

4 讨论

大量研究证明,心脑血管病、肾病及视网膜微血管变化等都与血液粘度升高有密切关系,因此血液粘度检查,对此病诊断、疗效观察、防治有重要价值。

本观察说明,糖尿病是导致微循环障碍的主要原因,并与糖尿病的发病显著相关。影响血液粘度的因素:1)红细胞因素常以细胞压积为指标,血液粘度随细胞压积的增高而升高。2)血浆因素中纤维蛋白原是链状化合物,其分子结构最不对称,而且分子量较大等因素影响血液流动。在观察中,糖尿病组、糖尿病肾病组中红细胞压积、纤维蛋白原明显高于正常对照组 $P < 0.01$ 。

中医认为糖尿病肾病,其病本在“肾”,早期是在气阴两虚基础上发展而来,久病入络,气血运行不畅,而致血脉瘀阻。阴虚、气虚是血瘀形成的主要基

础,绝大多数发展为“肾虚兼血瘀证”。现代“血瘀证”的辨证标准以症状、体征为主。本观察说明糖尿病、血瘀证与慢性并发症有关,尤其是微血管并发症。虽然糖尿病肾病与糖尿病的全血粘度比显著性不大,其中糖尿病肾病 56 例兼血瘀证 49 例占 87.5%,全血粘度、红细胞压积、纤维蛋白原血瘀证与非血瘀症有显著差异性。糖尿病肾病指糖尿病代谢异常有关的肾小球硬化症。肾小管间质病变亦相当常见,并越来越受到重视。所以改变糖代谢,改善肾小球内血流动力学的异常及高凝状态,可减少尿蛋白的排泄。血液粘度增高、血流瘀滞、微血栓形成加重了肾脏的病理损害。治疗应该给以降低血粘度,改善血液流变学,增加血液流动性的药物。此时如能及时有效的治疗,可逆转肾脏的损害延缓病情的发展。

(收稿日期:2001-04-18)

四磨汤对功能性消化不良胃肠动力影响的临床研究

刘文全

(天津中医学院第一附属医院 300193)

王健

(天津西青区中医院 300380)

中图分类号:R289.52 文献标识码:B 文章编号:1005-7145(2001)03-0009-02

1 资料与方法

1.1 临床资料:本组 60 例功能性消化不良(FD)的诊断标准参照文献^[1]。全部病例随机分为两组。治疗组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 19~62 岁;平均病程 6.1 年。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;年龄 18~63 岁;平均病程 5.8 年。治疗组腹胀 30 例,嗝气 24 例,早饱 26 例,上腹痛 20 例,恶心 16 例,纳差 29 例。对照组分别为腹胀 27 例,嗝气 23 例,早饱 18 例,上腹痛 12 例,恶心 24 例,纳差 26 例。两组具有可比性。

1.2 观察方法:治疗前后按统一标准对患者的各项症状进行分级(0~3),0 级无症状;1 级有时有症状,不常引起注意;2 级经常有症状,轻度影响日常工作;3 级症状持续,明显影响日常工作。症状积分按 0~3 级分别记 0~3 分。

胃排空时间测定:治疗前后 2 日内做胃排空检查,标准试餐成分为水 400 ml,面包 80 g,荷包蛋(1 只)50

g,花生仁 20 g。内含液体 400 ml,热量 490 卡,蛋白质 20 g,脂肪 14 g,碳水化合物 68.5g。标志物:含有 10 条小钡条的胶囊。标准试餐后 6 小时做仰卧位腹部摄片^[2]。

胃动素测定,胃动素用解放军总医院基础所生化室放射免疫盒测定,于治疗前后各检测空腹和餐后 30 min 血浆胃动素。

氢呼气试验:取市售乳果糖 10 g 溶于 100 ml 温开水中,连续 3 次测定空腹基础氢后,口服上述溶液,并记录时间,然后每隔 15 min 以集气袋收集终末呼气,以注射器将 50 ml 标本注入热导型氢气相色谱分析仪,测定呼气氢浓度以 10^{-6} 表示,以口服试验至首次测得呼气中氢气明显上升($H_2 > 10^{-6}$)的间期为口—盲肠通过时间^[3]。

2 治疗方法

治疗组由枳实、沉香、乌药、槟榔各 10 g,浓煎成

150 ml 袋装, 每日 2 次, 连服 1 月。对照组采用吗叮啉 10 mg, 每日 3 次, 连服 1 个月。

2.1 症状疗效判断标准: 治疗后症状消失或降低 2 分为显效; 降低 1 分者为有效; 症状无变化或加重者为无效。

2.2 临床疗效判断标准: 临床症状全部消失或症状积分降低 75% 以上者为治愈; 主要症状明显好转, 症状积分降低 50% ~ 74% 者为显效; 临床症状有所改善, 症状积分降低 25% ~ 49% 者为有效; 症状无明显改善, 症状积分降低不足 25% 者为无效。

3 结果

治疗组腹胀、暖气、早饱、上腹痛、恶心、纳差六大症状, 治疗后总有效率分别为 94.2%、91.1%、93.2%、89.1%、87.4%、88.6%; 对照组症状总有效率为 89.2%、88.2%、77.2%、83.3%、75.0%、82.9%。两组症状疗效比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组 30 例, 治愈 13 例, 显效 10 例, 有效 5 例, 无效 2 例, 总有效率 90.3%。对照组 30 例, 治愈 8 例, 显效 12 例, 有效 6 例, 无效 4 例, 总有效率 80.6%。两组临床疗效比较差异有显著性 $P < 0.05$ 。(见表 1、表 2)

表 1 胃排空时间、口——盲肠通过时间比较

组别	例数	胃排空时间及有效率		口——盲肠通过时间(m in)	
		治疗前异常例数	治疗后正常例数	治疗前	治疗后
中药组	30	22	19(86.3%)	109.0 ± 27.6	88.1 ± 15.9*
对照组	30	21	16(76.2%)	103.0 ± 38.1	95.2 ± 13.8

*. $P < 0.05$

表 2 胃动素的比较(mg/ml)

组别	例数	胃动素	
		治疗前	治疗后
药组	空腹	230.0 ± 69.0	329.0 ± 39.2*
	餐后	289.1 ± 52.9	358.2 ± 38.1
照组	空腹	229.0 ± 69.1	308.1 ± 75.3*
	餐后	298.7 ± 75.3	311.3 ± 65.7

*. $P < 0.05$

治疗组与对照组在胃排空时间测定(表 1), 胃动素的变化(表 2)及口——盲肠通过时间(表 1), 差异均有显著性($P < 0.05$)

4 讨论

FD 是多种因素综合作用的结果, 通过近年来研究发现, FD 的病因与胃肠运动失调有关, 主要是胃动力障碍导致餐后胃及小肠排空时间延迟, 或虽胃排空正常, 但存在十二指肠逆蠕动, 以致胃的泵作用降低, 排空阻力增大。并逐步明确了胃肠动力异常在本病中的重要作用^[4]。FD 属中医学“胃痞”范畴, 本病病因不外情志、饮食、外邪侵及胃肠, 致使胃肠运动功能及脾胃气机升降功能失调所致。脾升胃降是胃肠道内容物顺利推进的动力机制。若失其常度则脾气不升, 胃气不降或不降反升均可表现为一系列胃肠运动功能紊乱。因此疏调三焦气机, 使之恢复升降如常的状态是治疗 FD 的关键, 四磨汤是调理脾胃气机的代表方, 方中枳实、沉香宽中降气, 乌药、槟榔顺气导滞, 本方共奏行气消痞, 畅中导滞的作用。现代药理研究亦证实, 沉香、乌药、枳实等药均对离体的动物胃平滑肌有双向的调节作用, 即兴奋和抑制作用。这一调节作用正与 FD 的主

要病理因素胃动力下降, 排空延迟及胃小肠协调运动受损相吻合。本文观察结果提示四磨汤对 FD 症状的总有效率为 90.3%, 可缩短 FD 患者的胃排空时间, 与对照组有明显差异($P < 0.05$)。胃动素是胃肠分泌细胞分泌的多肽类激素, 主要产生于胃窦和十二指肠及小肠上段, 其主要生理作用是对胃肠运动和促进作用, 并具有激发消化间期移行性复合波(MMC III 期)的作用, 经四磨汤治疗后患者餐后血浆胃动素显著升高, 并优于对照组($P < 0.05$)。FD 患者应用四磨汤后口——盲肠通过时间缩短($P < 0.05$), 说明四磨汤不仅可以增强胃动力, 改善胃排空, 亦具有促进小肠运动的作用。

参考文献

- 1 潘国宗 现代胃肠病学. 科技出版社, 1994; 20: 43~ 47
- 2 袁耀宗 西沙比利对非溃疡性消化不良胃排空时间作用研究 中华消化杂志, 1998; 18(1): 50
- 3 黄裕新 国产乳糖氢呼气试验用于测定小肠传递时间的研究 中华内科杂志, 1997; 36(6): 761

(收稿日期: 2001-01-10)