

# 中西医结合治疗胃肠道疾病的研究进展

梁荣寿<sup>1</sup>综述,林欣<sup>2</sup>审校(广西中医药大学附属瑞康医院:1. 药学部;2. 护理部,广西南宁 530011)

【关键词】 胃肠道疾病; 中西医结合治疗; 思路与方法; 研究现状; 综述

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2018.06.024

文献标识码:A

文章编号:1009-5519(2018)06-0877-03

胃肠道疾病主要指一般炎症性胃肠道疾病(急、慢性胃炎,急、慢性阑尾炎等)、消化性溃疡、胃癌、食道癌、大肠癌及肠易激综合征等。目前,胃肠道疾病发病率高,在我国有“十人九胃病”的说法,其病程较长、治疗较难、反复发作等均是胃肠道疾病的特点<sup>[1]</sup>。医学专家研究发现,胃肠道疾病产生的原因是胃黏膜的防护因子及攻击因子失衡,造成胃肠道黏膜内的防护因子弱于攻击因子而产生胃肠道疾病<sup>[2]</sup>。而中医认为该病发病理论是“阴阳失调,正气存内,邪不相干,邪正相争,百病之由”,中西医结合研究理论对于胃肠道疾病的发病机制不谋而合<sup>[3]</sup>。本文从胃肠道疾病的中西医结合诊断标准、中西医结合治疗胃肠道疾病的思路及中西医结合治疗胃肠道疾病的研究现状 3 个方向进行综述,为该病的临床治疗提供指导。

## 1 常见胃肠疾病中西医结合诊断标准的建立<sup>[4]</sup>

我国常见胃肠疾病的中西医结合诊断标准是由中国中西医专业委员会于 20 世纪 90 年代初期经过 5 年的不懈努力相继建立的。20 多年来,我国许多胃肠道疾病研究医药学者们通过临床治疗经验和理论研究不断对常见胃肠疾病的中西医结合诊断与治疗的标准进行补充和完善,逐步对溃疡病(胃溃疡和十二指肠溃疡)、慢性胃炎及溃疡性结肠炎、功能性消化不良和肠易激综合征等的中西医诊断标准、治疗和疗效评价标准进行建立。例如,中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 年在重庆公布了《肠易激综合征中西医结合诊疗方案(草案)》,2010 年在苏州达成了《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>,2010 年在西昌发布了《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》<sup>[6]</sup>,2011 年在天津公布了《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[7]</sup>。这些中西医标准的建立对我国胃肠道疾病的医疗工作者及理论研究学者起到极大的指导意义,推动了我国中西医结合治疗胃肠病学术研究的发展与进步。

## 2 中西医结合治疗胃肠道疾病的思路

近年来,许多学者对胃肠疾病发病机制的研究发现,胃肠黏膜防护因子与攻击因子失衡是导致疾病发生的根本原因<sup>[8]</sup>,而引起胃肠黏膜防护因子与攻击因子失衡的原因主要有 3 个方面:(1)胃肠道内环境的酸碱平衡失调;(2)胃肠道黏膜受到化学性的损伤;(3)胃幽

门螺旋杆菌(Hp)侵袭导致的失衡。这些原因跟中医认为的发病理论“邪正相争,百病之由”是一致的。西医上常使用降低攻击因子的药物,如抗胃酸分泌药奥美拉唑(质子泵抑制剂)、碳酸氢钠(吸收性),胃肠动力调节药如多潘立酮、莫沙比利、曲美布丁等。西药在使用上虽然见效快,但治标不治根,且会出现一些不良反应,中药则较温和。如中医利用的中药有党参、白术、山药等补益药,山楂、麦芽、鸡内金等消食药,陈皮、茯苓、藿香等化湿药,香附、橘皮、橘核、枳实、枳壳、厚朴等理气药;中成药有保和丸、健胃消食片、香砂养胃丸、补中益气丸等。通过运用中西药协作调解保护因子和攻击因子(或中医认为的“邪正”)达到平衡状态,既能减少不良反应,又能从根本上将患者的疾病治愈,使得患者能够早日康复<sup>[9]</sup>。而相应的中西医结合治疗胃肠疾病的方法主要有:(1)增强胃肠内黏液碳酸氢盐的屏障作用和胃肠道免疫功能;(2)改善胃肠黏膜的血灌流量,提高氧输送;(3)药物激发前列腺素这一重要防御因子的调节效应;(4)改善胃肠道微生态和动力平衡。采用中西药联合治疗胃肠道疾病已取得的成果,充分发挥中西医各自的优势,使上胃肠道疾病得到完全治愈<sup>[10]</sup>。目前,对于胃肠疾病的中西医治疗方法还有很多,在临床上应根据患者的实际情况制订具有针对性的最优化和最具治疗效果方案才能取得较好的临床治疗效果。

## 3 中西医结合治疗胃肠道疾病的研究进展

### 3.1 慢性胃炎中西医结合治疗

慢性胃炎是由不同病因引起的胃黏膜炎病变,其发病率在胃病中居首位。Hp 感染已被公认为是导致慢性胃炎的主要致病因素,有效治疗和根除 Hp 一直是慢性胃炎研究课题中的重点<sup>[11]</sup>。西医会使用质子泵抑制剂(如奥美拉唑、泮托拉唑等)+抗生素(如阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素等)+铋剂(枸橼酸铋钾颗粒)等三联或四联用药,但抗生素会导致肠道菌群失调。这类慢性胃炎患者长期得不到较好的治疗效果或具有较长的病史,极有可能会发生癌变,所以国内外学者对于慢性胃炎的研究较多,其也是中西药结合研究的热点。例如,吴燕敏等<sup>[9]</sup>通过运用辨证和辨病相结合的治疗方法,利用香砂六君子汤加味对胃炎患者进行治疗,取得较好的临床疗效。这主要是由于香砂六君子汤能够通过疏肝解郁和健脾益气的途径

使患者的胃黏膜黏液凝胶进一步增厚,增强黏液屏障,增加胃壁的黏液含量。有学者研究发现,半夏泻心汤加减联合常规西药三联治疗 Hp 相关性胃炎具有很好的疗效<sup>[12]</sup>;邓永珊等<sup>[13]</sup>研究也发现兰索拉唑联合中药治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎(CAG)效果十分明显。上述研究均表明了中西医结合治疗慢性胃炎的乐观前景。

**3.2 消化性溃疡疾病的中西医结合治疗** 消化性溃疡是指胃和十二指肠的慢性溃疡。溃疡形成的原因是酸性胃液和胃蛋白酶对胃壁和十二指肠壁黏膜的破坏而导致的。西医常使用碳酸氢钠、枸橼酸铋钾等保护胃黏膜,中医则用补脾益胃类药。中西医结合研究证实,参苓白术颗粒联合阿莫西林、克拉霉素治疗消化性溃疡具有疗效明显<sup>[14]</sup>。近年来,随着强效抑制胃酸分泌的 H<sub>2</sub>受体阻断剂和胃黏膜保护剂等药物(四黄调味汤、健胃愈疡颗粒)的开发,消化性溃疡的治愈率高达 90%,死亡率已逐年降低<sup>[15]</sup>。这说明中西医结合治疗和预防消化性溃疡有着积极的意义。

**3.3 胃肠道肿瘤的中西医结合治疗** 胃肠道肿瘤是当前我国常见的恶性肿瘤之一,可以引起患者消化功能及新陈代谢功能发生转变,导致机体功能障碍<sup>[16]</sup>。目前,胃癌是我国临床常见的恶性肿瘤,手术治疗仍是胃癌的首选方法<sup>[17]</sup>,但术后化疗是治疗肿瘤的手段,化疗会损伤患者正常的组织细胞及脏器的生理功能,不良反应较大。中西医结合治疗则可以发挥疗效快、不良反应小的优势。例如,用三生旋覆山药汤可以起到化痰活血散结,消减其余邪,益气养阴补血扶助其亏虚之正气的作<sup>[18]</sup>;参苓白术散加减可以治疗胃肠道肿瘤,这是因为参苓白术散加减方能够提供机体抵抗力,从而抑制肿瘤,减少不良反应的发生,改善患者的症状及生命体征,有利于提高患者的生活质量,其还能通过正气扶助后,提高对抗肿瘤药的敏感性,从而提高临床疗效<sup>[19]</sup>。

**3.4 功能性胃肠病(FGIDs)的中西药结合治疗** FGIDs 是一组存在消化系统症状,但无器质性病变的功能性胃肠道疾病,其诊断依赖于症状命名的罗马标准<sup>[20]</sup>,是临床最常见的疾病之一,是一种缺乏器质性改变的胃肠功能性疾病,并且表现为胃肠道各部分功能紊乱的症候群,而无法用解剖、生化或组织学解释<sup>[21]</sup>。其中功能性便秘、肠易激综合征、功能性消化不良等是功能性胃肠病的常见类型。有研究表明,绝大部分的功能性胃肠病患者伴如疑病性神经症、焦虑抑郁等心理障碍,患者的社会适应性和社会功能差,从而使得患者的生活质量受到严重的影响<sup>[22]</sup>。胃肠功能紊乱阻碍营养吸收,减弱肠道屏障功能,造成菌群失调<sup>[23]</sup>。我国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会专家们提出了在从解痉剂、促动力剂、通便剂、止泻剂、抗抑郁药、内脏止痛剂、

胃肠微生态制剂等西医药治疗基础上,结合中医药的辨证论治来达到治愈的目的,其中在止泻剂方面主张用香砂六君丸和补脾益肠丸配以西药芬诺酯<sup>[24]</sup>;利用麻子仁丸联合乳果糖治疗肠道燥热型便秘型肠易激综合征<sup>[25]</sup>。除了西医药的常规治疗外,我国中西药结合研究学者研究发现,活血理气类中药可以促进胃动力、润肠通便和消食导滞中药有促进肠道蠕动作用<sup>[26]</sup>,通腑攻下药物有增强胃肠道收缩和蠕动的功能,理气行滞药可降低消化道平滑肌的紧缩性并能解痉止痛,健脾益气药对胃肠平滑肌活动具有双向调节作用<sup>[27]</sup>。这些中西医结合对于功能性的胃肠病都具有较好的临床治疗效果。

#### 4 小结和展望

中西医结合胃肠道疾病可以减少西药的不良反应,改善患者的良好依从性。在治疗疑难胃肠道疾病防治上利用中西医结合相互机制来达到高治愈率的目的。中西医结合治疗胃肠道疾病的展望应向高标准、严要求、开放性、多元化、可持续发展科学体系发展,加强“针对性”“个体化”和“综合性”,中西医结合治疗胃肠道疾病才能取得突破性的进展,才能充分发挥西医和中医的各自辨证论治的优点。中医博大精深,利用中西医结合对胃肠道疾病进行治疗,能够取中西医各自治疗之长处,避各自之短处,对胃肠道疾病的治疗具有积极意义。

#### 参考文献

- [1] 魏睦新,王平. 胃肠病学中西医结合的现状与未来[J]. 中华中医药学刊,2010,28(1):31-35.
- [2] 戚团结,危北海,陈治水,等. 中西医结合治疗胃肠疾病的思路方法[J]. 中国中西医结合杂志,2009,29(5):444-449.
- [3] 唐蕾. 中西医结合治疗胃肠疾病的思路与方法[J]. 中医药管理杂志,2014,22(13):2282-2283.
- [4] 陈治水,危北海,张万岱,等. “十五”中西医结合消化病学的发展概况与“十一五”学科发展的展望[J]. 中国中西医结合消化杂志,2007,15(1):67-68.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(5):587-590.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.
- [7] 赵明慧. 中西医结合治疗老年慢性胃炎疗效观察[J]. 中国老年保健医学,2015,13(3):39-39.
- [8] 王郁金,周永学,苏衍进. 半夏泻心汤治疗胃肠疾病临床应用[J]. 吉林中医药,2014,34(2):132-134.
- [9] 吴燕敏,马国花,魏睦新. 香砂六君子汤加味治疗肠上皮化生 50 例[J]. 中国中医急症,2008,17(2):246.
- [10] 周红. 梁冰治疗上胃肠道疾病的经验[J]. 河北中医,2005,27(8):565-566.

- [11] 周璇,曾斌芳.慢性萎缩性胃炎中医及中西医结合治疗进展[J].新疆中医药,2013,31(6):104-106.
- [12] 李琦.半夏泻心汤加减联合常规西药三联治疗 Hp 相关性胃炎 47 例[J].中医研究,2016,29(12):35-37.
- [13] 邓永珊,商洪涛.慢性萎缩性胃炎中医诊治进展[J].江苏中医药,2015,47(10):83-85.
- [14] 曾国群,钟永红.参苓白术颗粒治疗幽门螺杆菌及胃疾病的临床效果观察[J].西南军医,2012,14(3):447-448.
- [15] 凌江红,李家邦,申定珠,等.健胃愈疡颗粒对幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者生活质量的影响[C]//中国中西医结合学会第十八次全国消化系统疾病学术会议,哈尔滨,2006:133-136.
- [16] 罗洁.中西医结合治疗胃肠道肿瘤的临床效果观察[J].中外医学研究,2014,12(15):12-13.
- [17] 王洪涛.三生旋覆山汤汤配合化疗治疗中晚期胃癌观察[J].中医临床研究,2015,7(15):127-129.
- [18] 胡爱群.中西医结合治疗 60 例胃肠道肿瘤的临床研究[J].中医临床研究,2012,4(12):72-73.
- [19] 吕建国.中西医结合治疗胃肠道肿瘤的临床疗效评估[J].中国现代药物应用,2013,7(4):11-12.
- [20] 段园志,唐旭东,王凤云,等.PAR-2 信号通路与功能性胃肠病[J].世界华人消化杂志,2017,25(13):1159-1165.
- [21] 李瑜元.非甾体抗炎药的胃肠黏膜损害[J].现代消化及介入诊疗,2007,12(1):52-54.
- [22] 刘小强.功能性胃肠病应用药物联合心理干预治疗的疗效观察[J].吉林医学,2017,38(4):718-719.
- [23] 洪友兰.艾灸联合热敷对腹部手术后胃肠功能恢复的影响[J].新中医,2016,48(4):67-69.
- [24] 钱鑫,叶柏.腹泻型肠易激综合症的中西医治疗[J].中国医学工程,2013,21(10):73.
- [25] 周燕,林冠凯,曾志.麻子仁汤联合乳果糖治疗肠道燥热型便秘型肠易激综合征随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(12):137-139.
- [26] 田琳,魏睦新.调气中药对豚鼠体外胃平滑肌运动的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2007,15(5):301-303.
- [27] 魏睦新,魏兰福,邹百仓.莜术对大鼠胃动力及脑肠肽调节作用的实验研究[J].中国中西医结合消化杂志,2008,16(5):292-294.

(收稿日期:2017-08-17 修回日期:2017-08-25)

## 儿童乳糖不耐受症的诊断与治疗进展

陶东亚<sup>1</sup>综述,苏述平<sup>2</sup>审校(1.忠县人民医院儿科,重庆 404300; 2.重庆医科大学附属儿童医院,重庆 400014)

【关键词】乳糖不耐受症; 诊断; 治疗; 儿童; 综述

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2018.06.025

文献标识码:A

文章编号:1009-5519(2018)06-0879-04

乳糖在人母乳中含量约为占 7%,是婴幼儿重要的能量来源,经乳糖酶水解后的半乳糖是构成脑及神经组织糖脂质的成分。乳糖位于小肠黏膜刷状缘上的乳糖酶呈灶块状分布,以空肠内的活性最高。乳糖酶缺失(LD)或活性降低可导致乳糖消化不良,出现腹痛、腹胀和腹泻等症状,影响儿童的生长发育。本文就儿童乳糖不耐受(LI)的诊断与治疗作一综述。

### 1 流行病学

先天性乳糖酶缺乏(CLD)发生率仅 1/10 000,常在新生儿出生后首次接触乳糖即发病。发育性的 LD 致乳糖吸收不良(LM),LM 在早期新生儿中发生率较高,但大部分 LM 的新生儿不伴消化道症状。有研究报道,早期新生儿 LM 和 LI 的发生率分别为 39.5%和 5.8%<sup>[1-2]</sup>。原发性乳糖酶缺乏(ATH)有明显的年龄、种族、地域差异。儿童 LD 的发生率随年龄增长而升高。在 0~6 岁儿童中,LM 发生率为 47.4%,LI 为 16.5%<sup>[2]</sup>。7~8、11~13 岁组儿童中,LD 的发生率分别为 87.6%、87.8%;LI 发生率分别为 32.2%、29.0%<sup>[3]</sup>。全世界约 35% 的乳糖酶仍在成年期持续表达(LP)。LP 是人类基因、文化、饮食协同进化的结果<sup>[4]</sup>。儿童继发性 LI 受多见<sup>[5]</sup>。继发性 LI 可

出现于任何年龄段。小儿慢性迁延性腹泻病中 LI 发生率达 20%<sup>[6]</sup>。婴幼儿期轮状病毒肠炎伴发 LI 最常见。

### 2 发病机制

机体对不能经乳糖酶水解的大分子乳糖产生特异性抗体免疫球蛋白 G(IgG),IgG 与含乳糖的食物颗粒形成免疫复合物,产生变态反应,从而引起组织的炎症损伤<sup>[7]</sup>。LI 的症状与乳糖酶活性、进食乳糖总量、胃肠蠕动强弱、肠道益生菌发酵乳糖的能力有关。乳糖酶连接在肠黏膜微绒毛膜表面。乳糖酶基因位于 2 号染色体长臂(2q21)。乳糖酶活性的调节主要在转录水平上。乳糖酶基因启动子的基因变异是 LD 或 LP 的决定因素。CLD 与 ATH 的 LI 属常染色体隐性遗传病。基因型 C/C-13910 与乳糖酶活性呈负相关,基因型 C/T-13910、T/T-13910、G/A-22018 与乳糖酶活性呈正相关<sup>[8]</sup>。LP 是一种常染色体显性性状遗传,LP 的遗传特性可归因于乳糖酶基因上游的等位基因的基因突变,13910C/T、-14010G/C、-22018G/A 等突变点突变与乳糖酶的非持续性表达相关,因子 Oct-1、Cdx2、GATA-4、-5、6、HNF-1 参与乳糖酶活性的调节<sup>[9]</sup>。

**2.1 CLD** CLD 是由于乳糖酶编码基因的突变可能提