

# 中西医结合治疗反流性食管炎 60 例临床观察

龚双秋

(江西省樟树市洋湖乡卫生院 樟树 331200)

关键词:反流性食管炎;中西医结合疗法;吗叮啉;奥美拉唑;半夏泻心汤

中图分类号:R 571

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.036

反流性食管炎(RE)是消化系常见多发病,是由于胃和(或)十二指肠内容物反流入食管,引起食管黏膜的炎症。笔者于 2005 年 1 月~2010 年 1 月应用半夏泻心汤结合西医常规治疗 60 例,并与单用西医常规治疗 50 例作对照观察,收到较满意的效果。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 内镜诊断标准<sup>[1]</sup> 0 级:正常(可有组织学改变);I 级:食管黏膜呈点状或条状发红、糜烂,无融合现象;II 级:食管黏膜有条状发红、糜烂,并有融合,但非息肉状;III 级:病变广泛发红、糜烂、融合,呈息肉状或溃疡。

1.2 一般资料 110 例均为我院门诊及住院患者,随机分为治疗组 60 例和对照组 50 例。治疗组:男性 40 例,女性 20 例;年龄 20~69 岁,平均年龄 32.5 岁;病程 1 周~20 年,平均 11 个月;内镜诊断食管炎 I 级 30 例,II 级 20 例,III 级 10 例。对照组:男性 35 例,女性 15 例;发病年龄 21~68 岁,平均年龄 33.5 岁;病程 1 周~18 年,平均 12 个月;内镜诊断食管炎 I 级 28 例,II 级 16 例,III 级 6 例。两组病人在年龄、性别、病情程度方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.3 治疗方法 对照组:吗叮啉每次 10mg,每日 3 次,餐前服用;奥美拉唑每次 20mg,每日 2 次,早晚各服用 1 次,疗程 4 周。治疗组:在对照组治疗的基础上加用半夏泻心汤:半夏、黄芩、蒲公英、枳实各 10g,黄连、吴茱萸、苏叶、甘草各 6g,白芍 20g,党参、

生黄芪、白及各 15g,三七粉 3g。每日 1 剂,水煎,早晚分服,4 周后复查纤维内镜。

1.4 疗效标准 治愈:临床症状消失,纤维内镜下糜烂、溃疡、红斑消失,黏膜正常或疤痕形成。好转:临床症状明显减轻,纤维内镜下黏膜损伤范围缩小 50%以上,糜烂面及溃疡表面干净。无效:临床症状无改善,纤维内镜下病损食道黏膜无明显改变。

1.5 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

1.6 结果 治疗组治愈 21 例,占 35.00%,好转 35 例,占 58.33%,无效 4 例,占 6.67%,总有效率 93.33%。对照组治愈 12 例,占 24.00%,好转 22 例,占 44.00%,无效 16 例,占 32.00%,总有效率 68.00%。治疗组总有效率明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。

## 2 讨论

反流性食管炎属中医学“胃脘痛、嘈杂、呃逆”等范畴。本病主要由于食管下端括约肌抗反流功能失调,胃或十二指肠内容物逆流食管而引起食管黏膜损伤,继而出现一系列临床症状和消化性炎症表现。临床表现为上腹部或胸骨后烧灼感或疼痛,常发生于餐后平卧或腹内压增加时,直立或服制酸剂可缓解,重症患者可出现间歇性甚至持续性吞咽困难和呕吐。近年来发病率有增高趋势,西医内科以抗酸、促胃动力、保护黏膜为主。中医学认为本病病位在食管、脾胃,脾胃弱虚、胃失和降、胃气上逆是基本病机,情志不畅、肝气犯胃是其发病的关键<sup>[2]</sup>。半夏泻心汤为调理肝脾之要方,方中半夏、黄芩、黄

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

## 2 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种慢性非特异性炎症,多由呼吸道反复感染等原因引起支气管充血水肿、平滑肌痉挛等病理改变,病情反复加重,逐渐发展为肺气肿、肺心病。COPD 急性期多属中医的“喘证”和“饮证”。麻黄附子细辛汤是东汉医家张仲景在《伤寒论》中创立的名方,由麻黄、附子、细辛组成,具有温经散寒、平喘止咳的功效。肾为水脏,为安身立命之主,故肾水潜有真阳,肾火能生真阴,阴阳相

济,水火互根。肾与肺为子母之脏,一主水,一主气,金水相生,水天一气,水气通调,百脉和畅,则为无病。本文应用麻黄附子细辛汤结合基础治疗观察其对 COPD 患者临床症状的影响,结果发现,治疗后患者主要症状(咳嗽、咯痰、气短)较治疗前有显著改善,在 COPD 的治疗中具有一定的价值。

### 参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):453-460

(收稿日期:2010-06-04)

# 慢性胃炎与幽门螺杆菌感染的关系

罗春英 吴笛 杜斌

(江西省南昌市急救中心 南昌 330006)

关键词:慢性胃炎;幽门螺杆菌;关系

中图分类号:R 573.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.037

慢性胃炎是一种多发病、常见病。众所周知,大多数慢性胃炎的主要病因是幽门螺杆菌(HP)感染。本文通过对我院 2002~2009 年 392 例行胃镜检查的患者资料进行分析,观察慢性胃炎与幽门螺杆菌感染关系。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 研究对象 随机收集资料较完整病例 392 例,男 290 例,女 102 例;年龄 20~72 岁,平均年龄 45 岁。主要症状均具有上腹不适、腹胀、暖气、反酸、恶心、食欲不振等消化道症状,经胃镜和病理活检证实为慢性胃炎,部分伴糜烂、胆汁反流、增生、肠化等明显异常。

1.2 方法 常规进行胃镜检查并取活检组织,在做胃镜时用快速尿素酶法做幽门螺杆菌检测。

1.3 结果 幽门螺杆菌感染检出率为 54.6%,其中萎缩性胃炎 70.9%,浅表性胃炎 54.4%,胆汁反流性胃炎 31.6%。见表 1。

表 1 胃镜及 HP 检测结果 例

	n	HP 阳性例数	检出率(%)
浅表性胃炎	206	112	54.4
萎缩性胃炎	110	78	70.9
胆汁反流性胃炎	76	24	31.6
总计	392	214	54.6

## 2 讨论

慢性胃炎是胃黏膜的慢性炎症性病变,目前认为,幽门螺杆菌感染是慢性胃炎的主要原因。本组幽门螺杆菌检出率表明幽门螺杆菌感染是慢性胃炎的重要原因。研究表明,幽门螺杆菌感染与黏膜活动性炎症关系密切,幽门螺杆菌的清除有利于减轻胃黏膜的炎症<sup>[1]</sup>。幽门螺杆菌在胃黏膜上皮细胞表面和胃黏液底层定植,损害胃黏膜屏障,使胃黏

膜细胞变性、坏死,炎细胞浸润:浅表性胃炎的炎性细胞浸润于局限表层,腺体完整无损;萎缩性胃炎腺体破坏、萎缩、消失,黏膜变薄,易发生糜烂、出血;胃小凹处上皮可发生增生、发育异常,发展为不典型增生。2003 年在安徽桐城召开的第 2 次全国 HP 处理共识会议形成的共识意见(简称“桐城共识”)将“明显异常的慢性胃炎”作为根除 HP 的指征<sup>[2]</sup>。明显异常指有胃黏膜糜烂、中一重度萎缩、中一重度肠化生或轻一中度异型增生,此外有胃癌家族史、常规治疗疗效差、伴有十二指肠炎慢性胃炎也作为根除指征。目前根除 HP 的方案甚多,首选含质子泵抑制剂和两种抗生素的短程三联疗法,如无效采取加用铋剂的四联疗法,仍可取得较好的根除效果。HP 阳性慢性胃炎根除 HP 治疗可在下列方面使患者获益:(1)改善消化不良症状。最近的研究分析表明,根除 HP 治疗的消化不良症状消失率比安慰剂约高 9%<sup>[3-5]</sup>。此 9% 仅指消失率,如加上显效率、有效率,则总有效率差异会更大(因为症状消失作为观察终点较可靠,因此仅用消失率)。如要获得长期的症状改善,其他治疗方案常需长期治疗,而根除 HP 则是短期治疗(1~2 周)。(2)改善胃黏膜组织学,消除胃黏膜活动性炎症(消除嗜中性白细胞浸润),减轻慢性炎症(减少淋巴细胞浸润),并在很大程度上防止胃黏膜萎缩和肠化发生或发展,但是否可逆转萎缩和肠化尚有争议。(3)预防消化性溃疡<sup>[6]</sup>。15%~20% 的 HP 感染者可发生消化性溃疡,根除 HP 消除了消化性溃疡的主要病因,对降低消化性溃疡发病率有很大意义。(4)降低胃癌发生率。因为根除 HP 可在很大程度上防止胃黏膜萎缩和肠化发生或发展,

连、吴茱萸、苏叶、党参辛开苦降,和胃降逆,可改善胃肠蠕动功能,调节贲门括约肌,抑制胃酸过度分泌;白芍、甘草缓急止痛,可调节迷走神经张力,解除胃肠痉挛;三七、蒲公英、生黄芪活血解毒,可促进损伤黏膜的修复,减少理化刺激,保护受损的黏膜,且可协调胃肠蠕动,防止胃十二指肠内容物反流食管。再配合吗叮啉、奥美拉唑提高食道黏膜反流屏障功能,抑制胃食管反流,使受损之食管黏膜

得以修复和愈合。本研究结果显示,在西医治疗的基础上加用半夏泻心汤治疗反流性食管炎疗效好,不良反应小,值得临床推广使用。

### 参考文献

[1]中华消化内镜学会.反流性食管病诊断及治理方案[J].中华消化内镜杂志,1999,16(6):326  
 [2]潘义斌.中西医结合治疗反流性食管炎的临床研究[J].光明中医,2004,19(6):36-37

(收稿日期:2010-05-11)