

临 床 报 道

调肝实脾方对肝郁脾虚型肠易激综合征患者胃肠激素的影响

浙江省中医院(310006)

陈芝芸 严茂祥 项柏康

肠易激综合征(IBS)是一种肠道功能紊乱的原发性慢性疾病。胃肠激素在IBS中的作用逐渐为人们所认识。我们发现,具疏肝补脾、行气解郁作用的中药复方调肝实脾方对肝郁脾虚型IBS具有良好的临床疗效,但其作用机制尚不清楚。本研究进一步观察调肝实脾方对肝郁脾虚型IBS患者血浆血管活性肠肽(VIP)、胰高血糖素(Glu)、神经肽Y(NPY)、P物质(SP)及生长抑素(SS)的影响,从胃肠激素角度探讨其作用机理。

1 临床资料

IBS组符合IBS罗马Ⅰ诊断标准和中医肝郁脾虚辨证标准者共30例,其中男14例,女16例;年龄27~57岁,平均37.42岁。均为本院消化门诊病例,经大便常规及培养、血液生化、结肠镜/钡剂灌肠造影和腹部B超等检查,未发现足以解释其消化道症状的器质性病变。正常对照组为健康体检者,共30例,男16例,女14例;年龄21~58岁,平均34.8岁;各项体检指标均正常,无胃肠道病史及症状体征,无近期服药史。

IBS肝郁脾虚型中医辨证标准:常因抑郁恼怒或精神紧张而发病或加重,腹痛即泻,泻后痛减,肠鸣矢气,伴少腹拘急,胸胁胀满,暖气少食,便下粘液。舌淡红,苔薄白,脉弦或弦细。

2 治疗方法

以调肝实脾方(由炒白术、白芍、炒陈皮、防风、郁金、合欢皮、甘草组成,按3:2:1.5:2:1.5:2:1配制)治疗肝郁脾虚型IBS患者,每日1剂,连续服用4周。健康对照组及IBS患者治疗前后均检测空腹血浆NPY、SP、VIP、SS、Glu含量,NPY试剂盒由北京东亚免疫技术研究所提供;SP、VIP、SS试剂盒由北京海科锐生物技术中心提供;Glu试剂盒由中国原子能科学研究所提供。采用中国科学院上海原子能研究所日环仪器一厂的SN-682B型放射免疫γ测量仪。各项检测指标严格按照试剂盒说明进行操作。测定结果由放免检测仪自动计算并打印。

3 治疗结果

两组胃肠激素变化比较:治疗前患者血中VIP、Glu含量分别为 $37.98 \pm 17.02 \text{ pg/ml}$ 、 $111.01 \pm 42.23 \text{ pg/ml}$,较正常对照组明显升高($26.91 \pm 16.04 \text{ pg/ml}$ 、 $89.82 \pm 22.18 \text{ pg/ml}$),差异有显著性($P < 0.05$);而血中NPY、SP、SS含量分别为 $199.35 \pm 54.48 \text{ pg/ml}$ 、 $43.65 \pm 18.31 \text{ pg/ml}$ 、 $104.52 \pm 41.19 \text{ pg/ml}$,与正常对照组比较差异无显著性($190.82 \pm 29.50 \text{ pg/ml}$ 、 $54.93 \pm 16.20 \text{ pg/ml}$ 、 $103.76 \pm 28.12 \text{ pg/ml}$);经调肝实脾方治疗4周后,血中VIP、Glu含量较治疗前明显下降($30.75 \pm 8.79 \text{ pg/ml}$ 、

$91.76 \pm 22.63 \text{ pg/ml}$),差异有显著性($P < 0.05$);但对血中NPY、SP、SS含量无明显影响($P > 0.05$)。

4 讨论

VIP广泛分布于胃肠道和神经系统,其中结肠中含量最高。VIP可刺激大、小肠分泌,降低对水和钠的吸收。肝郁脾虚型IBS患者临床上出现腹泻、夹杂粘液等症状可能与VIP升高促进小肠、胰腺分泌,降低对水和钠的吸收有关。Glu的生物学活性主要是升高血糖,刺激儿茶酚胺类释放,降低胃肠道平滑肌活动张力,抑制肠道的水和电解质吸收。各种应激状态、低血糖、CCK、GIP、VIP、交感及副交感神经兴奋均可使Glu分泌增加。我们研究发现,不同中医证型的IBS患者普遍存在着血中Glu含量增高。推测可能由于IBS患者普遍存在焦虑、紧张、抑郁等情绪障碍和精神性疾病,从而促进Glu的分泌。本研究发现,应用具疏肝补脾、行气解郁作用的中药调肝实脾方治疗能使肝郁脾虚型IBS患者临床症状改善的同时,血浆VIP、Glu含量明显降低,与治疗前比差异有显著性意义。表明调肝实脾方能改善肝郁脾虚型IBS患者肠道功能紊乱表现,这种作用的产生,可能是通过调节异常分泌的VIP、Glu水平来实现的。

清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素

治疗狼疮性肾炎12例

甘肃省中医院老年病科(730050)

曹红霞 指导:刘国安

糖皮质激素虽然是治疗狼疮性肾炎的主要药物,但疗效一般,长期应用副反应多。1996年8月~2001年8月,我们应用自拟的清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素治疗狼疮性肾炎12例,并与单用常规剂量激素治疗的11例作对照,现报告如下。

1 临床资料

选择在我院住院的狼疮性肾炎患者,诊断参照美国风湿病学会1982年关于系统性红斑狼疮的诊断标准,所选病例均表现为蛋白尿 $>0.5 \text{ g/d}$,狼疮细胞阳性,或抗DS-DNA抗体Sm抗体阳性或梅毒血清试验假阳性,抗核抗体阳性,溶血型贫血或血白细胞减少或血小板减少。所有患者均有不同程度发热,腰酸或腰痛、乏力。按就诊顺序随机分为两组。治疗组12例,男3例,女9例,年龄34~53岁,平均 45 ± 7.7 岁;病程0.5~1.4年,平均 1.0 ± 0.5 年;24小时尿蛋白定量2.5~5.9g,平均3.4g,有蛋白尿者12例,有血尿者6例,有水肿者12例,有高血压者9例。对照组11例,男2例,女9例;年龄32~55岁,平均 43 ± 12 岁,病程3个月~1年,平均 0.7 ± 0.4 年;24小时尿蛋白定量2.1~5.7g,平均3.6g;有蛋白尿者11例,有血尿者7例,有水肿者11例,有高血压者9例。两组间病程、病情及年龄相似,具有可比性($P > 0.05$)。