

中西医结合治疗反流性食管炎 40 例临床观察

叶锐

(陕西省商洛市中医医院 商洛 726000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗反流性食管炎的临床疗效。方法:将 70 例患者随机分为治疗组 40 例,对照组 30 例。治疗组采用中医辨证分型加西药基础治疗,对照组单用西药治疗。结果:治疗 8 周后,治疗组在临床症状改善、内镜复查结果及半年后复发率等方面均优于对照组,治愈率 42.5%,显效率 32.5%,总有效率 97.5%,明显高于对照组的 16.7%、6.7%及 83.3%($P < 0.01$)。结论:中西医结合治疗反流性食管炎可提高临床疗效,减少复发率。

关键词:反流性食管炎;中西医结合疗法;雷尼替丁;多潘立酮;奥美拉唑;辨证施治;中药煎剂

中图分类号:R 571

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0018-02

反流性食管炎(RE)是指胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管,引起食管黏膜破损的病变,属于胃食管反流病(GERD)。其主要病变在食管黏膜,日久可累及整个食管壁,多发于食管中、下段,其主要病理改变是食管黏膜充血、水肿、糜烂,严重者可并发食管狭窄和溃疡。目前西医治疗反流性食管炎存在疗效不满意、复发率高的问题。近年来,笔者运用中西医结合治疗反流性食管炎 40 例,并与单纯西药治疗 30 例进行对照观察。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中华医学会消化内科分会于 1999 年烟台专题研讨会制定的反流性食管炎的诊断及分级标准:(1)有典型的胃食管反流病(GERD)症状,如明显烧心、反流、胸骨后灼痛等。(2)反流性食管炎(RE)的内镜诊断及分级,0 级:正常(积分 0 分);I 级:点状或条状发红,糜烂,无融合现象(积分 1 分);II 级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性(积分 2 分);III 级:病变广泛,发红、糜烂,糜烂融合呈全周性,或有溃疡(积分 3 分)。

1.2 一般资料 70 例病例均是我院门诊与住院病人,经胃镜诊断符合以上诊断标准,且排除消化道溃疡、癌症、心脏病、糖尿病及哮喘病,并且无消化道手术史。70 例患者随机分为治疗组 40 例与对照组 30 例。治疗组男 29 例,女 11 例;年龄 20~70 岁;病程最短 1 个月,最长 5 年,平均 1.6 年;内镜诊断 I 级 6 例、II 级 11 例、III 级 23 例。对照组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 22~68 岁;病程最短 2 个月,最长 4 年,平均 1.5 年;内镜诊断 I 级 4 例,II 级 8 例,III 级 18 例。2 组临床资料无明显差异,具有可比性($P > 0.05$)。

1.3 治疗组辨证分型 治疗组 40 例临床辨证如下:(1)肝胃郁热型:症见胸骨后灼痛,反酸,脘痞嘈杂,胸胁胀闷,心烦易怒,口苦口干,舌红苔黄,脉弦数。(2)湿热中阻型:症见胸骨后灼痛,反酸,纳呆恶心,口苦,渴不欲饮,身重肢倦,舌苔黄

腻,脉滑数。(3)胃阴不足型:症见胸骨后灼痛,反酸嘈杂,似饥不欲食,消瘦乏力,口燥咽干,五心烦热,舌红少津,脉细数。(4)脾胃虚弱型:症见胸骨后闷痛不适,泛吐清水,时有嘈杂,食入难化,神疲乏力,面白无华,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉细数。

2 治疗方法

2.1 对照组 据其内镜分级予西药如下:内镜分级为 I 级,即轻度反流性食管炎者,予雷尼替丁 150mg 口服,每日 2 次,餐前半小时服用;内镜分级为 II 级,即中度反流性食管炎者,予雷尼替丁 150mg 口服,每日 2 次,多潘立酮 10mg,每日 3 次,餐前半小时服用;内镜分级为 III 级,即重度反流性食管炎者,予奥美拉唑 40mg 口服,每日 2 次,多潘立酮 10mg 口服,每日 3 次,餐前半小时服用。

2.2 治疗组 在对照组分级西药治疗的基础上,按中医辨证分型而治。(1)肝胃郁热型:疏肝清热,和胃降逆。方药:四逆散合左金丸加味:柴胡 10g,芍药 10g,枳实 10g,炙甘草 10g,黄连 12g,吴萸 2g,陈皮 10g,栀子 10g,乌贼骨 10g。(2)湿热中阻型:清热化湿,理气和胃。方药:清中汤化裁:陈皮 15g,半夏 10g,茯苓 10g,甘草 6g,黄连 10g,白豆蔻 10g,白及 10g,乌贼骨 12g,大黄 5g,厚朴 10g。(3)胃阴不足型:滋阴益胃,和中降逆。方药:麦门冬汤加味:麦门冬 35g,半夏 5g,太子参 10g,甘草 3g,粳米 5g,生地 10g,山药 10g,白芍 10g,石斛 10g,大枣 4 枚。(4)脾胃虚弱型:益气健脾,和胃降逆。方药:香砂六君子合旋覆代赭汤化裁:旋覆花 9g,代赭石 9g,生姜 12g,半夏 9g,党参 10g,甘草 6g,木香 10g,砂仁 10g,白术 10g,茯苓 10g,大枣 4 枚。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 参照中华医学会消化内科分会于 1999 年在烟台专题研讨会制定的反流性食管炎诊断及治疗方案中的疗效分级:内镜积分 0 分者为痊愈;内镜积分减少 2 分

监测与控制。

参考文献

[1]叶健.脑内出血病因及影响预后因素的研究进展[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,2001,28(4):232~235

[2]全国第 4 届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381

[3]陈莹,季晓林.29 例出血性脑梗死临床危险因素分析[J].福建医药杂志,2003,25(1):115~116

[4]Anderson RE,Tan WK,Matin HS,et al.Effects of glucose and PaO₂ modulation on cortical intracellular acidosis NADH redox state,and

infarction in the ischemic penumbra[J].Stroke,1999,30(1):160

[5]Dora B,Mihci E,Eser A,et al.Prolonged hyperglycemia in the early subacute period after cerebral infarction effects on short term prognosis Acta[J].Neurol Belg,2004,104:64~67

[6]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998.55~56

[7]Capes SE,Hunt D,Malmberg K,et al.Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients a systematic overview[J].Stroke,2001,32(10):2426~2432

(收稿日期:2006-09-14)

中西医治疗功能性消化不良疗效分析

林敏 王伟

(浙江省嵊泗县中医院 嵊泗 202450)

摘要:目的:探讨中西医治疗功能性消化不良的效果并加以比较。方法:将 72 例 FD 患者随机分为中药组、西药组和联合组 3 组,疗程为 1 个月。通过症状积分法评判治疗效果。结果:中药组、西药组和联合组总有效率分别为 75.00%、70.83%和 95.83%,中药组和西药组治疗的结果基本相同,中西医联合治疗明显优于单纯中药或西药治疗。结论:中西医结合治疗 FD 有协同作用,能明显提高临床疗效。

关键词:功能性消化不良;中西医结合疗法;六四合剂;西沙必利;谷维素;奥美拉唑

中图分类号:R 256.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0019-02

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一组常见的消化道症候群,表现为恶心、厌食、早饱、嗝气、胀满、反酸、烧心、上腹隐痛等症状,无明显的胃肠道黏膜组织病损或结构异常等器质性病变,部分病人常伴有焦虑、抑郁等精神症状,其病因及发病机制不清。本文对 72 例功能性消化不良患者的中西医治疗方法进行了比较,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 72 例 FD 患者均为我院门诊及住院患者,男 23 例,女 49 例,年龄 19~63 岁,平均 43 岁,随机分为 3 组,每组 24 人。3 组间年龄、性别和病程差异均无显著性。

者为显效;积分减少 1 分为有效;积分无变化或增加 1 分以上为无效。

3.2 结果

3.2.1 治疗 8 周后内镜复查结果 治疗组 III 级的 23 例患者,复查结果转变为 0 级者 3 例,转变为 I 级者 13 例,转变为 II 级者 7 例;原为 II 级的 11 例患者,转变为 0 级者 9 例,转变为 I 级者 2 例;原为 I 级的 6 例患者,转变为 0 级者 5 例,无变化者 1 例。对照组中原为 III 级的 18 例患者,复查结果转变为 I 级者 2 例,转变为 II 级者 14 例,无变化者 2 例;原为 II 级的 8 例患者,转变为 0 级者 2 例,为 I 级者 4 例,无变化者 2 例;原为 I 级的 4 例患者,转变为 0 级者 3 例,无变化者 1 例。治疗组与对照组治疗结果有显著差异($P < 0.01$)。2 组治疗前后各分级病例数见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后各分级病例情况比较 例

组别	n	治疗前内镜分级				治疗后内镜分级			
		0 级	I 级	II 级	III 级	0 级	I 级	II 级	III 级
治疗组	40	0	6	11	23	17	16	7	0
对照组	30	0	4	8	18	5	7	16	2

注:与本组治疗前比较, $P < 0.01$;与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3.2.2 2 组治疗 8 周后总体疗效比较及半年后复发率比较见表 2。

表 2 2 组治疗 8 周后总体疗效情况比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效	半年后复发
治疗组	40	17(42.5)	13(32.5)	9(22.5)	1(2.5)	39(97.5)	2(11.8)
对照组	30	5(16.7)	2(6.7)	18(60.0)	5(16.7)	25(83.3)	3(60.0)

注:2 组疗效比较,有显著差异, $P < 0.01$ 。

4 讨论

反流性食管炎发病机制复杂,西医认为由于食管下段括约肌功能和食管运动异常,伴有胃排空和幽门括约肌功能障碍。中医对反流性食管炎无专门论述,大致属于“痛证、胃脘

1.2 诊断标准 FD 的诊断标准目前尚未完全统一,笔者采用以下标准:(1)恶心、腹胀、早饱、嗝气、反酸、上腹烧灼感、上腹痛等上消化道症状超过 4 周。(2)内镜检查未发现溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变,未发现食管炎,也无上述疾病史。(3)实验室、B 超、X 线等检查排除肝胆胰及肠道器质性病变。(4)无糖尿病、结缔组织病及精神病等全身性疾病。(5)无腹部手术史。(6)追踪 1~2 年,2 次以上胃镜检查,未发现新的器质性病变^[1]。

1.3 治疗方法

1.3.1 中药组 采用六四合剂(即六君子汤合四逆散加味)。痛、吐酸、嘈杂”等范畴,其病机为胃失和降,津液随气上升而发病,辨证当分虚实。发病较短,实证体质者往往以肝胃郁热及湿热中阻为主,而反复迁延病久者,往往以胃阴不足及脾胃虚弱为主。笔者在西药治疗的基础上,遵循中医学辨病与辨证相结合的原则,临证详分虚实:肝胃郁热型予四逆散合左金丸化裁,四逆散中柴胡合枳实,一升一降,达升清降浊,使郁热外达,气机通畅而不壅滞,具透解邪热、升清降浊之功,配合左金丸抑肝和胃,从而使肝平胃和,诸症消除。湿热中阻型者拟清中汤化裁:方中黄连与陈皮、半夏相伍,达清热除湿之功,配合白及、乌贼骨达消肿制酸收湿之效,使湿热尽除,中焦升降恢复,脾胃调和而取效。对胃阴不足型拟麦门冬汤化裁,重用麦冬,以其甘寒之性,滋养胃阴,且清胃虚热,佐半夏下气降逆,开通胃气,达润降相宜,既滋胃阴,又降逆气之效,从而使胃和气顺而取效。对脾胃虚弱患者予旋覆代赭汤合香砂六君子汤化裁,旋覆代赭汤中旋覆花下气消痰,降逆除噎,代赭石质重镇逆,坠痰止呕,配合生姜、半夏和胃化饮,降逆祛痰,合达气降痰消之功;香砂六君子汤具益气健脾、理气和胃之功,从而使中气振复,清浊升降复常,逆气得平而取效。笔者在西药治疗的基础上,辨证分型,运用中药治疗 40 例,与单用西药治疗 30 例对照观察,尽管单用西药治疗总有效率达 83.3%,但其显效率(6.7%)及治愈率(16.7%)与治疗组的显效率(32.5%)和治愈率(42.5%)相比有显著差异性($P < 0.01$);观察半年后复发率情况,治疗组治愈的 17 例有 2 例复发(复发率 11.8%),对照组治愈的 5 例中有 3 例复发(复发率 60.0%),治疗组明显优于对照组。因此,笔者认为,对反流性食管炎临床治疗应当积极推行中西医结合,以提高临床疗效,减少复发率。

(收稿日期:2007-01-26)