

中西医结合治疗难治性消化性溃疡 32 例

王志敏 邱彬辉

(江西省万载县中医院 万载 336100)

关键词: 中西医结合疗法; 难治性消化性溃疡; 泮托拉唑; 多潘立酮; 中药汤剂

中图分类号: R 573.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.011

难治性消化性溃疡随着生活节奏的加快、饮食结构及生活习惯的改变, 其发生频率有增加趋势, 单纯西药治疗病人易复发, 愈合率不是十分理想。而中医在长期的医疗实践中, 对此病的认识和治疗积累了丰富的临床经验, 从调节整体机能的观点进行辨证论治。笔者自 2001 年 1 月~2009 年 12 月采用中药汤剂配合西药泮托拉唑、多潘立酮治疗难治性消化性溃疡 32 例, 取得显著疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 所有病例均有上腹部疼痛、上腹部饱胀、纳差的临床症状, 并满足以下条件: (1) 使用 H₂ 受体拮抗剂维持治疗, 症状仍经常复发; (2) 使用 H₂ 受体拮抗剂维持治疗的同时出现并发症; (3) 使用足够剂量的质子泵抑制剂治疗 8~12 周溃疡仍不愈合, 并有症状。治疗前经胃镜检查诊断为胗胝样溃疡、胃线状溃疡、十二指肠线状溃疡, 并作 HP 检测(快速尿素酶法), 且内镜下多点活检标本作病理组织学检查排除恶性溃疡, 部分病例经 CT、MRI 及超声内镜检查排除癌性溃疡、胃恶性淋巴瘤、胃泌素瘤。所有病例经 B 超、胃肠道钡餐检查除外胆石症、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、食管裂孔疝疾病, 并作粪隐血试验检查。

1.2 一般资料 63 例患者均为门诊及住院病人, 随机分成两组。治疗组 32 例, 胗胝样溃疡 7 例, 男 5 例, 女 2 例, 胃、十二指肠线状溃疡 25 例, 男 20 例, 女 5 例, 其中胃线状溃疡 22 例, 十二指肠线状溃疡 3 例, 年龄最大 65 岁, 最小 24 岁, 平均年龄 44.6 岁, 并有 1 例粪隐血试验阳性; 对照组 31 例, 胗胝样溃疡 6 例, 男 4 例, 女 2 例, 胃、十二指肠线状溃疡 25 例, 男 21 例, 女 4 例, 其中胃线状溃疡 23 例, 十二指肠线状溃疡 2 例, 年龄最大 64 岁, 最小 25 岁, 平均年龄 45.2 岁。两组资料比较, 差异无显著性, 具有可比性。

现代医学研究认为慢性胃炎的致病原因复杂, 与胃酸、胃蛋白酶和 HP 感染有关。HP 感染是 CHG 的重要致病因素, 与 CHG 病变程度密切相关。HP 产生多种酶, 分泌细胞毒素, 感染后可引起胃黏膜

1.3 治疗方法 对照组合理安排饮食, 去除诱发溃疡因素, HP 感染者用质子泵抑制剂加克拉霉素及阿莫西林根除 HP 后, 口服泮托拉唑 40 mg, 每日 1 次, 多潘立酮片 10 mg, 每日 3 次, 餐前半小时服, 调节胃肠排空功能。治疗组在对照组基础上给予中药汤剂: 肝气犯胃者, 舒肝理气、和胃止痛, 药用: 柴胡 8 g、白芍 10 g、枳壳 8 g、炙甘草 5 g、陈皮 6 g、川楝子 8 g、香附 10 g、海螵蛸 15 g、煅瓦楞子 10 g; 胃阴亏虚者, 养阴益胃、疏肝理气, 药用: 沙参 10 g, 麦冬 10 g, 生地 10 g, 当归 10 g, 枸杞子 10 g, 川楝子 8 g, 黄连 8 g, 白芍 8 g, 甘草 5 g; 脾胃虚寒者, 温中祛寒、健脾和胃, 药用: 黄芪 15 g, 桂枝 5 g, 白芍 10 g, 党参 10 g, 炙甘草 6 g, 干姜 7 g, 饴糖 15 g, 香附 8 g、砂仁 4 g, 大枣 4 枚; 瘀血阻络者, 化瘀通络、理气和胃, 药用: 丹参 10 g, 蒲黄 10 g, 五灵脂 7 g(包煎), 三七 3 g, 砂仁 5 g, 白及 10 g, 乳香 7 g; 寒热错杂者, 辛开苦降、调和寒热, 药用: 法半夏 7 g, 干姜 6 g, 人参 10 g, 甘草 4 g, 黄连 8 g, 砂仁 5 g, 木香 8 g, 大枣 4 枚, 川楝子 8 g, 焦山楂 10 g。水煎服, 每次 150 mL, 每日 2 次, 两组患者疗程均 8 周。

1.4 统计学方法 用 χ^2 检验, Ridit 分析进行统计学处理。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《实用消化病学》^[1]疗效标准。痊愈: 上腹部疼痛、上腹部饱胀消失, 进食恢复正常的损害, 因此根除 HP 感染对 CHG 的治疗有重大意义。现代医学认为, 治疗慢性胃炎包括消除病因、根除幽门螺旋杆菌治疗、对症治疗等。服用中药的同时配合质子泵抑制剂奥美拉唑及抗幽门螺旋杆菌药阿莫西林等中西医结合进行治疗, 疗效较好, 值得临床应用。

参考文献

[1]张万岱, 陈治水, 危北海, 等. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)
[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(5): 314-316
(收稿日期: 2010-12-13)

乌司他丁和血必净联用治疗急性胰腺炎疗效观察

汪中衡 肖顺国 李栋柏
(湖南省湘潭钢铁公司职工医院 湘潭 411101)

摘要:目的:探讨乌司他丁与血必净联合治疗急性胰腺炎的疗效。方法:78 例急性胰腺炎患者随机分为治疗组(乌司他丁和血必净联用)、对照组(单用乌司他丁)。分别观察两组治疗后症状缓解、体征减轻、血尿淀粉酶(AMS)下降时间、并发症情况及住院时间。结果:乌司他丁和血必净联用能更快缓解临床症状及控制病情,缩短治疗时间。结论:乌司他丁和血必净联用治疗急性胰腺炎疗效优于单用乌司他丁。

关键词:乌司他丁;血必净;急性胰腺炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 576

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.012

急性胰腺炎起病急骤,最基本的发病机制为激活的胰酶逸入胰腺组织引起胰腺自身消化,胰腺及胰周炎症反应和大量胰液渗出,造成胰腺水肿、出血、坏死,肠系膜水肿,肠麻痹,肠源性内毒素吸收入血激活炎症细胞释放炎症介质,引起全身炎症反

常,复查胃镜:胃十二指肠黏膜大致正常;基本痊愈:上腹部疼痛、上腹部饱胀消失,进食较治疗前好转,复查胃镜:胃十二指肠溃疡瘢痕色白(S₂);显效:上腹部疼痛好转,进食后仍有上腹胀,食量无明显变化,复查胃镜:胃十二指肠溃疡(H₂);无效:未达到显效标准。

2.2 治疗结果 治疗组 32 例,痊愈 24 例(75%),基本痊愈 6 例(19%),显效 2 例(6%),总有效率 100%;对照组 31 例,痊愈 16 例(52%),基本痊愈 5 例(16%),显效 1 例(3%),无效 9 例(29%),总有效率 71%。两组痊愈率和总有效率比较,差异均有显著性($P<0.05$)。随访 6 个月,对照组 1 例仍是胛胝样溃疡,3 例是线状溃疡,2 例发生上消化道出血。

3 讨论

难治性消化性溃疡发病机制有关因素:(1)溃疡对治疗的顺应性差,病人未能遵医嘱服药或未能完成疗程,影响溃疡愈合。(2)NSAID 的使用:NSAID 几乎能影响所有抗溃疡药物促进溃疡的愈合作用,有时 NSAID 的服药史需仔细询问才能得到。(3)吸烟:吸烟明显影响溃疡的愈合,重度吸烟者更为明显。(4)十二指肠炎:一些情况下持续性溃疡可能反映了黏膜和愈合机制的损伤;十二指肠炎的存在,可能预示着溃疡难以愈合。(5)HP 感染:研究证实,HP 感染与消化性溃疡的发生和溃疡复发有关。同样,高密度的 HP 感染或宿主对 HP 反应过强,均能影响溃疡的愈合。(6)预先存在的高酸分泌,对抗酸分泌药物的原发性和继发性耐受^[1]。胛胝样溃疡是溃疡反复发作,溃疡底部和周围产生明显的纤维化,周围呈堤状隆起高而硬,应与 III 型胃癌

应综合征(SIRS)、多器官功能障碍。临床以腹痛、恶心呕吐、发热及血、尿淀粉酶(AMS)增高等为特点。若不采取及时、有效的治疗,病情极易恶化,甚至死亡^[1]。我院自 2008 年 7 月~2010 年 7 月联用乌司他丁和血必净治疗急性胰腺炎,观察其临床疗效。

区别^[2]。胃的线状溃疡与胃纵轴方向垂直,线状溃疡长度多在 3.0 cm 以上,因溃疡多发生于角切迹处,可引起胃小弯明显缩短,导致胃排空障碍;十二指肠线状溃疡长度常超过周径的 1/4,可横行或纵行,溃疡边缘清晰。

临床研究证实,柴胡舒肝解郁,镇静镇痛;人参补气健脾,生津止渴,促进蛋白质合成,增强机体抗病能力;三七化瘀止血;蒲黄止血,活血消瘀;五灵脂散瘀止痛,缓解平滑肌痉挛;乳香活血止痛,消肿生肌;白及消肿生肌,收敛止血;半夏降逆止呕,消痞散结;麦冬养阴益胃;黄连清热燥湿,泻火解毒,扩张末梢血管;白芍有广谱抗菌作用,能抑制胃液分泌;香附有疏肝理气、提高痛阈的作用;陈皮理气健脾,对消化道有缓和刺激作用,利于胃肠积气的排出;砂仁理气健脾止痛,可排出消化道积气;海螵蛸有制酸止痛和收敛作用;瓦楞子制酸止痛,软坚散结;川楝子行气止痛;沙参有养胃生津作用;甘草能缓解胃平滑肌痉挛,抑制组织胺引起的胃液分泌,缓急止痛;黄芪补气升阳,托毒生肌;党参补中益气;大枣补脾和胃;干姜温中祛寒^[3]。总之,中西医结合治疗难治性溃疡是辨病与辨证结合,局部治疗与调理人体整体机能并进,运用中医药整体多靶点的调节和西药快速强力的单靶点调节等优点,共同起到抑酸、抗 HP、调节胃的运动排空功能,促进难治性溃疡迅速愈合,使难治性溃疡得到较好疗效。

参考文献

[1]于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].北京:科学出版社,1999. 279-306
[2]杨医亚.中医[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1983.160-172
[3]陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].北京:人民卫生出版社, 2006.368-391

(收稿日期:2011-01-05)