

表 1 肾通合剂治疗慢性肾功能衰竭患者血 Hb、BuN、Scr 结果

Tab 1 Results of shentong mixture on blood Hb, BUN and Scr of patients suffering with chronic renal failure

组别	时间	例数	Hb g·L <sup>-1</sup>	Scr μmol·L <sup>-1</sup>	BuN mmol·L <sup>-1</sup>
治疗组	治疗前	50	68.7±12.7	417.9±222.8	23.8±8.3
	治疗后		78.9±9.5 *1 *2	250.7±103.4 *1 *2	24.2±5.2
对照组	治疗前	50	66.3±13.9	416.2±213.4	23.8±8.1
	治疗后		70.1±9.1	389.7±108.9	20.7±5.4

注:与对照组治疗后比较, \*1P<0.05;与治疗前比较, \*2P<0.05。

表 2 肾通合剂改善慢性肾功能衰竭患者症状的情况

Tab 2 Symptomatic condition of patients suffering with chronic renal failure and ameliorating by shentong mixture

时 间	尿少尿闭	大便干结	肢体浮肿	恶心呕吐	皮肤瘙痒	夜尿增多	胸闷心慌	腰膝酸疼	舌质淡紫	鼻衄紫癍	头痛头晕
酸痛治疗前	25	10	26	24	13	44	20	38	39	8	22
治疗后消失	20	7	13	12	8	0	6	20	20	5	11
好转	3	3	10	11	3	15	12	12	17	3	8
无效	2	0	3	1	2	29	2	6	2	0	3
总有效率/%	92	100	88	96	85	34	90	84	95	100	86

流量和肾小球滤过率明显增加<sup>[3]</sup>;方中红花性温,它可扩张肾血管,增加肾小球滤过率,促进肾脏的修复<sup>[4,5]</sup>,故我们选用大黄与红花组方共奏通腑泻浊,活血化瘀之效。

我们前期观察肾通注射液对急性肾衰家兔肾血流量的影响<sup>[6]</sup>,证实肾通注射液可以通过调节血管活性物质,使血内皮素显著下降,一氧化氮水平显著升高,改善急性肾衰肾脏血流循环,防止肾小管阻塞及血流瘀滞,扩张肾血管,增加肾血流量,促进肾组织修复,从而具有治疗急性肾功能衰竭的作用。大黄、红花组方对肾脏的保护作用,应从多种剂型进行研究。这次临床观察证实了本方剂对慢性肾功能衰竭防治的有效价值。如何从分子水平及病理学的角度探讨肾通不同剂型治疗慢性肾功能衰竭的机理是我们下一步的努力方向。

### 3 讨论

慢性肾功能衰竭目前西医尚无特效药物,常用综合治疗,如降压、利尿、抗炎、纠正水电解质紊乱等,但效果较差,仍有不少病人很快进入肾衰晚期<sup>[2]</sup>。慢性肾功能衰竭属中医“水肿”、“关格”、“癃闭”等范畴,基本病机是本虚标实。本虚主要为脾肾两虚,水液运化不利,浊邪内停,日久生瘀,故见尿少尿闭、肢体浮肿、恶心呕吐、舌质淡紫等症状,故治则应以通腑泄浊,活血化瘀为大法。肾通合剂治疗慢性肾功能衰竭的组方依据:方中大黄通腑泻浊,救急扶危,它能降低肌酐,加速尿素氮排泄,降低细胞氧耗,扩张末梢血管,使肾血

### 参考文献:

[1] 夏明珠,任开明,杨益寿,等. 气血立论治疗家兔实验性肾炎的研究[J]. 湖北医学院学报, 1990, 11(1): 41.  
 [2] 叶任高,刘冠贤. 临床肾脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997. 243.  
 [3] 大浦彦吉. 大黄的药理药效[J]. 国外医学-中医中药分册, 1992, 4(3): 217.  
 [4] 孟庆余. 红花加转移因子治疗非终末期尿毒症 98 例疗效分析[J]. 实用中西医结合杂志 1991, 4: 220.  
 [5] 吕金雷,夏明珠,吴克华. 注射型活血化瘀中药对肾血流动力学影响研究概况[J]. 湖北中医杂志, 2002, (4): 56.  
 [6] 吕金雷,夏明珠. 肾通注射液对急性肾衰家兔内皮素和一氧化氮的影响[J]. 中国医院药学杂志, 2002, (2): 98.

[收稿日期] 2003-02-15

## 铝碳酸镁治疗胃大部切除术后胆汁反流性胃炎

徐可树,李翠萍,谢小平,熊汉华,侯晓华 (华中科技大学同济医学院附属协和医院,湖北武汉 430022)

[摘要] 目的:观察铝碳酸镁对毕氏 II 式胃大部切除术后胆汁反流性胃炎的近期临床疗效。方法:20 例胃大部切除术后患者,经胃镜及胃内 24 h 胆汁监测证实有胆汁反流性胃炎。随机分成 2 组,治疗组服用铝碳酸镁片 1.0 g, tid;对照组服用硫酸铝片 1.0 g tid 分别于治疗后第 1, 2, 4 周后观察上腹部刺激,腹痛,反酸等症变化,治疗结束后复查胃镜和胃内 24 h 胆汁反流情况。结果:服药后 1 周治疗组各症状积分均明显下降(P<0.05),对照组在服药 1, 2 周后症状积分虽有下降,但不如治疗组明显。治疗 4 周后 2 组症状均明显减轻。治疗组胆汁反流总时间百分比由(78.3±10.2)% 降至(48.6±23.3)%,且残胃及吻合口炎症均较治疗前明显好转。结论:铝碳酸镁能迅速改善临床症状,显著减少术后胆汁反流,是治疗胃大部切除术后胆汁反流性胃炎的有效药物。

[关键词] 铝碳酸镁;胃大部切除术后;胆汁反流性胃炎

[中图分类号] R969.4 [文献标识码] A [文章编号] 1001-5213(2003)10-0618-02

胆汁反流性胃炎是消化系统的常见疾病,常发生在胃大部切除术后,尤其在毕氏 II 式术后更易并发,其发生率高达 5%~35%<sup>[1]</sup>。由于胆汁刺激,破坏胃粘膜屏障,常出现吻合口及残胃的炎症,严重者在此基础上导致残胃癌的形成。因此,对胃大部切除术后胆汁反流性胃炎的治疗,应引起高度重视。抗酸药铝碳酸镁主要用于胆汁反流性胃炎的治疗<sup>[2]</sup>,除能迅速中和胃酸外,还能可逆性失活胃蛋白酶,持续结合胆酸,但对毕氏 II 式胃大部切除术后所致的胆汁反流性胃

炎疗效如何,文献未见报道。我院 2001 年 5 月~2002 年 4 月用铝碳酸镁治疗胃大部切除术后胆汁反流性胃炎患者 20 例,现将结果报告如下。

### 1 材料与方

#### 1.1 病例资料 20 例毕氏 II 式胃大部切除术后患者,因上

[作者简介] 徐可树,男,医学博士,副教授,副主任医师,电话:027-85726381, E-mail: xuzou@medmail.com.cn

腹刺激, 上腹痛, 反酸等消化道症状就诊。经胃镜检查 和 24 h 胃内胆汁监测, 确诊胆汁反流性胃炎者, 其中男 16 例, 女 4 例, 年龄 40~63 岁, 平均(51±12)岁。

1.2 治疗方法 将入选患者随机分为 2 组, 治疗组 11 例, 对照组 9 例。治疗组服用铝碳酸镁片(商品名达喜, 德国拜耳公司生产), 每次 1.0 g tid 餐后 2 h 咀嚼服用; 对照组服用硫糖铝片(北京协和药业公司生产), 每次 1.0 g tid 2 组分别治疗 4 周。从治疗前 3d 起停用其它有关消化道药物。

1.3 监测方法 采用瑞典 Metronic Synectics medical 公司 Bilitec 2000 24 h 胆汁检测仪及分析软件进行胃内 24 h 胆汁监测。检测电极置于下食管括约肌下方 5 cm 胃腔内, 检测指标包括 24 h 胆汁反流次数和反流总时间百分比。

1.4 疗效观察 观察服药前后患者上腹痛, 上腹刺激, 反表 1 铝碳酸镁组和硫糖铝组治疗前后症状积分比较

Tab 1 Comparison of symptomatic integral before and after treatment in treat group and control group

治疗时间	组别	例数	上腹痛	上腹刺激	反酸	恶心	呕吐	显效率/%	有效率/%
治疗前	治疗组 <sup>*1</sup>	11	1.4±0.8	1.9±0.7	1.9±0.9	2.4±0.7	1.6±0.8		
	对照组	9	2.2±0.6	2.2±0.8	1.9±0.6	1.8±0.6	1.8±0.8		
治疗 1 周后	治疗组 <sup>*1</sup>	11	0.6±0.7	0.6±0.8	0.5±0.8	0.8±1.0	0.5±0.7	90	90
	对照组	9	1.9±0.7	1.3±0.8	1.2±0.8	1.1±0.7	1.2±0.8	20	60
治疗 2 周后	治疗组	11	0.3±0.5	0.2±0.4	0.2±0.4	0.4±0.7	0.3±0.5	90	100
	对照组	9	1.1±0.8	0.8±0.6	0.6±0.8	0.5±0.7	0.8±0.8	60	80
治疗 4 周后	治疗组 <sup>*2</sup>	11	0.1±0.3	0.1±0.3	0±0	0.3±0.5	0.2±0.4	90	100
	对照组 <sup>*2</sup>	9	0.5±0.7	0.4±0.5	0.2±0.4	0.3±0.5	0.3±0.5	80	90

注: 治疗前与治疗 1 周后, 治疗组症状积分相比, <sup>\*1</sup>P<0.05; 治疗 4 周后, 治疗组与对照组的症状积分下降值相比, <sup>\*2</sup>P>0.05。

2.2 治疗前后胃内胆汁改变 治疗前后胃内 24 h 胆汁变化见表 2。由表 2 可知, 治疗组在治疗前后胆汁反流总时间百分比明显下降, 对照组治疗前后胆汁反流总时间百分比无明显下降。2 组治疗前后胆汁反流次数及总时间百分比差值比较, 差异无显著性(P>0.05)。

表 2 治疗前后胃内 24h 胆汁反流的变化

Tab 2 Change of 24-hours intragastric bile before and after treatment

分组	胆汁反流次数		胆汁反流总时间百分比/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	49.0±37.4	46.7±33.2	78.3±10.2 <sup>*1</sup>	48.6±23.4 <sup>*1</sup>
对照组	48.1±24.2	55.9±38.4	77.0±14.4 <sup>*2</sup>	64.7±25.3 <sup>*2</sup>

注: 治疗组在治疗前后相比, <sup>\*1</sup>P<0.05; 对照组在治疗前后相比,

<sup>\*2</sup>P>0.05。

2.3 治疗前后胃镜变化 两组患者治疗前后胃镜检查, 治疗组残胃及吻合口炎症均较治疗前明显好转。对照组虽吻合口炎症有一定好转, 但残胃炎好转不明显。

### 3 讨论

胃大部切除术后长期患胆汁反流性胃炎的患者残胃癌的发病率较高。病因虽是多方面的, 但胆汁反流是其主要因素<sup>[3]</sup>。动物实验也证实, 胆汁反流有明显的致癌作用<sup>[4]</sup>。因此, 寻找一种有效的药物和方法治疗胃大部切除术后的胆汁反流性胃炎尤为重要。铝碳酸镁作为抗酸剂, 使用的剂型为咀嚼片, 活性成分主要是水化碳酸氢氧化镁铝。铝碳酸镁具有独特的层状网络结构, 不仅能够迅速持久地中和胃酸, 使胃内 pH 值维持在 3~5 之间, 同时可逆性失活胃蛋白酶, 并与胆酸中毒性较大的非极性胆酸结合, 更大程度地保护胃粘膜<sup>[5]</sup>。此外, 还能在酸性环境下结合胃内胆汁酸, 结合的胆酸进入碱性十二指肠, 当 pH 到达 7 时便与胆酸离解, 因而, 不影响胆酸的肠肝循环。

酸, 恶心, 呕吐等症状改变, 根据不同程度进行症状评定和记分。无症状为 0 分; 轻度不适为 1 分; 症状较重, 但不影响日常生活为 2 分; 症状严重并影响日常生活为 3 分。分别于治疗 1, 2, 4 周根据症状积分变化评价疗效, 积分降低>80%为显效, >50%为有效, ≤50%为无效。同时, 监测胃内 24 h 胆汁, 记录胆汁反流次数和反流总时间百分比, 比较治疗前和服药后的变化。治疗结束后 3 d 内复查胃镜, 观察残胃及吻合口的变化及胃内胆汁情况。

1.5 统计学处理 各统计学数据以  $\bar{x} \pm s$  表示, 使用 SAS 软件进行 t 检验, P<0.05, 差异有显著性。

## 2 结果

2.1 治疗前后症状积分变化 结果见表 1。

本研究表明, 铝碳酸镁治疗毕氏 II 式胃大部切除术后胆汁反流性胃炎患者 1 周后, 上腹痛, 反酸等症状积分明显下降(P<0.05), 而对照组治疗 1 周后症状积分无明显下降。4 周后两组症状积分虽明显下降, 但两组下降值比较无明显差异(P>0.05)。随着治疗疗程的延长, 胃内胆汁持续减少, 治疗组服药前后胃内胆汁改变显示, 胃内胆汁反流总时间百分比由(78.3±10.2)%降至(48.6±23.4)%, 但与对照组比较, 差异无显著性(P>0.05), 可能与样本较少和个体差异有关。

铝碳酸镁能显著减少术后胆汁反流, 迅速地改善腹痛, 上腹刺激, 反酸, 恶心和呕吐等症状, 且无明显不良反应出现, 是当前治疗毕氏 II 式胃大部切除术后胆汁反流性胃炎的有效药物。

### 参考文献:

- [1] 许国铭. 胆汁反流相关疾病[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002.
- [2] 朱爱勇, 许国铭, 李兆申, 等. 铝碳酸镁和西沙比利对胆汁反流性胃炎的疗效及胃内胆汁的影响[J]. 中华消化杂志, 2000, 20(2): 105.
- [3] Miwa K, Sahata H, Segawa H, et al. Reflux of duodenal or gastroduodenal contents induces esophageal carcinoma in rats[J]. Int J Cancer. 1996, 67: 269.
- [4] Tomtitchong P, Onda M, Mastukura N, et al. Helicobacter pylori infection in the remnant stomach after gastrectomy: with special reference to the difference between Billroth I and anastomoses[J]. J Clin Gastroenterol 1998, 27: 154.
- [5] Playford RJ, Boulton R, Ghatei MA, et al. Comparison of the effects of transforming growth factor alpha and epidermal growth factor on gastrointestinal proliferation and hormone release[J]. Digestion 1996, 57(5): 362.

[收稿日期] 2003-03-10