

宝胃汤合西药治疗慢性糜烂性胃炎 50 例临床观察

黄适

(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

**摘要:**目的:观察宝胃汤合西药治疗慢性糜烂性胃炎的临床疗效。方法:经内镜诊断为慢性糜烂性胃炎 100 例患者随机分成 2 组,治疗组给予宝胃汤口服,并抗 HP 治疗;对照组仅予抗 HP 治疗。结果:治疗组的症状积分比、疗效比、抗 HP 的成功率和对糜烂病灶的总有效率均优于对照组。结论:宝胃汤合西药治疗糜烂性胃炎优于单纯用西药治疗。

**关键词:**慢性糜烂性胃炎;中西医结合疗法;宝胃汤;奥美拉唑;阿莫西林

中图分类号:R 573.39 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)01-0021-02

慢性糜烂性胃炎是临床上常见的一种慢性胃病,症状缠绵。自 2004~2006 年来,笔者自拟宝胃汤合西药治疗慢性糜烂性胃炎,取得较满意的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例均为我院门诊和住院患者,按就诊先后随机分成 2 组,治疗组 50 例,男性 21 例,女性 29 例;年龄 18~65 (38± 8.8) 岁;病程 10~70 (28.5± 20.5) 个月;合并有胆汁反流 25 例,食道炎 12 例。对照组 50 例,男性 19 例,女性 31 例;年龄 17~66 (36.6± 9.4) 岁;病程 12~68 (27.2± 21.3) 个月;合并有胆汁反流 23 例,反流性食道炎 11 例。2 组性别、年龄和病程比较无显著性差异 (P>0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例均在我院行电子胃镜检查,排除消化性溃疡及消化道肿瘤。(1)内镜下诊断参照 1990 年的悉尼诊断标准:平坦糜烂型胃炎和隆起糜烂型胃炎。即内镜下可见胃窦部或胃体部散在的黏膜隆起糜烂或平坦糜烂,隆起糜

烂病灶可见顶端稍凹陷,表覆少许的秽苔,黏膜水肿、渗出、充血。(2)入选病例幽门螺旋杆菌 (HP) 快速尿素酶试验均为阳性。即行胃镜检查时在胃窦部幽门附近约 5cm 取一小块组织,迅速放到快速尿素酶试剂液中 (上海市消化病研究所生产),2min~1h 内试剂液变红者为阳性,1h 后试剂液仍不变红色者为阴性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 抗 HP 治疗:奥美拉唑胶囊 20mg,每日 2 次,餐前服;阿莫西林胶囊 0.25g× 4 粒,每日 2 次;克拉霉素片 0.25g× 2 片,每日 2 次,餐后服;疗程 1 周。同时服用宝胃汤,每日 1 剂,日服 2 次,5 周为 1 个疗程。宝胃汤的药物组成:柴胡 24g,黄芩 12g,半夏 12g,黄连 3g,干姜 8g,芍药 10g,丹参 12g,党参 10g,甘草 5g。

2.2 对照组 抗 HP 治疗:奥美拉唑胶囊 20mg,每日 2 次,餐前服;阿莫西林胶囊 0.25g× 4 粒,每日 2 次;克拉霉素片 0.25g× 2 片,每日 2 次,餐后服;疗程 1 周。同时服用宝胃汤,每日 1 剂,日服 2 次,5 周为 1 个疗程。宝胃汤的药物组成:柴胡 24g,黄芩 12g,半夏 12g,黄连 3g,干姜 8g,芍药 10g,丹参 12g,党参 10g,甘草 5g。快,是由于毛细血管闭塞、无灌注区形成促使微动-静脉直接通路开放所致,视网膜中央动、静脉流速比值降低。CRA 及 OA 的 Vm 反映远端组织的血流灌注状态,Vm 的下降使视网膜血流灌注不足,缺血、缺氧导致毛细血管基底膜增厚,内皮细胞损伤,外皮细胞变性,逐渐发展形成微血管瘤、出血、渗出、视网膜新生血管形成等血管形态改变。

DM 视网膜血流动力学异常出现于视网膜血管形态学改变之前。本研究显示:DM 患者在无视网膜病变时,其 CRA 流速已比对照组降低,随着视网膜病变加重,血流速度下降更显著,这说明 DM 患者在经眼底镜或眼底血管荧光造影检查发现形态学异常之前,视网膜微循环已处于病变状态,这种视网膜微血管持续的血流动力学异常是产生视网膜血管形态学异常的基础。

参考文献

[1]葛坚,崔浩.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.183-187  
[2]姜利斌,王守境,文峰,等.正常人球后动脉血流动力学参数相关性研究[J].中国实用眼科杂志,2001,19(7):443-444  
[3]Porta M,Bandell F. Diabetic retinopathy: a clinical update [J]. Diabetologia,2002,45:1 617-1 634  
[4]Dimitrova G,Tamaki Y. Choroidal circulation in diabetic patients[J]. Eye,2001,15: 602-607  
[5]Mackinnon JR,Mckiffop G,OBrien C,et al.Color Doppler imaging of the ocular circulation in diabetic retinopathy [J].Acta Ophthamol Scand,2000,78: 386-389  
[6]安建斌,韩瑶,张彤迪.糖尿病视网膜病变各期血流动力学研究[J].眼科研究,2005,23(4): 79-82  
[7]赵立安,吕家顺,毛泛.糖尿病患者视网膜中央动脉血流速度改变[J].中国超声医学杂志,1998,14(10): 55

(收稿日期: 2007-07-11)

表 3 各组 CRA/CRV 流速比值比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

|         | 正常对照组      | 糖尿病患者      |            |            |
|---------|------------|------------|------------|------------|
|         |            | A 组        | B 组        | C 组        |
| 例数      | 30         | 30         | 30         | 20         |
| 眼数      | 60         | 60         | 60         | 40         |
| CRA/CRV | 1.29± 0.01 | 1.04± 0.11 | 0.72± 0.06 | 0.65± 0.28 |

3 讨论

DR 是 DM 微血管并发症之一,其发病与糖尿病病程、血糖控制程度有密切关系<sup>[3]</sup>,微血管并发症的发生与糖基化终末产物形成、山梨醇旁路增加直接相关。既往对 DR 的诊断多以眼底镜检查为主,但该项检查主观依赖较多,误差较大,不能对 DR 提供可靠诊断<sup>[4]</sup>。目前多以眼底血管荧光造影作为 DR 诊断金标准,但所检出者均为视网膜血管形态出现改变后的患者,而早期患者在血管形态改变之前即已经出现视网膜血流动力学异常,因此为了能更早期发现眼底微血管改变,我们应用彩色多普勒技术对 DM 患者进行了眼底血流检测,发现 DM 患者 CRA、OA 血流速度较正常人降低,血管阻力升高,管径变窄,且随眼底病变程度加重血流速度下降更加显著,阻力指数进一步升高。

国内外已有不少学者研究 DM 患者视网膜血流动力学变化,Mackinnon<sup>[5]</sup>等认为 DR 患者 OA 血流的 RI 随其程度加重而逐渐升高;安建斌<sup>[6]</sup>认为 OA 在 NDR 期 RI 已有升高的趋势,从 NPDR 开始,RI 比对照组明显升高。视网膜中央动脉是供应视网膜内层血流的唯一血管,其血流动力学改变直接影响视网膜的循环状态<sup>[7]</sup>。本研究观察到,糖尿病患者 CRA、OA 的 Vs、Vd、Vm 比对照组降低,血管阻力增加,CRV 流速较对照组增加。CRV 的血流速度随 DR 的发生发展而加

SAM 联合 UDCA 治疗急性药物性肝损伤 60 例疗效观察

林政煌<sup>1</sup> 赵可<sup>2</sup>

(1 江西省安福县人民医院 安福 343200; 2 南昌大学第一临床医学院 江西南昌 330006)

关键词:急性药物性肝损伤;S-腺苷蛋氨酸;熊去氧胆酸  
中图分类号:R 575.1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)01-0022-02

急性药物性肝损伤是指药物或其代谢产物引起的肝脏损害,是常见的肝病之一,近年来随着药物品种的不断增多,药物性肝脏损害的发生率亦明显增加。我们对 60 例急性药物性肝损伤患者进行随机分组治疗,并进行临床疗效观察,0.25g×2 片,每日 2 次,餐后服;疗程 1 周。1 周后仅服奥美拉唑胶囊 20mg,日 1 次,再服用 2 周。治疗期间禁吃生冷寒凉辛辣厚味食品。

2 组病例均于治疗 6 周后行电子胃镜检查,观察糜烂病灶的改变及 HP 快速尿素酶试验。并继续观察 8 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)采用 4 级评分法,治疗前后的主要症状(胃痛、胃胀、嗝气、食少)分为无症状者 0 分,轻度 1 分,中度 2 分,重度 3 分,按治疗前后症状总分数,统计分析疗效,求出疗效指数。疗效指数=[(治疗前症状总分数-治疗后症状总分数) / 治疗前症状总分数]× 100%。(2)内镜下观察糜烂病灶的数量和病灶的炎症(渗出、充血、水肿)情况。(3)观察检测 HP 快速尿素酶试验的结果,HP 阳性者未根除,HP 阴性者为已根除。

3.2 疗效标准 疗效结果参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>拟定。显效:主要临床症状(胃痛、胃胀、嗝气、食少)消失,疗效指数≥80%,停药观察 2 个月未复发;有效:主要临床症状明显减轻,疗效指数 40%~79%;无效:主要症状无改善或加重,疗效指数 ≤39%。

3.3 结果

3.3.1 2 组治疗前后症状评分比较 治疗后治疗组胃痛、胃胀、嗝气和食少症状的积分明显下降(P<0.01);对照组除胃痛和食少症状积分下降明显外(P<0.05),胃胀和嗝气症状积分改善不明显,与治疗组对照(P<0.05)。见表 1。

| 表 1 2 组治疗前后症状评分比较 (X±S) 分 |    |                            |                         |                         |                        |
|---------------------------|----|----------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 组别                        | n  | 胃痛                         | 胃胀                      | 嗝气                      | 食少                     |
| 治疗组                       | 50 | 治疗前 2.12±0.65              | 1.45±1.02               | 1.40±0.89               | 1.56±0.86              |
|                           |    | 治疗后 0.85±0.45 <sup>△</sup> | 0.58±0.50 <sup>△*</sup> | 0.66±0.45 <sup>△*</sup> | 0.88±0.56 <sup>△</sup> |
| 对照组                       | 50 | 治疗前 2.22±0.62              | 1.50±1.22               | 1.54±0.88               | 1.65±0.89              |
|                           |    | 治疗后 1.13±0.62 <sup>☆</sup> | 1.01±0.82               | 1.11±0.71               | 0.90±0.63 <sup>☆</sup> |

注:同组治疗前后比较,△P<0.01,☆P<0.05;与对照组治疗后比较,\*P<0.05。

3.3.2 2 组治疗后糜烂病灶比较 根据内镜报告,糜烂病灶<3 个者,病灶的炎症(渗出、充血、水肿)明显减轻,记为有效;糜烂病灶≥3 个者,病灶的炎症(渗出、充血、水肿)减轻不明显者,记为无效。结果见表 2。治疗组的总有效率 90%,优于对照组的 70%。

| 表 2 2 组治疗后糜烂病灶比较 例 |    |    |    |         |
|--------------------|----|----|----|---------|
| 组别                 | n  | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
| 治疗组                | 50 | 45 | 5  | 90      |
| 对照组                | 50 | 35 | 15 | 70      |

现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例均为我院 2000 年 6 月~2006 年 6 月收住患者,符合急性药物性肝损伤的诊断标准(1997, Maria)

注:2 组疗效比较,经 χ<sup>2</sup> 检验,P<0.05。

3.3.3 2 组治疗后抗 HP 疗效比较 见表 3。治疗组的总有效率 90%,优于对照组的 64%。

| 表 3 2 组治疗后抗 HP 疗效比较 例 |    |     |     |         |
|-----------------------|----|-----|-----|---------|
| 组别                    | n  | 已根除 | 未根除 | 总有效率(%) |
| 治疗组                   | 50 | 45  | 5   | 90      |
| 对照组                   | 50 | 32  | 18  | 64      |

注:2 组疗效比较,经 χ<sup>2</sup> 检验,P<0.01。

3.3.4 2 组疗效比较 见表 4。

| 表 4 2 组临床疗效比较 例 |    |    |    |    |         |
|-----------------|----|----|----|----|---------|
| 组别              | n  | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
| 治疗组             | 50 | 37 | 10 | 3  | 94      |
| 对照组             | 50 | 19 | 20 | 11 | 78      |

注:2 组疗效比较,经 Ridit 分析,P<0.05。

4 体会

慢性糜烂性胃炎临床表现为胃痛、胃胀、嗝气和食少等,症状缠绵,单纯西药治疗后,内镜下糜烂病灶往往也难消失。该病属中医的胃脘痛或痞满范畴,该病机多为饮食不节,或思虑过度,损伤脾胃;或五志过激,肝气郁结,横逆犯胃;现代人各种压力较大,困惑较多,木不疏土的症状更是多见。脾主升清,主运化;胃与脾同属中焦,主受纳腐熟水谷,以和降为顺;脾为太阴湿土之脏,喜温燥而恶寒湿,得阳气温煦则运化健旺,胃则有喜润恶燥的特性,不仅需要阳气的蒸化,更需要阴液的濡润,脾胃同为表里,脾胃以中焦为枢,脾升胃降,保持动态的平衡。因此不管肝气犯胃、饮食伤胃或素体脾胃虚弱,导致了脾的升或胃的降出现了障碍,都会出现胃痛、胃胀或嗝气、食少等证。

针对以上病因病机分析,治疗脾胃病一方面要疏肝,另一方面要恢复脾升胃降的功能。疏肝选用小柴胡汤的柴胡和黄芩;调理脾升胃降选用半夏泻心汤,其中半夏、黄芩、黄连、干姜辛开苦降,寒湿并用,加上白芍,既扶肝又能和胃止痛,丹参加强活血散瘀,甘草调和诸药。该方寒湿并用,土木俱疏,具有疏肝和胃止痛的功效。半夏泻心汤有双向调节作用,该方可以促进胃肠的蠕动,增强幽门括约肌的张力,抑制胆汁的反流,保护胃黏膜,增强机体的免疫力,抑制幽门螺旋杆菌的活性,因而增强了临床疗效。与单纯西药组对比,该方在疗效结果、改善糜烂病灶和抗 HP 等方面均优于单纯用西药组,表明该方对糜烂性胃炎有较好的疗效,值得进一步研究。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 1 辑.1993.256

(收稿日期:2007-02-15)