

中西医结合治疗胃食管反流病 32 例

冯战

(广西北流市民乐中心卫生院 北流 537403)

摘要:目的:观察中西医结合治疗胃食管反流病(GERD)的临床疗效。方法:将 62 例胃食管反流病患者随机分为两组,对照组 30 例采用奥美拉唑、吗丁啉治疗;治疗组 32 例在对照组治疗的基础上,加用四逆散合左金丸加减治疗,疗程均为 4 周。结果:治疗组和对照组总有效率分别为 93.8%和 80.0%,两组疗效比较差异有显著性意义($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗胃食管反流病可发挥独特的优势,具有较好的疗效。

关键词:胃食管反流病;中西医结合疗法;奥美拉唑;吗丁啉;四逆散;左金丸

中图分类号:R 57

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.013

胃食管反流病(GERD)主要是由于食管下端括约肌功能紊乱,以致胃或十二指肠内容物反流至食管而引起的疾病^[1]。其典型的症状为烧心、反酸,严重时可引起反流性食管炎,甚至 Barrett 食管等^[2]。西医治疗主要是应用质子泵抑制剂,但部分患者存在复发率高、需长期维持的问题^[3]。笔者于 2007 年 8 月~2009 年 8 月采用中西医结合方法治疗胃食管反流病 32 例,并与单纯西药治疗对照组比较,取得了较好效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 62 例均为我院门诊及住院病人,全部符合《消化系统疾病诊断与诊断评价》胃食管反流病诊断^[4]和《反流性食管炎诊断及治疗指南(2003)》^[5]标准。按就诊先后随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例。治疗组 32 例中男 19 例,女 13 例;年龄 26~71 岁,平均 48.5 岁;病程 3 个月~10 年,平均 3.5 年;其中糜烂性食管炎 8 例,合并胆汁反流性胃炎 6 例。对照组 30 例,男 16 例,女 14 例;年龄 25~69 岁,平均 48.1 岁;病程 3 个月~10 年,平均 3.6 年;其中糜烂性食管炎 6 例,合并胆汁反流性胃炎 7 例。两组性别、年龄、病程及伴随疾病等一般资料经统计学处理无明显差异($P>0.05$),具可比性。

1.2 治疗方法 对照组用奥美拉唑胶囊 20mg,每日 2 次,早晚空腹口服,吗丁啉 10mg,每日 3 次,餐后服用,疗程 4 周。治疗组在对照组治疗的基础上,加用四逆散合左金丸加减治疗,药用:柴胡 12g、枳壳 12g、白芍 15g、白术 15g、黄连 12g、吴茱萸 3g、桔梗 15g、厚朴 12g、瓜蒌 15g、甘草 6g。随证加减:反酸较重加乌贼骨 12g、瓦楞子 30g(煅);嗝气加旋覆花 10g(包煎)、代赭石 30g(包煎);心欲呕者加姜半夏 9g。每日 1 剂,水煎服,连服 4 周。

1.3 疗效评定标准 参照文献^[6]标准评定。治愈:临床症状、体征消失,胃镜检查食管下段及胃黏膜正常,幽门口胆汁反流消失,食管及胃黏膜组织学改变基本恢复正常或明显好转;显效:症状、体征明显改善,胃镜检查黏膜变淡,食管下段及胃黏膜组织

学改变好转,黏膜水肿、充血面积缩小 2/3 以上,幽门口胆汁反流基本消失,年内偶有发作;有效:症状、体征有改善,胃镜检查黏膜色变淡,胃黏膜糜烂、出血减轻,充血水肿范围缩小 1/3 以上,食管及胃黏膜组织学改变减轻,幽门口胆汁反流减少,半年内偶有发作;无效:症状、体征无明显改善,其他检查无变化或加重。

1.4 统计学处理 运用 SPSS 11.0 统计软件进行 χ^2 检验。

2 结果

治疗组 32 例中治愈 19 例(59.4%),显效 8 例(25.0%),有效 3 例(9.4%),无效 2 例(6.2%),总有效率为 93.8%。对照组 30 例中分别为 10 例(33.3%)、6 例(20.0%)、8 例(26.7%)和 6 例(20.0%),总有效率为 80.0%。两组总有效率比较差异有显著性意义($\chi^2=4.68, P<0.05$)。

3 讨论

现代医学认为,胃食管反流病为动力障碍性疾病,存在明显的食管、胃动力异常,其发病机制主要是下食管括约肌功能降低,尤其是一过性括约肌松弛是引起胃食管反流的主要因素^[7]。一旦发生胃食管反流,胃酸、胃蛋白酶、胆盐、胰酶等攻击因子均可反流入食管,刺激和损害食管黏膜,引起食管炎。从而引起反复中、上腹部胀痛,明显的烧心、反酸,胸骨后灼痛,嗝气,或伴呕吐黄绿苦水等。目前尚无一种药物是针对抗反流机制来进行治疗的,因而抗酸是当今最基本的治疗,主要采用抑制胃酸分泌和增强食管和胃的排空能力,以及保护食管和胃黏膜,强化其防御功能等措施,近期效果较好,但远期疗效不理想,停药后易复发^[8]。

本病属中医学“吐酸”、“嘈杂”、“胃痛”、“结胸”等范畴。病变部位在食管,与脾、胃、肝、胆等脏腑功能失调关系密切;主要病因为饮食失宜,七情内伤;病机主要为肝胃气滞,郁而化热,胃气通降失司,久则酸性或非酸性物质随胃气上逆,侵犯食管。故临床上多从热、气、逆、酸论治,并注意兼证的治疗^[9]。

四磨汤口服液联合抗抑郁药治疗功能性消化不良 62 例疗效观察

李贵华 黄晓燕

(江西省上饶市第三人民医院 上饶 334000)

摘要:目的:探讨四磨汤口服液联合抗抑郁药米氮平片治疗功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法:将 124 例 FD 患者随机分为两组,对照组 62 例应用内科常规治疗(抑酸药和/或促胃动力药),治疗组 62 例在对照组基础上加用四磨汤口服液和抗抑郁药米氮平片,治疗时间均为 8 周。以自制 FD 症状评定量表(FDSR)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评定疗效。结果:治疗 8 周,治疗组总有效率为 93.55%,高于对照组 77.42%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:四磨汤口服液联合抗抑郁药米氮平片治疗功能性消化不良疗效显著,是一个理想的 FD 治疗方案。

关键词:功能性消化不良;四磨汤口服液;抗抑郁药;疗效观察

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.014

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)是消化科的常见病,发病率 20%~49%,罗马 III 标准中 FD 分为餐后不适综合征和上腹痛综合征,其病因及发病机制均有待明确。绝大多数 FD 均可按照《精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)诊断为神经症中的躯体形式障碍,即躯体形式自主神经紊乱中高位和低位胃肠功能紊乱共同组成的疾病类型^[1]。由于 FD 患者具有神经症躯体形式障碍的基本特点,又常伴有焦虑和抑郁等情绪障碍^[2],内科常规治疗往往难以获得满意疗效,在国外已开始广泛使用抗抑郁药或抗焦虑药辅助治疗 FD^[3]。为探讨四磨汤口服液联合抗抑郁药米氮平片治疗 FD 的疗效,我们于 2005 年 6 月~2007 年 4 月对我院消化

科 124 例 FD 患者进行了为期 8 周的对照治疗。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有对象为 2005 年 6 月~2007 年 4 月本院消化科住院的患者,符合罗马 III 标准:具有持续或反复发作的早饱、上腹痛、上腹烧灼感和没有可以解释症状的器质性疾病的证据。诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月症状符合以上标准。年龄 20~60 岁,性别、文化程度不限,愿意合作完成治疗,同时符合 CCMD-3 神经症中躯体形式障碍之胃肠功能紊乱的诊断标准。排除标准:(1)内镜检查存在胃和十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤、食管炎等或既往有过上述疾病病史;(2)B 超、生化、X 线、CT 检查

胃肠功能,增强胃肠平滑肌张力及免疫调节作用,从而取得较好的疗效。

参考文献

[1]中国胃食管反流病共识意见专家组.中国胃食管反流病共识意见(2006.10 三亚)[J].中华内科杂志,2007,46(2):170-173
[2]Vakil N,van Zanten SV,Kahrilas P,et al.The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease aglobalevidence-based consensus[J].Am J Gastroenterol,2006,101(8):1 900-1 920
[3]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.胃食管反流病治疗共识意见(2007,西安)[J].现代消化及介入诊疗,2008,13(1):71-72
[4]陆显华,钱家鸣.消化系疾病诊断与诊断评价[M].上海:上海科学技术出版社,2006.45-50
[5]中华医学会消化内镜分会.反流性食管炎诊断及治疗指南(2003)[J].中华消化内镜杂志,2004,8(4):221-222
[6]梁浩.消化系统疾病诊断与治疗[M].北京:金盾出版社,2004.13-14
[7]许国铭.重新认识,深入研究胃食管反流病[J].中华消化杂志,2003,23(1):5-6
[8]芮以融.柴胡疏肝散加减治疗胆胃食管反流病 60 例[J].中国中西医结合消化杂志,2009,17(3):200-201
[9]吴卫莲,张存钧.胃食管反流病的中医治疗对策[J].上海中医药杂志,2009,43(10):28-29
[10]陶琳,肖旻,李帷,等.四逆散合左金丸联合雷贝拉唑治疗胃食管反流病 36 例[J].北京中医药,2009,28(10):785-787
[11]李仪奎,姜名瑛.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,1992.114-115
[12]冉冉,潘岩.左金丸药理研究进展[J].光明中医,2008,23(5):698-699
(收稿日期:2010-02-10)

但近年来多数学者认为,在治疗本病时应治病求本,治疗以健脾疏肝、和胃降逆为基本原则^[4]。本治疗组病例在西药治疗的基础上加用四逆散合左金丸加减治疗,总有效率达 93.8%,疗效明显优于单纯西药治疗的对照组。四逆散中柴胡、枳壳疏肝理气,利胆和胃,行气止痛;白芍、甘草养血柔肝,缓急止痛,敛肝气。左金丸中黄连苦寒,清胃热,开肝郁以使肝胃调和,配以少量吴茱萸佐制黄连之寒,且能疏肝降逆;瓜蒌宽胸,利气,散结;苏梗、厚朴降肺胃之气;白术健脾益胃,运脾以升清,具治本之意。诸药合用具有疏肝利胆、健脾和胃之功,从而达到胃气通降、肝气舒畅、气机升降出入有序的目的。现代药理研究证明,疏肝理气和胃之品能抑制胃酸分泌,降低胃蛋白酶活性,减少胃黏膜损伤;同时可降低胃肠平滑肌紧张,促进胃肠蠕动,有解痉止痛和消除胃肠胀气作用^[5]。而左金丸具有抑制胃液分泌、降低胃酸流量等作用^[6]。配合奥美拉唑抑制胃酸分泌,吗丁啉增强胃动力,将辨病与辨证相结合,整体与局部兼治,能有效地消除患者的临床症状,调整