

· 基层园地 ·

“经济三联”疗法对消化性溃疡
疗效观察及其作用机理探讨

广东省汕头市中心医院消化内科(广东 515031)

彭淡君

1994 年 5 月~1995 年 5 月,我们采用“经济三联”疗法(呋喃唑酮加硝苯地平加珍珠层粉)治疗消化性溃疡(PU),同时设常规治疗(奥美拉唑加羟氨苄青霉素)对照观察,共 120 例,随访 0.5 年,最后接受胃镜复查 68 例,疗效可靠。现将此 68 例结果报告如下。

临床资料 68 例患者均经纤维胃镜确诊为活动性 PU,部分合并出血。其中个别较深大溃疡经活检除外恶变,无肝肾功能严重损害。随机分为两组,治疗组 38 例,男 28 例,女 10 例;年龄 15~69 岁,平均 40 岁;病程 1 个月~15 年,平均 3 年 8 个月;十二指肠溃疡(DU)28 例,胃溃疡(GU)4 例,复合溃疡 6 例,合并出血 5 例;溃疡数目 ≤ 2 个 37 例,3 个 1 例;溃疡长径 0.3~2.0cm。对照组 30 例,男 22 例,女 8 例;年龄 17~71 岁,平均 45 岁;病程 2 周~12 年,平均 4.5 年;DU23 例,GU3 例,复合溃疡 4 例,合并出血 3 例;溃疡数目均 ≤ 2 个;溃疡长径 0.4~1.8cm。两组具有可比性($P>0.05$)。

治疗方法 全部病例门诊治疗,治疗期间戒酒、茶、少吸烟。治疗组:呋喃唑酮每次 0.1g,每日 3 次,珍珠层粉每次 3g,每日 3 次,均于餐前 0.5h 口服,硝苯地平 10mg 每日 2 次吞服(痛时嚼碎含服)。对照组:奥美拉唑 20mg,早及晚睡前各空腹服 1 次,羟氨苄青霉素 0.5g,每日 4 次口服。羟氨苄青霉素疗程 2 周,其余药物均 4 周。伴出血者适当静脉滴注止血剂 3 天。所有患者于第 1、2、4 周各观察记录 1 次症状体征变化(治疗组兼测血压),治疗前后分别作肝肾功能检查,疗程结束(4 周)及 0.5 年各复查胃镜 1 次。

结果

1 疗效判定标准 以纤维胃镜检查作为判断依据。愈合:溃疡完全愈合、周围炎症消失;有效:溃疡面缩小 $\geq 50\%$,周围炎症存在;无效:溃疡面缩小 $< 50\%$ 或无变化。

2 治疗结果 治疗组愈合 33 例(87%),有效 5 例(13%),0.5 年复发 1 例(3%)。对照组愈合 27 例(90%),有效 3 例(10%),0.5 年复发 1 例(3%)。两组比较无显著性差异($P>0.05$)。两组疗程结束,肝肾功能复查无一异常。治疗组有 1 例轻度面红、心率稍快

(96 次/min,律齐),无须停药;伴高血压 3 例、血压均有不同程度下降,其余血压正常者,血压前后变化不明显。对照组有 1 例于第 2 周末出现少量散在红色皮疹伴瘙痒,停用羟氨苄青霉素 3 天后皮疹消退,考虑是羟氨苄青霉素轻度过敏反应。

讨论 “标准三联疗法”(铋剂加灭滴灵加 Amoxil)或是目前推荐的 OM + Amoxil“三联”疗法^[3]等,均药价昂贵,国内仍不能普遍使用。本文采用“经济三联疗法”,疗效与对照组无显著性差异。且药价低廉。

呋喃唑酮治疗 PU 近 20 年,其近远期疗效已被证实,作用机理是抑制体内单胺氧化酶(MAO)活性,尤其中枢 MAO 活性,从而提高脑和十二指肠内单胺递质(如多巴胺)活性。珍珠层粉通过空腹口服后附着在胃粘膜形成一保护层,可减轻或防止损伤因素对胃粘膜的刺激;中医学认为,珍珠层粉具制酸、收敛生肌功用,因而能直接促进溃疡面的修复与新生。硝苯地平治疗 PU 机理可能是:(1)通过阻断胃粘膜血管平滑肌上钙通道、抑制活性介质白细胞三烯酸的释放,使小动脉扩张,故胃粘膜血流量增加,使其防御及修复能力增强;(2)能抑制基础胃酸和五肽胃泌素刺激胃酸分泌,又能阻止组胺合成,有助减少胃酸;(3)能抑制胃肠平滑肌收缩,且对十二指肠最敏感,因而能缓解 PU 的疼痛。

(收稿:1998-01-08 修回:1998-08-05)

中药煎剂保留灌肠治疗
放射性肠炎 86 例

江苏省连云港市一四九医院(江苏 222042)

王超 许方玲

从 1990 年开始,笔者用自制中药放肠灵煎剂保留灌肠治疗放射性肠炎 86 例,收效显著,总结报告如下。

临床资料 170 例住院患者,均采用《纤维结肠镜临床应用》(上海:上海科学技术出版社,1985:179)中放射性肠炎诊断标准。并排除克隆氏病、非特异性溃疡性结肠炎、肠结核、肿瘤复发等。所有病例均有大便次数增多,每日 5~10 次不等,排出粘液血样便,腹部隐痛。不同程度贫血。纤维结肠镜检查示粘膜水肿、充血,浅表糜烂和溃疡。170 例患者随机分为两组:治疗组 86 例,男 70 例,女 16 例;年龄 42~68 岁,平均 53 岁;病程 1~4 个月,平均 2 个月;13 例血小板 $< 80 \times 10^9/L$ 。对照组 84 例,男 70 例,女 14 例;年龄 38~65 岁,平均 51 岁;病程 1~3.5 个月,平均 2.2 个月;13 例血小板 $< 80 \times 10^9/L$ 。两组在年龄、性别、病程、病情方面无显著性

差异($P > 0.05$), 具有可比性。

治疗方法 治疗组:用中药放肠灵煎剂保留灌肠, 药物组成:大黄、白及各 10g, 石榴皮 30g, 黄芩、黄连、黄柏各 12g, 甘草 6g。将上药用水浸泡 15min, 煎煮 30min, 每剂煎两次, 将两次药液混合, 250~300ml, 每日 1 剂, 每晚保留灌肠 1 次。不用其他药物。对照组:西药灌肠(药物组成:生理盐水 200ml 加普鲁卡因 300mg 加氯化考的松 100mg 加庆大霉素 24 万 u 或诺氟沙星 200mg), 两组均采用常规治疗方法, 包括支持疗法(输血浆、白蛋白), 以 2 周为 1 个疗程, 1 个疗程结束后隔 5 天进行第 2 疗程治疗, 治疗两个疗程后统计疗效。

结 果

1 疗效标准 治愈:腹痛及粘液血样便消失, 腹泻停止, 大便常规检查阴性, 纤维结肠镜检查粘膜恢复正常, 粘膜病理活检无炎性细胞。好转:腹痛及粘液血样便消失, 大便次数减少, 每日 2~3 次, 大便常规检查正常, 纤维结肠镜检查粘膜轻度充血, 粘膜病理活检有炎性细胞。无效:间断性粘液血便, 大便常规检查有脓细胞、红细胞, 纤维结肠镜检查粘膜充血、糜烂, 病理检查有炎性细胞。

2 治疗结果 治疗组治愈 80 例, 好转 6 例, 无效 0 例, 治愈率 93%。对照组治愈 10 例, 好转 12 例, 无效 62 例, 治愈率 12%。两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。治疗组 13 例血小板减少患者在治疗 2 个疗程后均升至 $100 \times 10^9/L$ 以上, 贫血改善, 而对照组 13 例血小板减少患者治疗后无改善。

3 不良反应 治疗组除 5 例患者治疗初始感肠鸣外, 余无明显不良反应。

讨 论 放射性肠炎是腹腔、腹膜后和盆腔的恶性肿瘤接受放射治疗后引起小肠和大肠的肠壁炎症性疾病。治疗上颇为棘手。笔者以中药放肠灵煎剂保留灌肠治疗 80 例收到较好效果。方中大黄性味苦寒, 能清热解毒, 泻火凉血, 化瘀止血, 实验证明能使血凝时间缩短, 促进骨髓制造血小板, 增强毛细血管的致密性, 有较好止血效果; 黄连、黄芩、黄柏苦寒入大肠经, 三者清热燥湿解毒; 白及收敛止血, 消肿生肌; 甘草解毒, 并能缓解胃肠平滑肌痉挛; 石榴皮涩肠止血。保留灌肠能使药物直接作用于病变部位肠粘膜, 避免大黄、石榴皮口服对胃粘膜的刺激。

(收稿:1998-03-02 修回:1998-08-21)

针刺足三里调整功能性幽门运动障碍的观察

贵州省六盘水市人民医院(贵州 553001)

籍中苏 周 杰 李 博

我们于 1994 年 2 月~1998 年 1 月对 211 例功能

性幽门运动障碍患者进行了分析, 观察了幽门开闭状况与临床症状的关系以及针刺对幽门功能的影响。

资料与方法

1 一般资料 本组病例取材于本院门诊和住院期间 2453 名胃镜受检者, 其中有幽门运动障碍者共 211 例, 占同期胃镜检查的 8.6%; 男 102 例, 女 109 例; 年龄 15~67 岁; 其中关闭障碍 195 例, 开放障碍 16 例, 从其余受检者中随机抽取 200 例作为症状对照组。

2 诊断标准 胃镜检查前用 1% 地卡因喷喉 1 次。胃镜直视下幽门松弛, 开口 $> 1cm$, 持续 5min 无关闭动作或关闭不完全者为功能性幽门关闭障碍; 幽门持续痉挛性关闭超过 3min 未见松弛开放或仅瞬间开放者为功能性幽门开放障碍。两者的诊断均需排除幽门处肉眼可见的器质性病变。

3 治疗方法 对 16 例开放障碍和 73 例关闭障碍患者针刺右侧足三里穴, 产生针感后留针 3min。对开放障碍者每分钟强刺激 1 次(提插幅度 1cm 共 10 次, 左右捻转 5 次, 幅度 1.5~2cm); 对关闭障碍者弱刺激 1 次(提插幅度 $\leq 0.5cm$, 共 5 次)。

结 果

1 疗效标准及 89 例针刺治疗结果 针刺 3min 内, 开放障碍者出现幽门开放 $> 1cm$, 胃镜能进入球部者为有效, 反之为无效; 关闭障碍者出现幽门每分钟至少关闭 1 次者为有效, 反之为无效。开放障碍组 16 例全部有效, 其中 1min 有效 8 例, 2min 有效 6 例, 3min 有效 2 例; 关闭障碍组 73 例中有效 52 例, 无效 21 例, 其中 1min 有效 11 例, 2min 有效 18 例, 3min 有效 23 例。

2 在 195 例关闭障碍者中 104 例(53.3%)有食欲不振、食后饱胀, 4 例呕吐宿食, 临床曾疑有幽门梗阻; 对照组 200 例仅有 72 例(36%)有类似症状。经卡方检验有显著性差异($P < 0.01$)。

讨 论 功能性幽门运动障碍是胃运动失调的一种类型, 从一个侧面反映了胃的运动状态, 根据表现形式可分为开放障碍和关闭障碍两种。前者主要表现为长时间的幽门异常关闭, 蠕动频繁有力; 后者主要表现为幽门松弛, 蠕动迟缓无力。其中又以关闭障碍为多见, 是功能性幽门运动障碍的主要表现形式(关闭障碍: 开放障碍 = 12.2:1)。关闭障碍患者的食欲不振、食后饱胀发生率与对照组比较有显著性差异, 一方面说明上述症状是其主要临床表现, 具有一定的特异性; 另一方面也提示关闭障碍是产生这些症状的重要原因。对这部分患者的腹痛症状要慎用解痉剂, 以免加重其运动障碍。

根据补泻原理采用不同手法针刺足三里穴对幽门