时,平滑肌收缩运动增强;当平滑肌细胞内钙离子浓度降低时,平滑肌收缩运动减弱。匹维溴铵是一种选择性作用于胃肠道平滑肌钙离子通道的药物,它能阻断钙离子内流而使肠道平滑肌松弛^[2],延长结肠传输时间,防止肌肉过度收缩而达到解痉作用,故对腹痛、腹泻、便秘都有一定的疗效。

酪酸梭菌在肠道中能与双歧杆菌等有益菌共生,相互依赖和相互作用,形成微生态平衡并构成肠生物屏障,以阻止有害菌的易位或入侵;在代谢过程中,能分泌消化酶,如淀粉酶等,帮助食物消化,有助于 IBS 患者消化不良症状的改善。酪酸梭

[2]赵景涛,刘玉兰.消化内科学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2000.65

[3]毛关国.门脉高压性胃病 82 例胃镜分析[J].中华医药杂志,2004,4(1):27

参考文献

[1]于凤杰,常印山.肝硬化门脉高压性胃病 67 例临床分析[J].中华现代内科学杂志,2007,4(2):36