

柴胡疏肝散联合奥美拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病的疗效观察

梁建芬

(江苏省宜兴市十里牌医院 宜兴 214207)

摘要:目的:观察柴胡疏肝散治疗非糜烂性胃食管反流病的疗效及对生活质量的影响。方法:将 2009 年 5 月~2010 年 5 月我院门诊及住院的 90 例病人随机分为两组,对照组口服奥美拉唑 20 mg,每日 1 次,早餐前 30 min 口服,共 8 周;治疗组同时加用柴胡疏肝散口服 8 周。结果:对照组有效率为 66.7%,治疗组有效率为 86.7%,两组比较, $P < 0.05$ 。在改善生存质量上,两组比较, $P < 0.05$ 。结论:治疗组无论是症状、还是生存质量的改善均优于对照组,本研究为非糜烂性胃食管反流病的治疗提供了新的思路。

关键词:柴胡疏肝散;非糜烂性胃食管反流病;生存质量;奥美拉唑

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.013

非糜烂性胃食管反流病 (nonerosive reflux disease,NERD) 又称内镜阴性反流病或症状性胃食管反流病,治疗目前首选 PPI,但临床应用对有效缓解症状和改善生活质量不理想,且停药后极易反

复,容易合并抑郁、焦虑状态,导致病人反复求医,影响患者的生活质量。2009 年 5 月~2010 年 5 月期间,我院应用 PPI 联合柴胡疏肝散治疗胃食管反流病 45 例,取得了较好的疗效。现报道如下:

医师观察发现的药物不良反应。

1.4 疗效判定 (1)降压疗效判定标准参照 2004 年全国心血管会议修订的高血压疗效判定标准。(2)尿微量白蛋白治疗前后值比较。正常值:5~20 mg/L。

1.5 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件包统计分析,各组数据用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组血压的比较 血压下降总有效率:治疗组为 96.2%,对照组为 92.3%,两组之间无显著差异 ($P > 0.05$)。见表 1。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	26	20	5	1	96.2
对照组	26	19	5	2	92.3

2.2 两组尿微量白蛋白变化的比较 见表 2。

组别	n	治疗前	治疗后	有效率(%)
治疗组	26	55.1±29.8*	14.4±7.8*	84.6
对照组	26	54.3±29.7*	19.2±10.9*	61.5

注:组间比较,* $P > 0.05$,* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 血常规、尿常规、肝功能、肾功能治疗后均未发现异常变化。2 例患者在加用拉西地平后第 1 周出现轻微头痛,并随治疗时间的推移而有所缓解或症状消失,继续服药。中药治疗过程中无明显不良反应。

3 讨论

高血压可以累及肾脏,肾脏损害反过来加重高血压。近年来随着检测手段的进步,原发性高血压有肾脏损害的证据明显增加。高血压患者治疗前,当血尿素氮和血肌酐尚在正常范围时,部分患者的

尿微量白蛋白含量已增加。因此,检测患者尿微量白蛋白可敏感地反映高血压引起肾脏早期或轻微病变,且已被认为是反映肾脏早期病理改变的一个标志^[4]。高血压早期肾损害中医无相应病名,但根据其临床表现应属“眩晕”、“尿浊”、“腰痛”等范畴。高血压性肾损害是一个长期、持续进行的缓慢发展过程,中医认为“久病必瘀”。高血压、高血压性肾损害均存在不同程度的微循环障碍,其全血黏度、血浆黏度、血小板聚集性增高,亦为高血压性肾损害存在血瘀证提供理论依据^[5]。“气能行血”,血属阴而主静,血不能自行,有赖于气的推动,气虚则推动无力,气滞则血行不利。血行迟缓而形成血瘀,甚则阻滞于脉络,结成瘀血。因此,中医治疗上采用益气活血的方法,方中丹参、益母草、毛冬青活血祛瘀,黄芪、黄精益气。研究表明,黄芪在去蛋白方面有一定的作用,黄精对改善肾功能的作用较好^[6]。血管紧张素 II 受体拮抗剂不仅能有效降低血压,还能减少尿微量白蛋白,对延缓甚至阻止肾功能损伤和恶化具有十分重要的作用。我们认为联用益气活血为主中药具有相互协同作用,临床疗效优于单独使用,且具有较好的安全性。

参考文献

[1]刘力生.高血压[M].北京:人民卫生出版社,2001.901
 [2]陈香关,李文歌.进一步重视高血压性肾损害的基础和临床研究[J].中华内科杂志,1999,38(3):149-150
 [3]毕研强.他索沙坦逆转高血压合并蛋白尿疗效分析[J].中国医药指南,2010,5(13):266-267
 [4]毛建华,潘宁,陈爱华.原发性高血压患者动态血压与微量白蛋白尿的关系[J].心血管康复医学杂志,2002,11(5):418
 [5]欧亚龙,彭素岚,徐应杼.高血压病与血瘀关系的实验观察[J].四川中医,1991,10(6):34-35

(收稿日期: 2011-07-28)

1 资料及方法

1.1 一般资料 选择住院及门诊 NERD 病人 90 例,随机分为治疗组及对照组。治疗组男 20 例,女 25 例,年龄 27~62 岁,平均 37.5 岁;对照组男 19 例,女 26 例,年龄 24~65 岁,平均 35.8 岁。经统计学分析,两组在年龄及性别构成上无差异。

1.2 纳入标准 (1)胃食管反流病(GERD)的临床典型症状 1 个月以上,如烧心、反酸、胸痛等;(2)RDQ 症状积分 ≥ 12 分;(3)胃镜检查无食管黏膜损害及 Barrett 食管表现;(4)2 周内未用过中西药;(5)生活质量与反流性食管炎相似;(6)年龄 18~65 岁;(7)同意参加本试验,并签署同意书。

1.3 排除标准 (1)胃镜检查有消化性溃疡或糜烂、胃癌者;(2)有严重的肝胆胰肠疾患者;(3)症状相关的心肺疾患者;(4)不愿参加本项研究者。

1.4 治疗方案 治疗组:柴胡疏肝散:柴胡 10 g、枳壳 12 g、白芍 15 g、川芎 12 g、香附 10 g、甘草 6 g、丹参 20 g、川楝子 10 g、荔枝核 15 g、龙骨 20 g、牡蛎 10 g。水煎分 3 次服,每日 1 剂,7 d 为 1 个疗程,共 8 周。同时口服奥美拉唑(国药准字 H10950086)20 mg,每日 1 次,早餐前 30 min 口服,共 8 周。对照组口服奥美拉唑 20 mg,每日 1 次,早餐前 30 min 口服,共 8 周。

1.5 疗效评价 GERD-HRQL 中症状评分标准:(1)按发作频率计分:按烧心感、胸骨后疼痛、反酸和反食 4 种症状统计,无症状为 0 分,症状出现频度分为 <1 d/周、1 d/周、2~3 d/周、4~5 d/周以及 6~7 d/周 5 个级别,分别记为 1、2、3、4、5 分。(2)按症状程度计分:统计上述 4 种症状,症状不明显,在医师提醒下发现为 1 分;症状明显,影响日常生活,偶尔服药为 3 分;症状非常明显,影响日常生活,需长期服药治疗为 5 分。症状介于 1 分和 3 分之间为 2 分,介于 3 分和 5 分之间为 4 分。(3)症状积分为发作频率计分和症状程度计分两者相加。痊愈:治疗后症状完全消失;显效:症状积分降低 $\geq 50\%$,但未完全消失;无效:症状积分降低 <50%。症状有效率=(痊愈+显效)/总例数 $\times 100\%$ 。生存质量评价:采用汉化版 SF-36 健康量表,包括 36 个条目,对生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(GH)、活力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH)8 个纬度进行评价,治疗前及治疗后 8 周进行评估,各个纬度记为 0(最差)~100(最好)分。

1.6 统计学方法 本研究采用随机对照研究,用随机数字法将 90 例 NERD 患者随机分为治疗组和对

照组。其中计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验。

2 结果

见表 1、表 2。治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前两组量表评分比较, $P > 0.05$,提示治疗组与对照组治疗前生存质量无差异。经过治疗后,两组治疗前后比较, P 均 < 0.01 ,提示两组治疗均可明显改善患者生存质量;但治疗后两组量表评分比较, $P < 0.05$,提示中西医结合治疗在改善生存质量上,优于单纯奥美拉唑治疗。

组别	n	两组疗效比较			总有效率(%)
		治愈	有效	无效	
对照组	45	20	10	15	66.7
治疗组	45	25	14	6	86.7

组别	治疗前		治疗后		t 值	P 值
	得分	标准差	得分	标准差		
对照组	490.55 \pm	125.58	580.23 \pm	118.23	3.50	0.00
治疗组	489.53 \pm	130.02	640.30 \pm	100.05	6.16	0.00
t 值	0.03		2.60		—	—
P 值	0.97		0.01		—	—

3 讨论

NERD 是消化科临床常见病,这类患者虽无食管黏膜的破损,但具有烧心、反酸等典型的胃食管反流病症状及声嘶、咳嗽、胸痛、腹胀等不典型的 GERD 症状和食管外表现,其临床症状的严重程度与反流性食管炎(reflux esophagitis,RE)相似,而对强力抑酸剂质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)的治疗反应差,病人的反复就诊及重复检查,造成对医疗资源的浪费,因此近年来日益受到重视。研究指出^[1],虽然 NERD 和 RE 内镜下表现不同,但都属于 GERD,他们在症状上相同:主要症状均为烧心、反酸,都影响患者的生活质量;症状的严重程度两者无明显差异,NERD 并不是轻症的 GERD;发病机制都相似,都是食管下括约肌功能障碍;而且经治疗症状缓解后容易复发。RE 对 PPI 治疗效果较 NERD 为好,一些 NERD 患者对 PPI 治疗效果不佳,有的 NERD 患者需要大剂量的 PPI(每日标准剂量的 2 倍)治疗 8~12 周后才有效,因此 NERD 的治疗比 RE 更困难。提高 NERD 患者的生活质量(quality of life, QOL)是治疗的主要目标之一,也可作为观察治疗效果的终点指标之一^[2]。NERD 的治疗目前还是首选 PPI,现代医学从加用促胃动力药物、黏膜保护剂、抗抑郁药物的使用等以期加强治疗的效果,但均不够理想。同时药物存在一定的不良反应和毒副作用。为改善生活质量,人们迫切需要找到一种有效低毒的治疗药物。近年来中医药防治消化道疾病,特别是功能性胃肠病取得了可喜的成绩,中医药从整体出发,心身同治,扶正固本,全面兼顾,且价格低廉,副作用小。如何用中医药来提

中药灌肠治疗重症顽固性腹胀的临床疗效观察

陶霞 高永河 李文青 毛丽华 骆骐 夏溪

(江苏省句容市中医院 句容 212400)

摘要:目的:探讨中药灌肠对重症顽固性腹胀的临床疗效。方法:将符合重症顽固性腹胀患者随机分组,对照组 20 例,按原发病治疗常规处理;治疗组 20 例,在对照组治疗的基础上加用中药灌肠。结果:症状改善总有效率治疗组为 100%,对照组为 75%,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。结论:中药灌肠治疗重症顽固性腹胀的临床疗效显著,值得推广。

关键词:腹胀;顽固性;中药灌肠

中图分类号:R 256.32

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.014

近年来中药灌肠疗法在急性胰腺炎、尿毒症、慢性肾功能不全、肝性脑病等危重病中有较多临床研究,均显示有较好疗效。中药灌肠疗法是将一定量的中药药液通过肛管,经直肠灌入结肠,保留一定时间治疗疾病的一种方法。中医认为大肠与肺相表里,大肠吸收药物后可通过经脉上输于肺,肺通过朝百脉的功能将药物输布于全身,从而达到治疗疾病的目的。灌肠疗法具有吸收快、起效速、生物利用度高、用药安全、方法简便、易为患者接受等优点。

危重患者腹胀原因有以下几种^[1]:(1)吸气压给的很高,气流外溢咽下所致。(2)平均气道压高,至下腔静脉回流受阻造成腹胀。(3)气囊漏气后咽下或者导致呼吸机压进的气体溢出流向消化道。(4)大量广谱抗生素应用导致肠道菌群失调。(5)插管后损伤致气管食管漏。(6)水电解质平衡紊乱:如低钾等。(7)疾病本身引起或病情恶化:如中毒性肠麻

痹、腹水、心衰。(8)通气不足,至缺氧及二氧化碳潴溜致肠麻痹。(9)大量长期使用镇静、肌松药物,使胃肠不蠕动。(10)大量腹水产生压迫。我科 2011 年 1~8 月,采用中药通腑清瘀剂高位保留灌肠治疗重症患者不明原因所致的腹胀 20 例,取得了满意效果。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我科 2011 年 1~8 月重症顽固性腹胀患者随机分为两组。治疗组 20 例,男 12 例,女 8 例;年龄 22~67 岁,平均 44.5 岁;发病时间 5~10 h,平均 7.5 h;其中 10 例慢支感染,4 例急性胰腺炎,4 例急性心肌梗死,2 例脑外伤。对照组 20 例,男 13 例,女 7 例;年龄 24~62 岁,平均 43 岁;发病时间 4.5~8.5 h,平均 6.5 h;其中 10 例慢支感染,6 例急性胰腺炎,2 例急性心肌梗死,2 例脑外伤。两组间性别、年龄分布、病情轻重、病程长短均无统计学差异($P > 0.05$)。

高 NERD 的治疗效果和改善生活质量,开发临床有确切疗效的药物,成了研究的热点。

NERD 属于多因素疾病,其复发率较高,随着症状的持续,患者极易伴发焦虑或抑郁状态,反过来又导致了症状的缠绵性。若单纯从中医内科学“胃脘痛”、“泛酸”、“嘈杂”、“胸痹”等范畴论治,往往又难以取效,治疗上需要多靶点切入。NERD 在中医学中虽无专著论述,但在许多医家论述中有所记载。张景岳《杂证谟》:“吐酸、吞酸等证,总由停积不化而然。而停积不化,又总由脾胃不健而然。”其观点与现代医学较为接近。脾主健运,胃主通降,脾胃失司,则水谷不化,聚而成痰,随胃气上逆则为泛酸、反食,郁而化热则见烧心,阻滞中焦气机则见胸痛。当代中医认为本病病因主要是由于饮食失调、寒邪犯胃、情志内伤、脾胃虚弱等,病位在胃,涉及肝脾肺,与肝的关系较为密切,病机的关键为胃气上逆^[2]。从中医论治杂病出发,采用柴胡疏肝散辨证与辨病相结合,体现了辨证施治的灵活性。柴胡疏

肝散源于《景岳全书·胁痛篇》,全方由柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草组成,方中以柴胡疏肝解郁为君药;以香附、川芎活血理气为臣药;以陈皮、枳壳导滞,芍药柔肝为伍;以甘草调药和中为使,配合丹参、龙骨、牡蛎、荔枝核等共建疏肝理气、和血止痛之功,对缓解与消除 NERD 的临床症状有一定疗效。本研究中,奥美拉唑联合柴胡疏肝散治疗 NERD,不论是在疗效上,还是在改善患者生存质量上,均优于单纯奥美拉唑。为治疗 NERD,特别是单纯 PPI 治疗效果不佳的患者提供了一种新的治疗思路,同时生存量表的使用可以客观地评价中药在本病中的价值,也为中药的临床科研提供一种思路。

参考文献

[1]徐肇敏.非糜烂性反流病[J].中华消化内镜杂志,2006,23(1):67-68
[2]刘美成,潘涛,茅卫涛.非糜烂性胃食管反流病的治疗效果和成本分析[J].西部医学,2006,8(1):40-42
[3]花海兵.药对组合法治疗非糜烂性胃食道反流病 40 例[J].中医杂志,2008,49(5):340

(收稿日期:2011-08-23)