

疏肝和胃法治疗反流性食管炎 30 例

刘亦文

(江西省健康教育所 南昌 330046)

摘要:目的:观察疏肝和胃法治疗反流性食管炎(RE)的临床疗效及作用机制。方法:将 60 例反流性食管炎患者随机分为疏肝和胃汤治疗组(30 例)及奥美拉唑对照组(30 例),观察治疗前后临床症状、胃镜、综合疗效及复发率等变化情况。结果:对部分症状改善、胃镜、临床综合疗效两组比较无显著性差异($P>0.05$),停药 12 周复发率比较,治疗组优于对照组($P<0.05$)。结论:疏肝和胃汤治疗 RE 具有较好的临床疗效。同时,通过调节机体整体机能,加强抗反流防御机制和对抗攻击因子而提高疗效。

关键词:反流性食管炎;肝胃不和;疏肝和胃法

中图分类号:R 571

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0028-02

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)是指由于胃和(或)十二指肠内容物反流至食管引起食管黏膜组织损害,主要症状为烧心、反酸及胸痛等。抑酸治疗在防治 RE 中的作用已得到肯定,但存在易复发、不良反应多、费用高等缺点。我们采用疏肝和胃法治疗反流性食管炎肝胃不和证,取得了满意的疗效。现将研究结果报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所选 60 例病例为江西中医学院附属医院门诊和住院病例,均有明显的烧心、反酸、胸骨后灼痛、咽部异物感、吞咽痛等症状,经电子胃镜诊断为反流性食管炎。胃镜检查分级:0 级,正常(可有组织学改变),积 0 分;I 级,食管黏膜点状或条状充血,积 1 分;II 级,有条状充血、糜烂,并有融合,但非全周性,积 2 分;III 级,病变广泛,充血、糜烂融合全周性或溃疡,积 3 分。随机分为治疗组 30 例,对照组 30 例。其中治疗组男 20 例,女 10 例;年龄 18~65 岁,平均(35.7± 11.5)岁;病程 30d~8 年。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 18~68 岁,平均(36.2± 13.4)岁;病程 21d~10 年。两组患者性别、年龄、病程、致病因素及治疗前胃镜合并症分布情况无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用疏肝和胃汤:柴胡、炒枳实、炒白芍、炙甘草、玄胡、川楝子、蒲公英、浙贝母、白及、黄连、田七粉等。每日 1 剂,水煎 2 次得药汁 200 mL,每次 100 mL,每日 2 次。对照组选用奥美拉唑(国药准字 J20030104),每日 20 mg,晨起空腹口服。疗程:两组均 4 周为 1 个疗程,共观察 2 个疗程。服药期间停用影响本病药物评价的其它药物。

2 疗效观察

2.1 疗效标准

2.1.1 症状疗效评定标准 所有症状都为无、轻、中、重四级(参照李乾构等主编《中医消化病诊疗指南》附录中肝胃不和证的症状分级量化表),主症分别记 0、2、4、6 分,次症则分别记 0、1、2、3 分。

2.1.2 胃镜疗效评定标准 依据全国反流性食管病 / 反流性食管炎研讨会 1999 年 8 月在山东省烟台通过的内镜疗效分级诊断标准。痊愈:内镜积分 0 分者;显效:内镜积分减少 2 分者;有效:内镜积分减少 1 分者;无效:内镜积分无变化或增加 1 分以上者。

2.1.3 临床综合疗效评定标准 痊愈:症状基本消失或治疗后症状积分值较治疗前减少 $\geq 95\%$, 内镜积分 0 分者;显效:治疗后症状积分值较治疗前减少 $\geq 70\%$, 但 $<95\%$, 内镜积分减少 2 分者;有效:治疗后症状积分值较治疗前减少 $\geq 30\%$, 但 $<70\%$, 内镜积分减少 1 分者;无效:治疗后症状积分值较治疗前减少 $<30\%$, 内镜积分无变化或增加 1 分以上者。

2.1.4 复发研究 停药 12 周后症状积分值较治疗前减少 $\geq 95\%$ (痊愈标准)或积分值较治疗前减少 $\geq 70\%$, 但 $<95\%$ (显效标准)者,评定为未复发;12 周后症状积分值较治疗前减少 $\geq 30\%$, 但 $<70\%$ (有效标准)者,评定为复发。

2.2 两组临床症状积分比较 两组临床症状积分与治疗前比较, $P<0.01$, 有极显著性差异。治疗后组间比较, $P>0.05$, 无显著性差异,表明两药在改善临床症状方面均有显著作用。结果见表 1。

2.3 胃镜分级疗效比较 两药在食管黏膜炎症改善方面均有显著作用。结果见表 2。

表 1 两组临床症状积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

症状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
烧心	2.576± 1.627	0.451± 1.145	2.743± 1.368	1.286± 1.501
反酸	2.916± 1.427	0.517± 1.207	3.168± 1.286	1.383± 1.412
胸骨后痛	1.523± 1.403	0.317± 0.628	1.614± 1.374	0.605± 1.074
胃脘胀满	1.708± 0.571	0.273± 0.564	1.816± 0.553	0.481± 0.612
喜太息	1.623± 0.602	0.354± 0.591	1.572± 0.714	0.612± 0.723
嗳气	0.549± 0.612	0.215± 0.317	0.617± 0.704	0.217± 0.367

表 2 胃镜分级疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	17(56.67)	6(20.00)	4(13.33)	3(10.00)	90.00
对照组	30	15(50.00)	7(23.33)	3(10.00)	5(16.67)	83.33

2.4 临床综合疗效比较 两组总有效率比较, $P>0.05$, 无显著性差异,表明两药在临床综合疗效改

中西医结合治疗门脉高压性胃病 116 例临床研究

李党助 饶小芳 黄燕

(江西省东乡县王桥中心卫生院 东乡 341800)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗门脉高压性胃病(PHG)的疗效。方法:采用加味四逆散联合心得安(治疗组)治疗 PHG 106 例,并与雷尼替丁联合心得安(对照组)治疗 50 例对照观察。结果:治疗组治疗 2 个月,临床症状改善、肝功能恢复及内镜下胃黏膜恢复等方面均明显优于对照组,显效率 68.9%,总有效率 92.4%,明显高于对照组 28.0%、68.0%($P < 0.05$)。结论:加味四逆散联合心得安治疗 PHG,能降低门脉高压,改善肝功能,促进胃黏膜修复。

关键词:门脉高压;胃疾病;中西医结合疗法;四逆散;心得安

中图分类号:R 573

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0029-02

肝硬化合并门脉高压所致的胃黏膜病变称为门脉高压性胃病,单纯西药治疗疗效欠佳。我院于 2002 年 4 月~2007 年 10 月,采用中西医结合治疗门脉高压性胃病(PHG)106 例,并与单纯西药治疗作对照观察,现报告如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 (1)肝硬化的诊断标准严格按照 1990 年全国肝硬化专题学术讨论会的诊断标准,根据临床特点,并经影像学诊断。(2)内镜下表现为各种形态充血性红斑和糜烂,伴或不伴有出血。

1.2 纳入和排除标准 符合以上诊断标准,年龄 24~75 岁,无严重并发症。并排除门脉高压所致食管胃底静脉曲张破裂出血、肝昏迷、胃恶性病变等患者。

1.3 病例选择 156 例患者随机分为治疗组和对照组:治疗组 106 例,男 56 例,女 50 例;年龄 28~70 岁,平均年龄(46.36±12.02)岁;病程 1~16 年,平均(5.52±1.96)年;肝炎后肝硬化 52 例,酒精性肝硬化 28 例,胆汁性肝硬化 4 例,隐源性肝硬化 22 例。

对照 50 例,男 35 例,女 15 例;年龄 25~68 岁,平均年龄(49.27±13.88)岁,病程 1~20 年,平均(5.78±0.88)年;肝炎后肝硬化 28 例,酒精性肝硬化 12 例,胆汁性肝硬化 1 例,隐源性肝硬化 9 例。两组患者性别、年龄、病程及肝硬化分型、Child 分级及 PHG 分级方面差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

化 28 例,胆汁性肝硬化 4 例,隐源性肝硬化 22 例。对照组 50 例,男 35 例,女 15 例;年龄 25~68 岁,平均年龄(49.27±13.88)岁,病程 1~20 年,平均(5.78±0.88)年;肝炎后肝硬化 28 例,酒精性肝硬化 12 例,胆汁性肝硬化 1 例,隐源性肝硬化 9 例。两组患者性别、年龄、病程及肝硬化分型、Child 分级及 PHG 分级方面差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法 治疗组服用加味四逆散:柴胡、枳壳、白芍、丹参、当归、厚朴、乌贼骨各 10g,白及、田七、炙甘草各 6g,每日 1 剂,水煎服,30d 为 1 个疗程,连续 2 个疗程。对照组服雷尼替丁 300mg/d,分 2 次口服,30d 为 1 个疗程,连续 2 个疗程。两组均同时服用心得安 10~20mg,每日 3 次,配合维生素、能量合剂、白蛋白等护肝及辅助治疗。

2.2 观察方法 每日观察记录病情变化及疗效,每半月复查 1 次肝肾功能、血常规、心电图,1 个疗程

表 3 临床综合疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	18(60.00)	5(16.67)	3(10.00)	4(13.33)	86.67
对照组	30	16(53.33)	3(10.00)	5(16.67)	6(20.00)	80.00

2.5 复发率比较 停药 12 周后两组复发率比较, $P < 0.05$,有显著性差异。结果见表 4。

表 4 停药 12 周后两组复发率比较 例

组别	随访例数	复发例数	复发率(%)
治疗组	19	2	10.53
对照组	16	9	56.25

3 讨论

反流性食管炎病位在食管,属胃所主。胃失和降,胃气上逆是其基本病机;情志不畅,肝气犯胃是其发病的关键;气机郁滞,郁久化热,是其转变特点;痰阻血瘀,是其最终结局。因此在辨治反流性食管炎时,应先审脏腑,再分虚实、辨寒热,但不管何脏何腑,或虚或实,或寒或热,最终却要责之于肝,通过疏肝理气达到和胃降逆、治疗病痛之目的。疏肝和胃汤由经典名方“四逆散”和“金铃子散”加减

化裁而成。四逆散是东汉医圣张仲景的名方,出自中医经典著作《伤寒论》,原为少阴四逆证而设,从药物组成来看是以苦、甘、辛为主,具有宣达郁滞之功。方中柴胡宣阳解郁使阳气外达,枳实破滞气,白芍和血,甘草缓中调胃以解郁热。柴胡、甘草同用,和中疏肝;枳实、白芍同用,通经散结。现代研究表明四逆散能够调节胃肠运动,促进胃蠕动和排空。金铃子散行气止痛,缓解平滑肌痉挛。其作用机制可能是通过促进食管体部的蠕动,增加下食管括约肌压力,增强胃肠动力,从而加强抗反流机制;也可能是通过促进胆汁排泄,抑制胃酸分泌、胃蛋白酶活性,从而有效减少胃食管反流尤其是十二指肠胃食管反流,促进食管黏膜破损愈合。这可能与疏肝和胃中药多层次、多靶点的作用特点有关,但其确切的起效机制仍需进一步研究。

(收稿日期:2009-01-06)