

硒、钙治疗功能性消化不良 32 例疗效观察

王红军¹, 文峰领², 周保盈³, 高杰²

(1. 河南省漯河市第三人民医院, 河南 漯河 462000; 2. 河南省漯河石桥医院, 河南 漯河 462603; 3. 河南省漯河临颖中医院, 河南 漯河 462600)

[摘要] 目的 观察硒、钙对功能性消化不良的疗效。方法 对临床诊断胃炎且经正规治疗后不见好转患者, 减少其服用治疗胃炎药物并加服硒宝康及高钙冲剂, 连服 4 周, 观察疗效。结果 患者症状、体征完全缓解 20 例, 明显好转 8 例, 总有效率为 88%。结论 硒宝康辅助治疗功能性消化不良效果良好。

[关键词] 硒; 钙; 功能性消化不良

[中图分类号] R723.11

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2003)16-1722-02

功能性消化不良(FD)是临床上常见的消化道疾病。国内统计该病患者约占胃肠专科门诊的 1/3 以上^[1], 西方国家发病率达 20%~40%, 但程度轻重不一^[2-3]。临床选用西药或中药治疗均有疗效。我院将常规治疗效果不理想的患者加服微量元素进行治疗, 结果收到良好效果, 现将观察治疗的 32 例患者资料报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例均为门诊患者, 男 10 例, 女 22 例; 年龄最大 62 岁, 最小 29 岁, 平均 46.5 岁。均未进行 FD 临床分型。全部患者均行胃镜检查, 其中胃体、窦部红斑性胃炎 9 例, 窦部红斑性胃炎 13 例, 胃窦多发糜烂性胃炎 10 例, 幽门螺杆菌(*H. pylori*)检测阳性。经三联疗法治疗 2 周后复查胃镜, 观察黏膜较治疗前好转, *H. pylori* 检测转阴, 但患者自觉症状不见好转。其中上腹部饱胀 32 例、上腹部疼痛 29 例、烧心 15 例、嗝气 12 例、恶心 10 例、呕吐 3 例、厌食 3 例、反酸 2 例、剑下深压痛 12 例。症状持续时间均在 1 年以上。所有患者均经实验室、B 超、X 线检查, 排除肝、胆、胰、胆道等器质性病变, 均无糖尿病、炎症性肠病、精神病及泌尿系疾病等。

1.2 治疗方法 停用抗生素, 继续服用胶体果胶铋胶囊 50 mg 口服, 3 次/d, 连服 4 周; 西咪替丁 0.2 g 口服, 3 次/d, 22:00 加服 0.4 g(或雷尼替丁 150 mg 口服 2 次/d), 连服 4 周; 硒宝康(上海天赐福药业生产)1 片口服, 2 次/d, 服 2 周后再改为硒宝康 1 片, 1 次/d, 再服 2 周。营养高钙冲剂(天津天狮集团生产)每次 1 袋冲服, 2 次/d, 连服 4 周。

2 结果

治愈(临床症状及体征完全消失)20 例, 显效(临床症状明显好转、体征基本消失)8 例, 无效(治疗效果不明显)4 例, 总有效率为 88%。

3 讨论

FD 是指存在消化道症状, 但无法用器质性病变或生化异常来解释的消化道功能性疾病^[4]。其发病机制尚未彻底阐明, 可能与饮食和心理因素有关, 但不是主要因素。其发生与胃酸、浅表性胃炎无关, 尽管 *H. pylori* 感染、*H. pylori* 相关性胃炎与 FD 之间关系仍有不同观点, 但 FD 患者 *H. pylori* 感染率与正常人群无差异。目前有两个主要假说可以较好地阐明 FD 发病机制, 即上胃肠道动力低下与上胃肠道感觉敏感或痛觉阈值低下。FD 可表现出许多肌电及动力异常, 如胃窦动力降低、胃排空迟缓、胃节律障碍、肠道动力紊乱等^[5-6]。FD 是一组不能用解剖结构的改变来解释的症候群。笔者认为用反流样、溃疡样、动力障碍样或非特异性等来描述不同临床表现的消化不良缺乏科学依据, 它既不能解释潜在的发病机制, 也无助于预测疗效。但反流样消化不良除外, 其可准确反映 90% 以上的患者存在的食管过度酸暴露及促动力剂或抗酸剂的疗效^[7]。目前认为 FD 为多因素疾病, 可能与胃酸分泌、胃肠功能障碍、*H. pylori* 感染、精神或环境因素等有关^[8]。常规应用促动力药、黏膜保护剂、抑酸剂、抗 *H. pylori* 及复合中成药等治疗可使部分患者得到缓解, 但有不少患者经上述常规治疗无明显疗效而辗转求医, 花费很大, 严重影响工作及生活。FD 的发生可能与胃酸高分泌、胃炎、幽门管糜烂或体液环境的改变无关(有关幽门螺杆菌相关性胃炎与消化不良的关系尚不能肯定)^[9]。

32 例患者在进行微量元素硒、钙治疗前经胃镜检查并诊断为胃炎, *H. pylori* 感染阳性。经正规应用抑酸剂、抗生素、胃黏膜保护剂治疗 2 周后胃镜复查, 见胃黏膜病变明显好转, *H. pylori* 检测阴性, 但患者症状体征不见好转。服用硒宝康、营养高钙冲剂 4 周后, 患者症状体征明显好转, 有效率达 88%。其机制可能是硒、钙激活了酶系统, 改善了胃肠平滑肌及神经代谢, 增强了肌肉神经兴奋性, 从而调节了胃肠道功能, 增强了胃肠蠕动, 从而缓解了临床症状。微量

降纤酶与金纳多联用治疗脑梗死临床观察

王 革

(辽宁省沈阳二四五医院, 辽宁 沈阳 110021)

[关键词] 降纤酶; 金纳多; 脑梗死; 纤维蛋白原

[中图分类号] R74.33

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2003)16-1723-01

缺血性脑血管病为临床常见病, 近年来发病率逐年提高, 发病年龄也呈年轻化趋势。笔者应用降纤酶(沈阳中国医科大学制药有限公司)与金纳多治疗脑梗死患者 32 例, 疗效较好, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择经头颅 CT 或 MRI 检查、发病时间在 72 h 之内、年龄 < 75 岁、无全身活动性出血、近 6 个月内无脑出血的脑梗死患者 64 例, 将其随机分为 2 组, 治疗组 32 例, 男 18 例, 女 14 例; 对照组 32 例, 男 19 例, 女 13 例。两组患者的年龄、性别、既往史和并发症评分及血黏度经统计学处理均无显著性差异, 具有可比性。

1.2 给药方法 治疗组予降纤酶 10 U 加入生理盐水 250 mL 中静滴, 每日 1 次, 连用 3 d; 金纳多 70 mg 加入生理盐水 250 mL 中静滴, 每日 1 次, 连用 15 d。对照组予金纳多 70 mg 加入生理盐水 250 mL 中静滴, 每日 1 次, 连用 15 d。

1.3 观察指标 治疗前后检测纤维蛋白原(FIB)及部分激活的凝血活酶时间(APTT)变化。

1.4 疗效判定标准 根据 1995 年全国第 4 届脑血管病会议卒中患者临床神经功能缺损评分标准, 结合患者总的生活能力状态判定疗效。基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~100%, 病残程度 0 级; 显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度 1~3 级; 进步: 神经功能缺损评分减少 18%~40%; 无变化: 神经功能缺损评分减少 17%; 恶

化: 神经功能缺损评分减少或增多 18% 以上。

2 结 果

2.1 两组疗效比较 治疗组基本痊愈 12 例, 显著进步 8 例, 进步 8 例, 无变化 3 例, 恶化 1 例, 总有效率为 88%。对照组基本痊愈 9 例, 显著进步 7 例, 进步 7 例, 无变化 7 例, 恶化 2 例, 总有效率为 72%。

2.2 两组治疗前后 FIB 及 APTT 结果比较 对照组治疗前 FIB 为 (3.4 ± 1.2) g/L, APTT 为 (33.20 ± 6.32) s, 治疗后分别为 (3.0 ± 1.1) g/L 和 (31.12 ± 3.14) s, 治疗前后无显著性差异; 治疗组治疗前 FIB 为 (3.3 ± 1.4) g/L, APTT 为 (33.69 ± 6.18) s, 治疗后分别为 (2.0 ± 1.0) g/L 和 (30.2 ± 3.44) s, 治疗前后比较有显著差异 (P 均 < 0.01)。

3 讨 论

血浆蛋白原增高是脑梗死危险因素之一。纤维蛋白原水平增高易导致血液黏稠, 引起血栓形成, 因此在急性脑梗死中降低纤维蛋白原是防止血栓继续形成的关键性措施。降纤酶可直接作用于纤维蛋白原链, 从而使纤维蛋白原分解为纤维蛋白单体, 进而有效地降低血浆纤维蛋白原浓度、血黏度及外周血管阻力, 从而改善脑供血, 防止血栓形成, 起到溶栓与建立有效侧支循环作用。本组结果显示, 降纤酶与金纳多联用可明显减少 GCS 评分, 降低 FIB 及 APTT, 疗效较好, 适合推广使用。

[收稿日期] 2003-06-18

元素加服西药治疗功能性消化不良费用低、效果好。对临床上诊断为胃炎(有胃镜结果), 多次用正规中西药治疗效果不佳者, 用此方法可能会取得较好疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 汪鸿志. 重视对功能性消化不良的研究[J]. 中华内科杂志, 1998, 37(8): 509
- [2] Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia[J]. Gastroenterol, 1994, 107: 271
- [3] Kerlin P. Postprandial antral hypomotility in Patients with idiopathic nausea and vomiting[J]. Gut, 1989, 30: 54
- [4] 罗金燕, 牛春燕. 胃肠动力疾病新概念与功能胃肠病罗马体

系[J]. 中国实用内科杂志, 2002, 22(12): 754

- [5] 周吕. 肠神经系统脑肠肽[J]. 中华消化杂志, 1996, 16(5): 287-289
- [6] 柯美云. 功能性消化不良研究动向[J]. 新消化病杂志, 1996, 4(11): 601-602
- [7] Summers RW. 功能性消化不良的发病机制和治疗[J]. 中华消化杂志, 1997, 17(增刊): 23
- [8] 周吕. 胃肠动力学[M]. 北京: 科学出版社, 1999: 1
- [9] 周夏丰. 联用氟哌噻醇治疗功能性消化不良的疗效观察[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(3): 194

[收稿日期] 2003-06-02