

中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床效果分析

余新华

(江西省黎川县洵口中心卫生院 抚州 344600)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床效果。方法:将 2010 年 5 月~2013 年 5 月入住我院的 100 例胆汁反流性胃炎患者按照奇偶数字法随机均分为对照组与治疗组。对照组给予雷尼替丁胶囊及吗丁啉片治疗,治疗组在对照组基础上给予中药半夏泻心汤治疗。比较两组临床疗效、治疗前后胃镜下评分。结果:对照组治疗总有效率为 78.00%,治疗组为 96.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗前后胃镜下评分分别为 (2.43 ± 0.55) 分、 (1.76 ± 0.34) 分,治疗组治疗前后胃镜下评分分别为 (2.39 ± 0.52) 分、 (1.11 ± 0.21) 分,两组治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$),且治疗组治疗后评分显著小于对照组治疗后($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗胆汁反流性胃炎有较好的临床效果,值得临床推广应用。

关键词:胆汁反流性胃炎;中西医结合疗法;临床效果

中图分类号:R573.3 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.015

胆汁反流性胃炎属于慢性胃炎中的特殊类型,是由于胆汁反流而引起的胃部疾病之一^[1]。在各种因素的影响下使幽门括约肌闭合不完全,导致胰液、肠液以及碱性胆汁等液体反流入胃,直接刺激胃黏膜,使黏膜发生水肿及充血,从而引发反流性胃炎。本研究主要探讨中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2010 年 5 月~2013 年 5 月入住我院的 100 例胆汁反流性胃炎患者作为研究对象,均符合《慢性胃炎中西医结合诊疗标准》,经医院伦理委员会批准且经患者知情同意入组。其中男 65 例,女 35 例;年龄 18~69 岁,平均 (43.30 ± 5.68) 岁;病程 5 个月~10 年,平均 (3.99 ± 0.12) 年。将患者按照奇偶数字法随机均分为对照组与治疗组各 50 例。两组患者的性别、年龄、病程等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均清淡饮食,忌食油腻及辛辣等食物。对照组服药雷尼替丁胶囊(国药准字 H20045137 号),150 mg/次,每天早晚餐前服用;同时服用吗丁啉片(国药准字 H20031268 号),10 mg/次,每天早中晚三餐前服用,疗程为 2 周。治疗组在对照组基础上给予半夏泻心汤进行治疗,组方:半夏 10 g、黄芩 10 g、干姜 10 g、党参 10 g、旋复花 10 g、厚朴 10 g、黄芩 10 g、蒲公英 10 g、代赭石 10 g、甘草 10 g 及大枣 10 包。将药粉以开水冲服,分 2 次早晚餐前服用,疗程为 2 周。

1.3 疗效判定标准 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》关于胆汁反流性胃炎的临床疗效判定标准:痊愈:临床症状完全消失,饮食恢复至正常水平,胃镜检查未出现胆汁反流,胃黏膜组织炎症发生改变恢复至正常水平;显效:临床症状基本消失,饮食基本正常,胃镜检查未见胆汁反流,胃黏膜组织炎症基本恢复至正常水平;有效:临床症状有所缓解,食欲明显改善,胃镜检查胆汁反流明显缓解;无效:临床症状未发生显著改善,胃黏膜炎症加重或恶化。

1.4 镜下诊断评分标准 按照患者胆汁反流程度主要分为四个级别,依次计分。0 级:计为 0 分,黏液湖清亮、透明且未染黄;1 级:计为 1 分,黏液湖清亮、淡黄色;2 级:计为 2 分,黏液湖黄色,但不黏稠;3 级:计为 3 分,黏液湖黄色或者黄绿色,黏液黏稠。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{X}\pm S)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比分析 对照组治疗总有效率为 78.00%,治疗组为 96.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

夏、黄连、干姜、党参、旋复花、厚朴、黄芩、蒲公英、代赭石、甘草及大枣各 1 包。将药粉以开水冲服,分 2 次早晚餐前服用,疗程为 2 周。

根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》关于胆汁反流性胃炎的临床疗效判定标准:痊愈:临床症状完全消失,饮食恢复至正常水平,胃镜检查未出现胆汁反流,胃黏膜组织炎症发生改变恢复至正常水平;显效:临床症状基本消失,饮食基本正常,胃镜检查未见胆汁反流,胃黏膜组织炎症基本恢复至正常水平;有效:临床症状有所缓解,食欲明显改善,胃镜检查胆汁反流明显缓解;无效:临床症状未发生显著改善,胃黏膜炎症加重或恶化。

按照患者胆汁反流程度主要分为四个级别,依次计分。0 级:计为 0 分,黏液湖清亮、透明且未染黄;1 级:计为 1 分,黏液湖清亮、淡黄色;2 级:计为 2 分,黏液湖黄色,但不黏稠;3 级:计为 3 分,黏液湖黄色或者黄绿色,黏液黏稠。

采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{X}\pm S)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比分析 对照组治疗总有效率为 78.00%,治疗组为 96.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

参考文献

[1]彭兴国,许耿瑞,何晴,等.左氧氟沙星三联疗法与阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效比较[J].当代医学,2012,18(21):83-84

[2]张连舫,泮托拉唑、克拉霉素、左氧氟沙星三联疗法治疗消化性溃疡临床疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2010,9(21):1 619-1 620

[3]王春艳.含左氧氟沙星三联疗法治疗幽门螺杆菌感染相关性消化性溃疡的临床观察[J].中国医药科学,2012,2(20):210-211

[4]杨爱萍,李正安,蒙启飞,等.左氧氟沙星三联疗法根除幽门螺杆菌的临床观察[J].海南医学,2012,23(4):21-22

[5]李艳青,曲尼卓嘎,韩冰,等.左氧氟沙星、雷贝拉唑、阿莫西林三联疗法根除 H.pylori 疗效观察[J].河北医药,2011,33(2):221-222

(收稿日期:2013-08-05)

奥美拉唑治疗老年急性非静脉曲张性上消化道出血疗效观察

强华琼

(湖北省直机关医院 武汉 430071)

摘要:目的:探讨奥美拉唑在老年急性非静脉曲张性上消化道出血中的临床应用效果。方法:选取 2012 年 8 月~2013 年 8 月我院收治的 90 例老年急性非静脉曲张性上消化道出血患者,随机分为研究组和对照组各 45 例。两组患者均采用一般对症支持治疗,研究组在对症治疗的基础上加用奥美拉唑;对照组在对症治疗的基础上加用法莫替丁,分析比较两组患者的临床治疗情况和临床指标改善情况。结果:研究组患者显效率和总有效率均高于对照组,两组间差别具有统计学意义($P<0.05$);研究组患者止血时间、住院时间及医疗费用均低于对照组,两组间差别具有统计学意义($P<0.05$)。结论:奥美拉唑治疗老年急性非静脉曲张性上消化道出血疗效显著,值得临床推广应用。

关键词:奥美拉唑;老年;上消化道出血

中图分类号:R 573.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.016

急性非静脉曲张性上消化道出血为临床上常见病症^[1],而老年急性非静脉曲张性上消化道出血患者作为特殊体质的人群,由于各脏器应激能力下降,以及常合并其它基础性疾病,导致病死率急剧升高^[2]。笔者为积极筛选治疗老年急性非静脉曲张性上消化道出血的有效药物,从根本上改进和提升老年急性非静脉曲张性上消化道出血的临床治疗技术水平,本研究特选取 2012 年 8 月~2013 年 8 月我院收治的老年急性非静脉曲张性上消化道出血患者,对其临床药物治疗效果进行分析。现报告

率为 78.0%,治疗组为 96.0%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	14(28.0)	15(30.0)	10(20.0)	11(22.0)	39(78.0)
治疗组	50	18(36.0)	19(38.0)	11(22.0)	2(4.0)	48(96.0)

2.2 两组胃镜下评分情况对比分析 对照组治疗前后胃镜下评分分别为 (2.43± 0.55) 分、(1.76± 0.34) 分,治疗组治疗前后胃镜下评分分别为 (2.39± 0.52) 分、(1.11± 0.21) 分,两组治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$),且治疗组治疗后评分显著小于对照组治疗后($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组胃镜下评分情况比较 ($\bar{X}\pm S$) 分			
组别	n	治疗前	治疗后
对照组	50	2.43± 0.55	1.76± 0.34
治疗组	50	2.39± 0.52	1.11± 0.21
t 值		0.014	3.024
P 值		>0.05	<0.05

3 讨论

反流性食管炎属于临床常见病与多发病,其主要病理学机制是含有胆酸、肠液以及胰液的十二指肠内容物反流入胃,并在胃中长期滞留,从而导致胃黏膜黏液层受损, H^+ 反弥散,导致黏膜出现水肿充血,黏膜细胞线粒体功能障碍,细胞坏死而产生炎症等。西医治疗主要为改善胃、十二指肠的运动功能,保护胃黏膜与吸附胆盐。然而,在对其进行治疗时存在多方面的局限性,无法从根本上解决反流。此外,思密达、莫沙必利等药物的价格较高,且在较多医院药源不足,难以进行推广和应用。

胆汁反流性胃炎属中医学“呕吐、胃脘痛”等范畴^[2]。根据国内相关报道以及笔者临床实践观察,认为胆汁反流性食管炎发病机制多属肝胃不和、寒热错杂以及胃失和降,因此在实际治疗过程中宜采取平调寒热、行气止痛以及和胃降气等疗法。据此,本研究主要选择半夏泻心汤治疗,该药方辛开苦降并用,功可平调寒热,散结消痞。《金匱要略》中有载“呕而肠鸣,心下痞,半夏泻心汤主之。”现代药理学理论研究表明,该药可用于治疗虚实寒热错杂之脾胃病症状。该方以辛开之半夏、干姜,苦降之黄连与黄芩,配以甘补之党参、大枣以及甘草等,共奏平调寒热、调和脾胃之功效,方中加用旋复花、厚朴、代赭石以加强降气和胃,蒲公英以清泻胃热。诸药合用,共奏平调寒热、降胃气之功^[3]。与此同时,配合使用吗丁啉,该药不仅具有良好的协调胃以及十二指肠运动、促进胃排空等效果,且价格便宜,不良反应发生率低。本研究结果显示:治疗组临床疗效显著优于对照组($P<0.05$);两组治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$),且两组治疗后胃镜下评分差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床效果显著,值得临床推广应用。

胆汁反流性胃炎属中医学“呕吐、胃脘痛”等范畴^[2]。根据国内相关报道以及笔者临床实践观察,认为胆汁反流性食管炎发病机制多属肝胃不和、寒热错杂以及胃失和降,因此在实际治疗过程中宜采取平调寒热、行气止痛以及和胃降气等疗法。据此,本研究主要选择半夏泻心汤治疗,该药方辛开苦降并用,功可平调寒热,散结消痞。《金匱要略》中有载“呕而肠鸣,心下痞,半夏泻心汤主之。”现代药理学理论研究表明,该药可用于治疗虚实寒热错杂之脾胃病症状。该方以辛开之半夏、干姜,苦降之黄连与黄芩,配以甘补之党参、大枣以及甘草等,共奏平调寒热、调和脾胃之功效,方中加用旋复花、厚朴、代赭石以加强降气和胃,蒲公英以清泻胃热。诸药合用,共奏平调寒热、降胃气之功^[3]。与此同时,配合使用吗丁啉,该药不仅具有良好的协调胃以及十二指肠运动、促进胃排空等效果,且价格便宜,不良反应发生率低。本研究结果显示:治疗组临床疗效显著优于对照组($P<0.05$);两组治疗前后胃镜下评分差异均具有统计学意义($P<0.05$),且两组治疗后胃镜下评分差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]汤红志,周永安,周翠萍.中西医结合治疗胆汁反流性胃炎 58 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):25-26
[2]刘艳.黛力新治疗胆汁反流性胃炎并焦虑抑郁的疗效观察[J].胃肠病学和肝病学杂志,2011,20(12):1 107-1 109
[3]王斌.中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J].中医临床研究,2011,3(10):102-103

(收稿日期: 2013-08-27)