

中西医结合治疗肝胃郁热型胃食管反流病 45 例临床观察

傅岳平

龙游县中医医院消化内科, 浙江 龙游 324400

[摘要] 目的: 观察和胃顺气汤联合奥美拉唑镁肠溶片和盐酸伊托必利片治疗肝胃郁热型胃食管反流病 (GERD) 的疗效。方法: 将 90 例肝胃郁热型 GERD 患者采用随机数字表法分为对照组和联合治疗组各 45 例。对照组予奥美拉唑镁肠溶片、盐酸伊托必利片治疗。联合治疗组在对照组的基础上加服和胃顺气汤。2 组疗程均为 8 周。治疗前后评定反流性疾病问卷 (RDQ) 量表评分、肝胃郁热证评分和进行食管黏膜内镜检测, 对有效患者进行 6 月的随访, 计算复发率及复发时食管黏膜内镜评分。结果: 经 Ridit 分析, 联合治疗组内镜下炎症疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 联合治疗组 RDQ 量表各维度评分及总分均低于对照组 ($P < 0.01$), 肝胃郁热证评分和食管黏膜内镜评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。复发率联合治疗组为 25.58%, 对照组为 68.42%, 联合治疗组复发率低于对照组 ($P < 0.01$); 复发时, 联合治疗组食管黏膜内镜评分低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 和胃顺气汤联合质子泵抑制剂、促胃动力药治疗肝胃郁热型 GERD 患者, 近期能控制临床症状, 远期能降低复发率, 值得临床使用。

[关键词] 胃食管反流病 (GERD); 肝胃郁热证; 和胃顺气汤; 中西医结合疗法

[中图分类号] R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0076-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.037

胃食管反流病(GERD)包括 3 种临床亚型, 即非糜烂性反流病(NERD)、反流性食管炎(EE)和巴雷特食管(BE), 临床上以反酸、烧灼、胸骨后灼痛为主要表现, 该病病情反复发作, 严重影响患者的饮食、睡眠及工作^[1]。现代医学主要采用抑酸药物和促动力药物治疗, 其疗效有限, 且停药后复发率高达 70%~80%^[2]。GERD 属于中医学食管瘿等范畴, 近年来的研究显示, 中医药除直接抑酸及促胃动力改善反流症状外, 还在一定程度上调节患者体质, 达到阴阳调和, 起到减少复发的作用^[3]。在本研究, 笔者观察了自拟经验方和胃顺气汤配合西医常规治疗 GERD 的近期疗效与对复发的影响。报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共纳入 2012 年 7 月—2013 年 12 月本院消化内科治疗的 90 例 GERD 患者, 采用随机数字表法分为对照组和联合治疗组各 45 例。对照组男 27 例, 女 18 例; 年龄 24~61 岁, 平均(42.5±10.9)岁; NERD 17 例, EE 18 例, BE 10 例; 平均病程(22.7±13.5)月。联合治疗组男 25 例, 女 20 例; 年龄 36~62 岁, 平均(41.8±10.5)岁; NERD 19 例, EE 17 例, BE 9 例; 平均病程(23.1±12.5)月。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国胃食管反流病共识意见(2006 年)》^[4] 中的诊断标准。

1.3 中医辨证标准 参照《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)》^[5] 制定肝胃郁热证辨证标准。

1.4 纳入标准 ①符合 GERD 西医诊断标准; ②符合中医肝胃郁热证辨证标准; ③年龄 18~65 岁; ④取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①有消化性溃疡、上消化道手术史、消化系统肿瘤、卓艾综合征等其他消化系统疾病病史者; ②合并严重并发症(胃肠穿孔、急性上消化道大出血、急性支气管哮喘)者; ③其他原因引起的食管病变; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤合并严重心、肝、肾、血液系统等严重疾病者和精神障碍疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司), 每次 20 mg, 早、晚各口服 1 次; 盐酸伊托必利片(丽珠集团丽珠制药厂), 每次 50 mg, 每天 3 次。疗程为 8 周。

2.2 联合治疗组 西药使用同对照组, 并加用和胃顺气汤, 基本药物组成: 柴胡(醋炙)、旋复花、枇杷叶、桔梗、枳壳、法半夏、郁金、当归、吴茱萸各 10 g, 海螵蛸 30 g, 代赭石 20 g, 白芍 15 g, 黄连 3 g, 炙甘草 6 g。加减变化: 便秘者加虎杖 15 g, 生大黄 10 g; 暖气频繁者加白豆蔻、佛手各 10 g; 反酸甚者加煅瓦楞子 15 g。每天 1 剂, 常规水煎分 2 次服用。疗程为 8 周。

[收稿日期] 2014-10-18

[作者简介] 傅岳平 (1962-), 男, 副主任医师, 研究方向: 消化内科, 消化内镜。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用反流性疾病问卷(RDQ)量表即耐信量表^[4],对烧心、反流、非心源性胸痛、反酸等症状的程度及频率进行评分。②进行食管黏膜内镜检查,参照洛杉矶分类标准^[4]。③肝胃郁热证评分^[5],按无、轻、中、重分为4级,主症分别记录0、2、4、6分,次症分别记录0、1、2、3分。以上指标于治疗前后各进行1次评价。④复发情况,对有效患者进行6月的随访,症状加重时行食管黏膜内镜检查,若较治疗后上升1个等级视为复发。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件统计分析数据。计量资料以(x±s)表示,采用t检验;计数资料采用χ²检验;等级资料采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[4] 痊愈:内镜下食管黏膜正常。显效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为2分。有效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为1分。无效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为0分或为负值。

4.2 2组胃镜下炎症疗效比较 见表1。经Ridit分析,联合治疗组胃镜下炎症疗效优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。

表1 2组胃镜下炎症疗效比较 例

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 |
|-------|----|----|----|----|----|
| 对照组 | 45 | 15 | 13 | 10 | 7 |
| 联合治疗组 | 45 | 21 | 16 | 6 | 2 |

4.3 2组治疗前后RDQ量表评分比较 见表2。治疗后,2组RDQ量表反酸、反流、烧心、非心源性胸痛评分及总分均较治疗前下降(P<0.01),联合治疗组各维度评分及总分均低于对照组(P<0.01)。

表2 2组治疗前后RDQ量表评分比较(x±s, n=45) 分

| 组别 | 时间 | 反酸 | 反流 | 烧心 | 非心源性胸痛 | 总分 |
|-------|-----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 8.51±2.62 | 5.25±1.28 | 8.93±2.81 | 6.77±1.86 | 27.78±4.59 |
| | 治疗后 | 2.82±1.14 ^① | 1.87±0.75 ^② | 2.71±1.03 ^③ | 2.03±0.91 ^④ | 8.36±2.04 ^⑤ |
| 联合治疗组 | 治疗前 | 8.63±2.71 | 5.20±1.17 | 9.15±3.04 | 6.82±1.79 | 28.15±5.05 |
| | 治疗后 | 1.17±0.69 ^⑥ | 0.78±0.59 ^⑦ | 1.05±0.85 ^⑧ | 0.75±0.60 ^⑨ | 3.57±1.42 ^⑩ |

与治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,②P<

0.01

4.4 2组治疗前后肝胃郁热证评分和食管黏膜内镜评分比较 见表3。治疗后,2组肝胃郁热证评分和食管黏膜内镜评分均较治疗前下降(P<0.01);联合治疗组肝胃郁热证评分和食管黏膜内镜评分均低于对照组(P<0.01)。

4.5 2组复发情况及复发时食管黏膜内镜评分比较 见表4。在6月随访期间,联合治疗组复发率为25.58%,对照组为68.42%,联合治疗组复发率低于对照组(P<0.01);复发时,

联合治疗组食管黏膜内镜评分低于对照组(P<0.01)。

表3 2组治疗前后肝胃郁热证评分和食管黏膜内镜评分比较(x±s) 分

| 组别 | n | 时间 | 肝胃郁热证 | 食管黏膜内镜 |
|-------|----|-----|------------------------|------------------------|
| 对照组 | 45 | 治疗前 | 22.74±5.83 | 2.87±0.65 |
| | | 治疗后 | 9.16±3.02 ^① | 0.91±0.32 ^① |
| 联合治疗组 | 45 | 治疗前 | 23.05±6.14 | 2.94±0.68 |
| | | 治疗后 | 4.15±2.43 ^② | 0.47±0.28 ^② |

与治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,②P<0.01

表4 2组复发情况及复发时食管黏膜内镜评分比较

| 组别 | n | 复发(例) | 复发率(%) | 食管黏膜内镜评分(分) |
|-------|----|-------|--------------------|------------------------|
| 对照组 | 38 | 26 | 68.42 | 1.75±0.53 |
| 联合治疗组 | 43 | 11 | 25.58 ^① | 1.16±0.43 ^① |

与对照组比较,①P<0.01

5 讨论

GERD是上胃肠道动力障碍性疾病,神经系统调控功能失常参与其发病^[6]。现代医学主要采用强效抑酸药物质子泵抑制剂(PPI)抑酸治疗,辅以胃黏膜保护剂及促胃动力药物。PPI初始治疗GERD效果显著,是治疗GERD的首选药物。GERD呈反复发作特点,随着PPI使用频率的增加,其疗效逐渐下降,即使每天使用2次,仍有高达54%的GERD患者没有完全控制症状^[7]。

GERD属于中医学食管瘴、吐酸、嘈杂等病证范畴。其病因多与外感寒邪,过食生冷、辛辣,烟酒过度,以及情志不畅等有关,导致脾胃损伤、胃失和降、气机升降功能失调,形成痰、湿、热、瘀等病理产物^[8]。其病位在食管和胃,与肝、胆、脾、肺关系密切,其基本病机概括为肝胆失于疏泄,胃失和降,胃气上逆^[4]。本组和胃顺气汤中以柴胡、白芍、枳壳、郁金疏解肝郁,调畅气机;旋复花、代赭石降逆、消痰;枇杷叶、桔梗化痰止咳;吴茱萸、黄连疏肝、和胃、止痛;海螵蛸制酸止痛,活血化瘀;法半夏降逆化痰;当归活血止痛;甘草缓急止痛,调和诸药。全方共奏疏肝泄热、和胃降逆之功。

本研究结果显示,治疗后,联合治疗组反酸、反流、烧心、非心源性胸痛症状评分均低于对照组,肝胃郁热证评分也低于对照组,提示了和胃顺气汤联合PPI、促胃动力药的疗法更能减轻GERD患者的临床症状;联合治疗组胃镜下炎症疗效优于对照组,食管黏膜内镜评分低于对照组,提示了联合疗法的近期疗效优于单纯西药治疗。联合治疗组复发率低于对照组且,复发时食管黏膜内镜评分低于对照组,提示了和胃顺气汤对食管黏膜修复的效果更好,作用更持久,远期疗效优于单纯西药治疗。

综上,和胃顺气汤联合PPI、促胃动力药治疗GERD的近期和远期疗效均优于单纯西药治疗,值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 林三仁, 许国铭, 胡品津, 等. 中国胃食管反流病共识意见(2006 年)[J]. 胃肠病学, 2007, 12(4): 233- 239.
- [2] 刘汶, 王仲霞, 韩俚俚, 等. 中西医结合治疗胃食管反流病(下)胃食管反流病中医证候流行病学研究[J]. 北京中医药, 2008, 27(4): 243- 246.
- [3] 赵迎盼, 唐旭东, 李振华, 等. 我国中西医结合治疗胃食管反流病临床观察的文献分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(9): 860- 864.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844- 849.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124- 131.
- [6] 涂蕾, 侯晓华. 胃食管反流病的病因和发病机制[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(1): 37- 41.
- [7] Chey WD, Mody RR, Izat E. Patient and physician satisfaction with proton pump inhibitors (PPIs): are there opportunities for improvement? [J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(12): 3415- 3419.
- [8] 朱日. 胃食管反流病的中医辨治[J]. 中医杂志, 2008, 49(2): 189.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

益血生胶囊联合蔗糖铁注射液治疗 气血两虚型缺铁性贫血疗效观察

郑小清, 李丽

浙江省人民医院, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的: 观察益血生胶囊联合蔗糖铁注射液治疗气血两虚型缺铁性贫血的临床疗效。方法: 将 95 例缺铁性贫血患者随机分为对照组和观察组, 对照组 47 例给予蔗糖铁注射液滴注治疗, 观察组 48 例在对照组治疗基础上加用益血生胶囊。2 组分别于治疗开始前、治疗 3 月后, 以及停止治疗后 6 月 (复查), 进行疗效判定, 并分别检测相关指标 [血红蛋白 (Hb)、红细胞计数 (RBC)、血清铁 (SI) 和血清铁蛋白 (SF)]。结果: 治疗 3 月后, 2 组患者临床症状均有明显改善, 观察组总有效率为 97.9%, 对照组总有效率为 85.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组各实验室检测指标与治疗前相比均有明显的改善, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组间各实验室指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。停止治疗后 6 月复查, 对照组总有效率有所降低, 观察组总有效率无变化, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。除对照组 SI 外, 其余各实验室指标与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组间各实验室指标比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 益血生胶囊联合蔗糖铁注射液治疗气血两虚型缺铁性贫血疗效确切, 不良反应少, 且停药后 6 月复查, 疗效仍然明显, 不易复发。

[关键词] 缺铁性贫血 (IDA); 气血两虚型; 益血生胶囊; 蔗糖铁注射液; 临床疗效

[中图分类号] R556.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0078-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.038

缺铁性贫血(IDA)是由于铁元素补充不足、吸收障碍或流失过多等原因造成人体内铁相对不足所致的一种营养缺乏性疾病^[1]。临床表现为面色苍白, 疲乏无力, 头晕耳鸣, 眼花, 记忆力减退, 恶心呕吐, 食欲减退, 腹胀、腹泻等, 严重者可出现心力衰竭等症状, 严重影响患者的生活质量。近年来,

我国在营养健康上做了很多工作, 但 IDA 的发生率依然很高^[2]。因此, 该病的治疗仍然是临床研究的热点。目前, 治疗 IDA 以口服铁制剂为主, 但胃肠道副作用较大, 患者难以坚持服药, 临床疗效并不显著。学者们也在不断研究新的治疗方法, 一方面, 减少患者的胃肠道反应, 提高患者的顺应性, 另

[收稿日期] 2014-10-18

[作者简介] 郑小清 (1982-), 女, 药师, 研究方向: 临床药学。