

中西医结合治疗胃食管反流病的疗效观察

杨荣素

(四川省简阳市中医医院 简阳 641400)

摘要 :目的 :探讨中西医结合治疗 GERD 临床疗效。方法 :56 例 GERD 随机分为治疗组和对照组。对照组 26 例采用指导改变生活方式和西药(雷尼替丁、西沙必利、硫糖铝)治疗。治疗组 30 例西药治疗同对照组 ,再中医辨证分为 5 型 ,分别方用柴胡疏肝散、左金丸、丁香柿蒂汤、理中汤、启膈散合橘皮竹茹汤加减。结果 :治疗组临床主要症状缓解开始时间较对照组早($P<0.01$) ,见效快 ,治愈率(63.33%)和有效率(100%)均高于对照组 ;复发率(20.00%)较对照组低。结论 :中西医结合治疗 GERD 调理脏腑功能、控制炎症、增强胃食管粘膜抵抗力、减少复发均收到良好的效果 ,具有临床研究和推广前景。

关键词 :胃食管反流病 ;中西医结合疗法 ;柴胡疏肝散 ;左金丸 ;丁香柿蒂汤 ;理中汤 ;启膈散 ;橘皮竹茹汤

中图分类号 :R 573

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)06- 0019-02

1 引言

胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管引起烧心、胸痛、反酸等症状或有食管炎及食管外组织损伤并发症时,称为胃食管反流病(GERD)^[1]。本病分属于中医学吐酸、胸痹、胃脘痛、噎膈、梅核气等证的范畴。临床常用西药的胃动力药、制酸剂及粘膜保护剂,联合或交替使用取得了一定的疗效,但疗程长、复发率高。笔者中西医结合治疗该病,取得了较好疗效。现报告如下:

2 资料与方法

2.1 诊断标准 (1)有典型烧心、胸骨后灼感、嗝气、口反酸水或苦水、噯球感^[1,2]; (2)胃镜检查幽门口见胆汁反流或胃粘膜有黄染; (3)胃镜下见浅表性胃炎、残胃炎、萎缩性胃炎或伴食管下段粘膜充血水肿、条状或片状红斑、糜烂、甚至溃疡,或伴齿状线上移贲门口松弛; (4)反流性食管炎的内镜

诊断及分级^[3](1999 年烟台全国反流性食道病 / 炎研讨会制定)。中医辨证参考《中药新药临床研究指导原则》^[4],分为肝胃不和证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾虚气滞证、气虚血瘀证。

2.2 疗效标准 治愈:症状消失,胃镜复查粘液色澄清,食管下段及胃粘膜组织学改变基本恢复正常或明显好转;好转:症状明显改善,胃镜复查粘液色变淡,食管下段及胃粘膜组织学改变好转;无效:症状、体征、粘膜组织学无改变。

2.3 病例资料 56 例均为 2000 年 1 月~2004 年 1 月的门诊患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,其中男 18 例,女 12 例;年龄 15~65 岁,平均 31.8 岁;病程 1 个月~7 年,平均 8.2 个月;胃镜检查:浅表性胃炎 25 例(其中胃窦炎 19 例),残胃炎 2 例,萎缩性胃炎 3 例;食道内镜检查 0 级 15 例,Ⅰ级 12 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 1 例;中医辨证分型肝胃不和

3.2 疗效比较 观察组 32 例中,治愈 30 例(占 93.7%),有效 2 例(占 6.3%);对照组 25 例中治愈 21 例(占 84.0%),有效 4 例(占 16.0%)。2 组治愈率比较,观察组明显优于对照组,有显著性差异($P<0.05$)。

3.3 2 组患者症状、血象改善情况 见表 1。

表 1 2 组患者症状、血象改善情况 ($\bar{X}\pm s$) d				
组别	例数	体温复常时间	血象复正常时间	住院时间
观察组	32	4.7 $\pm$ 0.8**	15.5 $\pm$ 1.7	16.4 $\pm$ 0.5*
对照组	25	6.7 $\pm$ 0.9	20.4 $\pm$ 1.4	21.4 $\pm$ 0.6

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

结果表明:观察组患者在退热,缩短病程方面明显优于对照组($P<0.01$ 、 $P<0.05$)。

4 讨论和体会

肺脓肿是由多种病原菌引起的急性肺部化脓性感染性疾病,经积极抗生素治疗,治愈率可达 86%^[1]。由于肺脓肿脓性分泌物粘稠,全身用药时药物浓度不易潜入,且有纤维组织形成的壁,药物难以潜入内部发挥作用^[2]。若治疗不彻底或支气管引流不畅,可迁延不愈而转变为慢性肺脓肿。故在治疗中加强痰液引流和局部抗炎治疗尤为关键,然多数抗生素对气管粘膜有刺激作用,可引起支气管痉挛,剂量太小又不足起杀菌作用。临床实践证明抗生素雾化疗法效果是不佳

的,甚至可引起细菌耐药性^[3]。而我们采用中药雾化配合体位引流治疗肺脓肿一方面可使中药直接达到支气管病灶内,病灶局部药物浓度高,维持时间长,吸收充分;另一方面有利于排痰,改善引流。故采用本方法治疗急性肺脓肿,在治愈率、改善症状、缩短病程等方面明显优于对照组($P<0.05$)。

急性肺脓肿,属中医肺痈范畴,其病理特点表现为邪热蕴肺,肺气壅滞,肺脉瘀阻,以致热壅血瘀,肉腐而化为痈脓。方中苇茎清解肺热;薏苡仁、冬瓜仁、桃仁化浊行癖;金银花、鱼腥草清热解毒化脓;葶苈子泄肺逐痰;桔梗祛痰排脓;白及既能止血又治肺肿;皂角刺、穿山甲破瘀散结,载药入病所;共奏清热解毒、化痰排脓之功。

在采用本方法治疗过程中,患者未出现窒息、肺不张等情况,鉴于基层医院无条件开展纤支镜直视下引流术、局部脓肿内导管直接滴药等技术,本法不失为一种安全有效的方法,并为中药用药途径,提供一种思路和方法。

参考文献

[1]陈灏珠.内科学[M].第 3 版,北京:人民卫生出版社.1992.68~73
[2]曹鹏,李美红.纤维支气管镜及经皮肺穿刺置管灌注治疗细菌性肺脓肿 28 例[J].实用中西医结合临床,2004,4(2): 36
[3]崔祥宾,王鸣歧,萨藤三.实用肺脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,1991.199

(收稿日期: 2004 -07-01)

9 例,肝胃郁热 11 例,脾胃虚弱 4 例,脾虚气滞 4 例,气虚血瘀 2 例。对照组 26 例,其中男 16 例,女 10 例;年龄 18~68 岁,平均 32.5 岁;病程 2 个月~6 年,平均 8.6 个月;胃镜检查浅表性胃炎 22 例(其中胃窦炎 17 例)残胃炎 2 例,萎缩性胃炎 2 例;食管内镜检查 0 级 12 例,Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 2 例;中医辨证分型:肝胃不和 8 例,肝胃郁热 9 例,脾胃虚弱 4 例,脾虚气滞 4 例,气虚血瘀 1 例。2 组患者临床资料差异无显著性,具有可比性。

2.4 治疗方法 对照组指导改变生活方式:嘱睡眠时抬高床头 15~20cm(单纯垫高枕头无效),避免饱食及睡眠前进食,避免进食降低食道下段压力食物(脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水)以及高酸性食物(柠檬果汁、番茄汁),忌烟酒。西药口服:雷尼替丁胶囊 0.15g,早餐前 0.5h 及睡前各 1 次;西沙必利 5mg,3 餐饭前 0.5 h 各 1 次;硫酸铝 1.0g,3 餐饭前 1 h 及睡前服;疗程 6 周。治疗组在采用对照组治疗方案的同时配合中药治疗。肝胃不和证:疏肝理气,和胃降逆。处方:柴胡疏肝散加减:柴胡 10g,枳壳 15g,香附 12g,玄胡 10g,郁金 10g,苏梗 10g,甘草 5g。嗝气频繁者加沉香、白蔻仁,呕吐者加代赭石、柿蒂。脾胃郁热证清热泻火,和胃降逆。处方:左金丸加味:黄连 6g,吴茱萸 3g,栀子 10g,黄芩 15g,法夏 15g,砂仁 10g,乌贼骨 20g,甘草 5g。脾虚气滞证健脾行气,和胃降逆。处方:丁香柿蒂汤加味:丁香 3g,柿蒂 20g,党参 15g,白术 10g,茯苓 15g,半夏 12g,苏梗 15g,枳壳 12g,玄胡 10g,生姜 10g。胸膈满闷者加薤白、厚朴。脾胃虚弱证温中健脾,降逆止吐。处方:理中汤加味:党参 30g,黄芪 20g,白术 20g,干姜 10g,炙甘草 5g,陈皮 10g,半夏 10g,木香 10g,砂仁 10g。气虚血瘀证益气健脾,化瘀散结。处方:启膈散合橘皮竹茹汤加减:太子参 20g,白术 15g,茯苓 10g,丹参 15g,浙贝母 10g,郁金 12g,砂仁 6g,荷叶蒂 15g,桃仁 10g,降香 10g,陈皮 10g,竹茹 10g,甘草 5g。以上每日 1 剂,水煎服,疗程 6 周。2 组患者均在治疗 6 周后复查胃镜,对治疗过程中症状缓解情况进行统计观察。

3 治疗结果

治疗组的临床症状开始缓解时间和治愈率都明显高于对照组,而复发率(停药 0.5 年内症状、体征又复发或加重)则明显低于对照组(见表 1、2),2 组疗效经统计学分析, P

<0.01,有显著差异。

表 1 2 组治疗中症状开始缓解时间($\bar{x} \pm s$) d				
组别	呃逆	反酸	烧心	胸痛
治疗组	5.2 $\pm$ 3.3(17)	4.5 $\pm$ 6.6(16)	3.2 $\pm$ 8.8(30)	3.5 $\pm$ 2.2(26)
对照组	8.6 $\pm$ 4.4(14)	5.9 $\pm$ 8.8(15)	5.3 $\pm$ 7.2(6)	12.1 $\pm$ 3.3(18)

表 2 2 组疗效观察和远期疗效观察 例(%)				
组别	治愈	好转	无效	复发
治疗组	19(63.33)	11(36.60)	0	6(20.00)
对照组	10(38.46)	14(53.84)	2(7.69)	12(46.15)

4 讨论

食道内镜阴性 GERD(症状反流)和内镜阳性 GERD(病理性反流或反流性食管炎),其病理改变西医学认为:(1)食道下括约肌(LES)静息压力降低为发病最主要因素;(2)食道蠕动和廓清能力降低;(3)胃排空延迟,胃内压力增高;(4)反流物的损伤作用。病变中 LES 功能不全、食管动力异常和食管炎可互为因果,形成恶性循环。西药抑酸剂、促动力药、粘膜保护剂联合应用取得一定疗效。中医学认为:该病的病位在胃、食道,但与肝、脾有密切关系。肝主疏泄,胃主受纳与和降,脾主运化,脾气宜升,胃气宜降,肝气舒畅则气机条达,而胃气和降。胃与脾相表里,共司升清降浊之职。若郁怒伤肝,或脾病及肝,则肝木失却条达,肝气横逆犯胃,胃失和降,胃气上逆则出现胸胁疼痛、嗝气、呃逆,吞酸嘈杂等症。因此本病主要病机是肝失疏泄,胃失和降,肝胃(脾)不和。治疗组运用中医辨证分型中药治疗和常规西药治疗并配合指导生活方式,较对照组单纯西药常规治疗的疗效高。2 组比较,治疗中临床症状缓解开始时间,治疗组较对照组早、快;治愈率(63.33%)和有效率(100%)明显高于对照组;半年复发率治疗组明显低于对照组。因此中西医结合治疗本病是有效途径,具有临床和推广应用的广阔前景。

参考文献

[1]王伟岸,岳恒志.消化系统疾病诊治新概念[M].北京:科学技术文献出版社,2003.82~89
[2] 彭勃. 中西医临床消化病学 [M]. 北京: 中国中医学出版社, 1997.129~136
[3]中华医学会消化内镜学会.反流性食管病 / 反流性食管炎诊断及治疗方案(试行)[J].中华消化内镜杂志,1999,16:326~327
(收稿日期:2004-09-23)

(上接第 17 页)多数与各类心脏疾病有密切关系。现代医学治疗本病常用各类抗心律失常药物,而抗心律失常药本身具有致心律失常作用,疗效也不确切。祖国医学把本病归属于“心悸、怔忡”范围,在中医理论指导下,进行辨证的复方制剂治疗,往往能取得显著的疗效。稳心颗粒主要成分是党参、三七、黄精、琥珀、甘松。现代药理研究证明^[3]:三七所含的三七皂甙对多种心律失常均有一定对抗作用,能抑制室性期前收缩;党参、黄精能改善心肌能量代谢,增强心肌收缩力而不影响心率;甘松所含的缬草酮有抗心律不整作用,对异位性室性节律较强,且较为安全^[4]。故本品对心律失常有较好的调整,可改善微循环,并增强心肌收缩力,其治疗室性期前收缩

有显著疗效,服用方便,剂量小,治疗中未发现明显副作用,但远期治疗有待进一步观察。

参考文献

[1]贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001.189
[2]中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1987.222~223
[3]沈映君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2000.601,877,947
[4]刘新存,刘忠玉.步长稳心颗粒治疗阵发性房颤疗效观察[J].实用中西医结合临床,2004,4(2).50~51
(收稿日期:2004-04-16)