

丹参饮化裁治疗原发性贲门失弛缓症24例临床观察

翟兴红 赵金勇

(首都医科大学附属北京中医医院消化中心、放射科,北京市东城区美术馆后街23号,100010)

[摘要] **目的** 观察丹参饮化裁复方对原发性贲门失弛缓症的疗效。**方法** 对42例原发性贲门失弛缓症患者进行随机对照观察,治疗组24例用丹参饮化裁汤剂治疗,对照组18例用硝苯地平治疗,疗程1周。以吞咽困难、反食、胸骨后疼痛症状评分及X线影像改善情况评价疗效。**结果** 两组患者治疗后吞咽困难、反食症状虽均有不同程度改善,但以治疗组改善吞咽困难、反食效果更加显著。胸骨后疼痛评分两组治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),提示两组对胸骨后疼痛症状改善效果均较显著。治疗组临床总有效率为87.5%,对照组为72.2%,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。**结论** 丹参饮化裁治疗原发性贲门失弛缓有效,效果优于硝苯地平。

[关键词] 原发性贲门失弛缓症;丹参饮;临床疗效

Clinical Observation on the Effect of Modified Danshen Yin on 24 Cases of Primary Achalasia

ZHAI Xinghong, ZHAO Jinyong

(Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of modified Danshen Yin on primary achalasia. **Methods** The 42 achalasia patients were randomized into two groups. The treatment group, 24 cases, was treated by modified Danshen Yin and the control group, 18 cases, by Nifedipine, for one week. The symptom scores of dysphagia, retrosternal pain and food regurgitation and the improvement of X-ray image were taken to evaluate the therapeutic effect. **Results** After treatment, both groups had improvement in the symptom scores, but the improvement of treatment group in dysphagia and food regurgitation was more significant. There was a significant difference of both groups in retrosternal pain before and after treatment ($P < 0.01$), showing a significant relieve of retrosternal pain in both groups. The total effective rate in treatment group was 87.5%, significantly better than that in control group, 72.2% ($P < 0.01$). **Conclusion** Modified Danshen Yin is effective in treating primary achalasia, better than Nifedipine.

Key Words Primary achalasia, Danshen Yin, Therapeutic effect

贲门失弛缓症(achalasia)是以食管缺乏蠕动和食管下括约肌(LES)松弛不良为特征的食管运动障碍性疾病,主要临床表现为不同程度的吞咽困难、餐后反食、胸骨后疼痛。目前该病发病率在我国呈逐年上升趋势,约占食管疾病的4%~7%^[1]。原发性贲门失弛缓症的治疗缺乏特异性,药物治疗效果欠佳。本研究采用随机对照方法,以中药丹参饮化裁治疗原发性贲门失弛缓症,观察并分析其疗效,旨在为药物治疗原发性贲门失弛缓症提供有益探索。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集2004年4月~2008年4月首都医科大学附属北京中医医院消化中心原发性贲门失弛缓症患者42例。按随机数字法将患者随机分为治疗组和对照组。其中治疗组24例,男性14例,女性10例;年龄21~54岁,平均(34.8 ± 8.1)岁;病程0.5~25年,平均(13.7 ± 3.5)年;分期情况:极轻微期3例,轻度11例,

中度7例,重度3例。对照组18例,男性10例,女性8例;年龄23~53岁,平均(35.4 ± 7.9)岁;病程1~17年,平均(12.5 ± 3.1)年;分期情况:极轻微期2例,轻度8例,中度6例,重度2例。两组患者性别、年龄、病程和分期情况差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《实用内科学》^[2]及《消化系统功能性和动力障碍性疾病》^[3]中有关原发性贲门失弛缓症的临床诊断标准和X线放射学影像诊断及分期标准。①具有吞咽困难或饮食发噎或反食、进食后呕吐、反流、胸骨后疼痛等症状,一般状况好,无明显体征。②上消化道钡餐检查显示,食管下段黏膜光滑呈鹰嘴样改变,食管上段有不同程度扩张。③胃镜检查见食管扩张,腔内食物潴留,贲门口狭窄。根据放射学影像将贲门失弛缓症分为4期^[3]。极轻微期:食管不扩张,食管中1/3见很少的潴留,透视时可见下段收缩明显异常;轻度期:食管轻度扩张,最宽处直径 $< 4\text{cm}$,食管下段收缩紊乱;中度期:食管潴留及扩张波及到上、下1/3段,食管最宽处直径4

~6cm, 透视时食管下2/3段收缩紊乱; 严重期: 食管显著扩张, 最宽处直径>6cm。

1.3 纳入及排除标准

年龄18~60岁, 性别不限, 符合上述贲门失弛缓症诊断标准, 且2周内无应用钙离子通道阻滞剂、镇静剂、质子泵拮抗剂、乙酰胆碱拮抗剂等药物史者为纳入病例。并除外以下情况: ①机械性损伤、化学性腐蚀及肿瘤导致的食管狭窄; ②合并严重心、肺、脑血管疾病; ③既往有LES 纵形切开抗反流术史。④皮炎、硬皮病、糖尿病、甲状腺功能减退以及酒精中毒性神经病变引起的食管运动障碍。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 以中药复方丹参饮化裁水煎服治疗, 每次200ml, 根据病情轻重酌情每日2次或每日3次。基本药物组成: 丹参15~30g, 檀香6~10g, 砂仁10g(后下), 郁金10g, 枳壳10g, 白芍15~30g, 威灵仙15~40g, 莱菔子15~30g。痰湿明显, 舌苔白腻者, 加全瓜蒌10~30g, 薤白10g; 反酸、烧心明显者, 加海螵蛸15~30g, 煅瓦楞子15~30g, 浙贝母10~15g, 吴茱萸1.5~3g, 黄连3~5g; 瘀血胸痛显著者, 加三七粉3g(分冲)或白及10~15g; 反食或呕吐明显者, 加入姜半夏6~9g, 旋覆花10~15g(包煎), 赭石15~30g。

对照组: 硝苯地平(北京太洋药业有限公司, 国药准字 H11020887) 10mg, 每日3次, 分于3餐前15~20min 舌下含服。

治疗组与对照组均以1周为1个疗程。两组患者在服药治疗基础上均配合基础治疗: 嘱患者注意饮食习惯, 宜少食多餐, 以进软食及高热量饮食为主, 细嚼慢咽, 避免过冷过热食物刺激。保持心情舒畅, 避免情绪紧张等。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 症状评分 自拟胸痛及反食程度评分标准: 0级(0分): 无不适; I级(1分): 症状不明显, 在医生提示下发现; II级(2分): 症状介于I级和III级之间; III级(3分): 症状明显, 影响日常生活, 偶尔服药; IV级(4分): 症状介于III级和V级之间; V级(5分): 症状非常明显, 影响日常生活, 需长期服药治疗。吞咽困难评分参照 Stooler 分级标准评分^[4]: 0级(0分): 吞咽正常; 1级(1分): 吞咽困难, 但尚能进食; 2级(2分): 能进半流食; 3级(3分): 不能进食流质。

2.2.2 疗效评定标准 参照文献[5]中关于噎膈的疗效评定标准制定。治愈: 临床症状消失, 钡餐和胃镜检查恢复正常; 显效: 临床症状不明显, 钡餐和胃镜检查

明显改善; 有效: 临床症状改善, 钡餐和胃镜检查好转; 无效: 临床症状和体征均无改善甚至加重。

2.2.3 不良反应 两组患者治疗前后分别检查血、尿、大便常规, 以及肝肾功能、心电图等。

2.3 统计学方法

应用 SPSS 13.0 统计学软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较用随机资料 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组24例, 治愈6例, 显效13例, 有效3例, 无效3例, 总有效率为87.5%。对照组18例, 治愈2例, 显效5例, 有效7例, 无效5例, 总有效率为72.2%。治疗组的总有效率高于对照组($P < 0.01$), 提示中药复方丹参饮化裁治疗原发性贲门失弛缓症的疗效优于硝苯地平。

3.2 两组患者治疗前后症状评分比较

附表 两组患者治疗前后症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	吞咽困难	反食	胸骨后疼痛
治疗组	治疗前	24	2.08±0.58	2.67±0.48	2.88±0.61
	治疗后	24	0.87±0.90**	0.91±0.58**	0.88±0.74**
对照组	治疗前	18	1.94±0.53	2.33±0.59	2.89±0.47
	治疗后	18	1.08±0.75*	1.55±0.78*	1.11±0.68**

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

附表表示, 治疗前两组患者吞咽困难、反食、胸骨后疼痛评分均无统计学差异($P < 0.05$)。治疗后两组症状评分均有不同程度降低。吞咽困难、反食、胸骨后疼痛评分治疗组治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。对照组治疗前后比较, 各症状评分差异亦有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.3 不良反应

对照组5例患者出现不同程度的头痛头晕、腹泻等症状。治疗组未发现明显的不良反应或毒副作用。

4 讨论

原发性贲门失弛缓症是一种食管运动功能障碍性疾病, 其特点是食管下括约肌松弛不良, 食管正常蠕动消失, 食管胃连接处出现功能性梗阻。该病因迄今未明, 病毒感染、情绪精神、炎症、神经肌肉变性、遗传、免疫等因素与原发性贲门失弛缓症的发生密切相关^[6], 大多数学者认为, 原发性食管神经肌肉功能障碍引起贲门失弛缓的重要原因^[7]。

目前贲门失弛缓症的治疗方法包括药物、内镜下扩张术及注射肉毒杆菌毒、微波以及手术治疗, 但缺乏特异性, 效果不甚理想。近年来中医药辨证治疗贲门失

弛缓症取得一定效果。根据临床表现,贲门失弛缓症属于中医“胸痹”、“噎膈”范畴。与饮食、心理情绪等密切相关,《素问·通评虚实论》首先提出病因是由于“隔塞闭绝,上下不通,则暴忧之病也”。《诸病源候论》认为“此由阴阳不和,脏气不理,寒气填于胸膈,故气噎塞不通而谓之气噎,令人喘悸,胸背痛也。”《济生方》说:“气之与神并为阳也,逸则气神安,劳则气神耗,倘或寒温失宜,饮食乖度,七情伤感,气神俱忧,使阳气先结,阴气后乱,阴阳不和,脏腑生病,结于胸膈则成膈气,流于咽,则成五噎,……其为病也,令人胸膈痞闷,呃逆噎塞,妨碍饮食。”明代王肯堂《证治准绳·噎病》认为,“食物下咽,屈曲自膈而下,梗涩作微痛,多是瘀血。”因此,该病病位在食管,属胃气所主,与肝脾有关,基本病机为气滞血瘀。患者素体胸阳不足,或饮食所伤,或七情郁结,使脾伤气结,肝气犯胃,胃气失于和降上逆胸膈,瘀血阻滞,经脉不通所致。

中药复方丹参饮加减化裁具有理气宽中,活血祛瘀止痛的功效。丹参饮出自《时方歌括》,为治疗气滞血瘀、心胃诸痛之要方。丹参活血祛瘀,《本草正义》谓“丹参,专入血分,其功在于活血行血,内之达脏腑而化瘀滞”,与行气宽中的檀香、砂仁同用,治疗血瘀所致胸痹心痛。郁金活血行气止痛,《本草汇言》称,“其性轻扬,能散郁滞,顺逆气,心肺肝胃气火痰郁遏不行者最验”。用治气滞血瘀胸腹胁痛效果甚佳。枳壳理气宽中,用于胸胁气滞、胀满疼痛;白芍养血柔肝,缓急止痛。威灵仙辛散温通,性善走窜,能通行十二经络,具有良好的通络止痛作用,为治诸骨哽咽之要药。如骨鲠喉、咽部或食管上段局部痉挛,服用本品后即松弛,同时增加蠕动,使骨松脱^[5]。枳壳对胃肠平滑肌有双向调节作

用。莱菔子可促进胃肠蠕动。丹参有改善微循环的作用^[8]。

本研究显示,丹参饮化裁中药复方治疗早期及轻度、中度原发性贲门失弛缓症效果较好,不失为药物治疗该病的有益方法,尤其对于不适于或不耐受西药副作用,或不耐受、不愿行内镜介入治疗或手术的患者可提供一种有益的治疗途径,同时也可以作为考虑其他治疗之前的一种暂时治疗方法,或介入治疗或术后仍有症状的辅助治疗。研究结果显示,中药治疗效果优于硝苯地平,其原因可能与多方位、多靶点治疗调节有关,但进一步的临床及中药作用机制的研究仍待深入。

参考文献

[1]郑芝田主编.胃肠病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2000:146-149.
[2]陈灏珠主编.实用内科学[M].11版.北京:人民卫生出版社,2002:1732-1734.
[3]莫剑中,袁耀宗,邹多武主编.消化系功能性和动力障碍性疾病[J].上海:上海科学技术出版社,2005:216-222.
[4]胡远虑,萧树东,刘文忠.食管贲门部狭窄的扩张治疗[J].内镜,1991,8(1):15-17.
[5]王永炎,晁恩祥主编.今日中医内科[M].北京:人民卫生出版社,2000:576-587.
[6]Paterson WG. Etiology and pathogenesis of achalasia[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2001, 11(2):249-266.
[7]Mearin F, Mourelle M, Guarner F, et al. Patients with achalasia lack nitric oxide synthase in the gastro-oesophageal junction[J]. Euro J Clin Invest, 1993, 23(11):724-728.
[8]高学敏主编.中药学.北京:人民卫生出版社,2004:654-1087.

(收稿日期:2008-08-29;修回日期:2008-11-25)

[编辑:叶晨]

中医药期刊国际发展论坛暨
全国中医编辑出版学术年会征文通知

为促进中医药文化的交流与合作,更好的推动中医药在国际上的影响与发展,为人类的健康做出贡献。中华中医药学会拟于2009年9月在北京举办“中医药期刊国际发展论坛暨全国中医编辑出版学术年会”,征文如下。

1. 征文内容:(1) 中医药全球化的策略与建议;(2) 中医药在国际社会的需求与发展前景;(3) 中医药期刊的建设与发展;(4) 中医药期刊国际化模式探讨;(5) 中医期刊发展趋势与赢利模式探讨;(6) 期刊定性评价与定量评价;(7) 影响因子与期刊评价;(8) 期刊服务的网络化模式与方法;(9) 电子期刊、网络期刊个性化服务;(10) 期刊网络出版、精品期刊发展战略研究;(11) 期刊数字化发展对中医药期刊的冲击与挑战;(12) 中医药期刊改革与创新。
2. 论文要求:(1) 内容新颖,见解独到;(2) 论文要求5000字以内,同时提交200字左右的中、英文两种文字论文摘要;(3) 论文及摘要请用Word格式发送至 jtcmen@126.com;(4) 入选论文将收入《中医杂志》2009年增刊,正式出版;(5) 征稿截止日期:2009年7月10日。
3. 投稿地址:北京东直门内南小街16号中医杂志社,邮编:100700。
- 联系人:曲天舒,电话:64014411-3049,传真:64050201,投稿邮箱:jtcmen@126.com
- 凡参加会议者将颁发会议交流证书并授予国家级继续教育学分。