

中西医结合治疗胃食管反流病 45 例临床观察

杨振兵¹, 高慧²

1. 静宁县人民医院普内科, 甘肃 静宁 743400; 2. 江苏省中医院超声医学科, 江苏 南京 210029

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗胃食管反流病的临床疗效。方法: 将本院普内科收治的 90 例胃食管反流病患者随机分为对照组和观察组各 45 例, 对照组予单纯西药治疗(奥美拉唑肠溶胶囊加枸橼酸莫沙必利片); 观察组则在对照组治疗基础上予柴胡泻心汤口服, 并配合胃复安穴位注射进行治疗。总疗程均为 3 月。疗程前后均进行中医证候积分及 RDQ 量表积分评估, 行胃镜检查及 24 h 食管 pH 值监测, 随访患者治疗期间不良反应发生情况。结果: 2 组患者中医证候积分、RDQ 量表积分及 24 h 食管 pH 值监测 pH 值 < 4 的时间均较治疗前有下降, 且组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 观察组优于对照组; 观察组总有效率优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 中西医结合治疗胃食管反流病能有效改善患者临床症状, 减少胃酸分泌, 改善食管黏膜病变情况, 临床效果良好且不良反应少, 优于单纯西药治疗。

[关键词] 胃食管反流病; 中西医结合疗法; 奥美拉唑肠溶胶囊; 枸橼酸莫沙必利片; 柴胡泻心汤; 穴位注射

[中图分类号] R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0066-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.033

胃食管反流病(GERD)是指十二指肠和胃内容物反流入食管, 引起胸痛、嗝气及咽部不适症状和(或)其它并发症的一种疾病, 包括非糜烂性反流病(NERD)、糜烂性食管炎(EE)和 Barrett 食管(BE)3 种类型, 约 6% ~ 14% 的 GERD 可能会演变为 Barrett 食管, 其中 0.5% ~ 1% 又可能发展成食管腺癌, 严重影响患者的生命健康和生活质量。GERD 目前以对症治疗为主, 常用抑酸药、促胃动力药等有一定临床疗效, 但长期使用会产生副作用, 且复发率较高, 因此, 临床上拟寻求更加安全有效的治疗方法。本院普内科采用西药(奥美拉唑肠溶胶囊加枸橼酸莫沙必利片)结合中药柴胡泻心汤口服, 并配合胃复安穴位注射治疗 GERD, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中华医学会消化内镜学会制定的《反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)》^[1]中反流性食管病诊断标准: 胃镜检查证实为 EE; 胃镜检查无食管黏膜破损, 但烧心、反酸等临床表现明显, 24 h 食管 pH 值监测结果提示病理性酸反流; 质子泵抑制剂诊断性治疗阳性。符合上述任一条件者即可作出诊断。

1.2 中医辨证 参照《中医内科学》^[2]肝胃郁热证: 胸闷, 胁胀, 心烦, 口苦口干, 纳呆, 腹胀, 口粘, 舌苔厚腻。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准; 年龄 18 ~ 65 岁, 病程 ≥ 2 月; 经本院伦理委员会同意, 患者知情并签署知情同意书; 患者能遵医嘱完成所有疗程的治疗。

1.4 排除标准 治疗前 2 月内服用抑酸药物或其他对胃肠功能造成影响的药物; 有消化系手术病史、消化道溃疡或消化系肿瘤等病变的患者; 肝肾功能不全或合并其他系统严重疾病患者; 过敏体质患者; 孕妇和哺乳期妇女; 资料不全的患者。

1.5 一般资料 观察病例为静宁县人民医院普内科 2012 年 9 月—2014 年 12 月就诊并行胃镜检查的患者 90 例, 以随机数字表法分为 2 组各 45 例。对照组男 26 例, 女 19 例; 年龄 23 ~ 62 岁, 平均(40.4 ± 9.7)岁; 病程 2 月 ~ 8 年, 平均(3.1 ± 1.2)年; 胃镜检查提示 EE 22 例, NERD 23 例。观察组男 24 例, 女 21 例; 年龄 20 ~ 65 岁, 平均(41.1 ± 10.2)岁; 病程 3 月 ~ 10 年, 平均(3.3 ± 0.9)年; 胃镜检查提示 EE 20 例, NERD 25 例。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者均嘱戒烟酒、清淡饮食、睡前 2 h 不再进食、抬高床头位等, 养成良好的生活方式。

2.1 对照组 单纯予西药治疗: 奥美拉唑肠溶胶囊(上海南海灵化学制药有限公司), 每次 20 mg, 每天 1 次, 口服; 枸橼酸莫沙必利片(亚宝药业集团股份有限公司), 每次 5 mg, 每天 3 次, 饭前口服。治疗 1 月为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。

2.2 观察组 在西药治疗的基础上予以中医治疗: 予柴胡

[收稿日期] 2015-04-20

[作者简介] 杨振兵 (1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 脾胃病的中西医结合治疗。

泻心汤口服，处方：柴胡、香附各 15 g，姜半夏、黄连、枳实、人参各 10 g，煨瓦楞子、代赭石各 30 g，旋复花 12 g，吴茱萸、炙甘草各 6 g。便秘者加全瓜蒌 30 g，大便稀溏者去枳实、黄连，加补骨脂、茯苓各 15 g；胸痛明显者加延胡索 15 g；恶心呕吐者加姜竹茹 15 g；胃镜检查糜烂面广泛者加白及 15 g，三七 10 g(冲服)；烧心明显，舌质红绛者加蒲公英 15 g，穿心莲 10 g。水煎服，每天 1 剂，早晚温服；配合穴位注射，主要取穴为中脘、内关、足三里，注射盐酸甲氧氯普胺注射液(胃复安，郑州羚锐制药有限公司，国药准字：H41020322)，每次选 2 处穴位，每穴注射量 10 mg，每天 1 次。治疗 1 月为 1 疗程，连续治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]治疗前后均进行证候积分评价，主症、次症按轻重程度分别记 0、2、4、6 分和 0、1、2、3 分；治疗前后均予患者填写反流性疾病问卷(RDQ)量表，根据患者烧心、反流、胸痛、反酸的临床症状进行病情严重程度评分^[9]；治疗前后均行胃镜检查，观察食管黏膜病变改善情况，结合患者临床症状改善情况评价临床疗效；治疗前后均予患者 24 h 食管 pH 值监测，记录 pH 值 < 4 的时间；治疗过程中对患者进行随访，了解不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 本研究采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计学处理，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]：痊愈：临床症状消失，胃镜检查食管黏膜病变恢复正常；显效：临床症状明显改善，胃镜检查食管黏膜炎症病灶减轻 > 2 级；有效：临床症状有所改善，胃镜检查食管黏膜炎症病灶减轻 > 1 级；无效：临床症状及胃镜复查均无改变。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%

4.2 2 组患者临床相关指标比较 见表 1。治疗后，2 组患者中医证候积分、RDQ 量表积分及 24 h 食管 pH 值监测 pH 值 < 4 的时间均较治疗前有下降，差异均有统计学意义($P < 0.01$)；2 组比较，观察组下降幅度更加明显，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组患者中医证候积分、RDQ量表积分

		及 24h 食管 pH 值监测结果比较($\bar{x} \pm s$)			分
组别	n	时间	中医证候积分	RDQ 量表积分	pH 值 < 4 的时间(min)
对照组	45	治疗前	23.59 ± 5.43	24.27 ± 6.52	68.57 ± 15.36
		治疗后	9.14 ± 1.27	7.24 ± 2.28	45.74 ± 10.63
观察组	45	治疗前	24.08 ± 4.69	23.96 ± 5.88	70.21 ± 14.32
		治疗后	3.02 ± 0.95	3.30 ± 1.02	31.45 ± 11.03

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。观察组总有效率达 93.33%，优于对照组 75.56%，差异有统计学意义($P < 0.01$)；且与对照组相比观察组痊愈率更高，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率(%)	总有效率(%)
对照组	45	10	9	15	11	22.22	75.56
观察组	45	17	18	7	3	37.78 ^②	93.33

与对照组比较，① $P < 0.01$ ，② $P < 0.05$

4.4 2 组患者不良反应情况比较 对照组出现头晕 2 例，胃肠道反应 5 例，不良反应发生率为 15.56%；观察组胃肠道反应 3 例，穴位注射局部红肿 3 例，不良反应发生率 13.33%，2 组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

GERD 为常见的胃肠道功能紊乱性疾病，引起本病的病因和发病机制尚不明确，可能与体质下降导致食管清除能力降低、下食管括约肌松弛、胃及十二指肠功能紊乱或外伤损害食管黏膜屏障、幽门螺杆菌感染等有关^[1]，胃酸、胆汁、胰蛋白酶等反流入食管中，损害食道黏膜，还可累及食管等附近组织，故临床上不但会出现暖气、胸痛、反酸等反流性食管炎表现，还会出现许多食管外症状，如慢性咳嗽、哮喘等^[6]。对于 GERD 目前临床以药物保守治疗为主，常用药物有抑酸剂、促动力药物及胃黏膜保护剂。因 GERD 的临床症状及黏膜损伤与胃酸强度呈正相关，故食管 pH 值检测也是 GERD 诊断的金标准^[7]，抑酸剂成为治疗本病的首选药物，如质子泵抑制剂奥美拉唑能有效抑制胃酸分泌，但对于难治性 GERD 效果并不好，且长时间大剂量应用容易产生不良反应。

中医药治疗本病有临床特色。GERD 根据不同临床表现归属中医学“吐酸”“嘈杂”“食管瘴”“反胃”等范畴，本病病位在食管和胃，与肝胆、脾、肺均密切相关。其病机概括为肝胆失于疏泄，肝气犯胃，胃失和降，胃气上逆，临床以肝胃郁热证最为多见，常以疏肝理气、清肝泻火、和胃止痛为治疗大法。柴胡泻心汤为本院普内科经验方，是在半夏泻心汤的基础上加减变化而来。方中以柴胡疏肝理气，枳实破气消积，姜半夏降逆化痰，旋复花消痰下气，代赭石降逆下气镇降，使升降有序，各司其职，恢复脾胃升降功能；黄连、吴茱萸辛开苦降，寒热并用以疏肝清胆、理气和胃；香附行气止痛，疏肝解郁，燥湿化痰；煨瓦楞子制酸止痛；人参、甘草益气补虚，调中和胃，防降逆太过而伤胃。清代医家吴鞠通提出“治中焦如衡，非平不安”，单纯通降和胃而忽视升气药的运用，难以达到“平”的目的。本方具有辛开苦降、寒温并用、补泻同施的特点，共奏疏肝和胃，泻火止痛之效。

在运用中药汤剂治疗的基础上，充分发挥中医特色，选用穴位注射的方法，不但发挥了药物本身的治疗作用，而且通过

穴位针刺的刺激作用,调节人体机能、改善下食管括约肌压力,从而更好地达到治病的目的。同时,穴位注射具有简、便、廉、效的特点,临床上容易被患者所接受。

中医治疗 GERD 目前也存在不足,如中医辨证分型和标准尚无统一论,中医证型与内镜下病理表现、辨病治疗还不能完全结合,小样本的临床疗效观察不能代表临床所有病例,故中西医结合治疗与研究对本病意义重大。通过临床观察我们发现中西医结合治疗胃食管反流病能有效改善患者临床症状,减少胃酸分泌,改善食管黏膜病变情况,临床效果明显且不良反应少,优于单纯西药治疗,值得进一步研究。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化内镜学会.反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)[J].中华消化内镜杂志,1999,16(6):326.

[2] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:195-196.

[3] 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,2002:124,134-139.

[4] 张声生,李乾构,朱生,等.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.

[5] 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.

[6] 汪凤仙,汪永和.加味四逆散治疗胃食管反流病所致慢性咳嗽临床观察[J].新中医,2014,46(7):59-60.

[7] 汤进芝,王雯.胃食管反流病中食管 pH 检测进展[J].国际消化病杂志,2014,34(3):157-160.

(责任编辑:刘淑婷)

辨证治疗糜烂型口腔扁平苔藓 42 例临床观察

徐帆

松阳县中医医院,浙江 松阳 323400

[摘要] 目的:观察辨证治疗糜烂型口腔扁平苔藓的临床疗效。方法:将本院口腔科收治的 84 例糜烂型口腔扁平苔藓患者随机分为对照组和辨证组各 42 例,对照组给予硫酸羟氯喹片口服及复方氯己定含漱液进行治疗;辨证组则在辨证的基础上予口服中药汤剂进行治疗。总疗程均为 4 周,疗程前后采集患者静脉血送检免疫相关指标,并评价临床疗效,随访患者治疗期间不良反应发生情况及治疗后复发率。结果:2 组患者各免疫学指标免疫球蛋白 E (IgE)、白细胞介素-6 (IL-6) 及肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平均较治疗前有所下降,辨证组下降幅度更明显,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$);辨证组临床总有效率优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),其中脾虚湿滞型总有效率高于其他两型,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);对照组不良反应发生率及复发率均高于辨证组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论:辨证治疗糜烂型口腔扁平苔藓能有效改善患者 T 细胞免疫,临床效果良好,其中脾虚湿滞型临床效果最优,不良反应发生率及复发率均低,优于单纯西药治疗。

[关键词] 口腔扁平苔藓;辨证论治;细胞免疫;免疫球蛋白 E (IgE);白细胞介素-6 (IL-6);肿瘤坏死因子- α (TNF- α)

[中图分类号] R758.65 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0068-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.034

口腔扁平苔藓(oral lichen planus, OLP)是一种常见的慢性口腔黏膜疾病,中年女性发病率较高,临床上多以糜烂型为主,表现为口腔黏膜水肿、充血、糜烂、病损处多呈白色网状且疼痛感明显。OLP 病程长,常反复发作,长期糜烂处病损存在恶变倾向,世界卫生组织(WHO)已将其列入癌前状态。

本病病因和致病机制目前尚不清楚,故临床缺乏特效药物。其治疗为全身或局部应用激素、氯喹、免疫调节剂等,短期效果良好,但停药后易复发,且药物不良反应明显^[1]。OLP 属中医学所述“口藓”“口糜”等范畴,中药在治疗 OLP 过程中起到收敛止痛、抗炎调免等作用,并且在一定程度上减轻了西药

[收稿日期] 2015-01-16

[作者简介] 徐帆(1971-),女,主治医师,主要从事口腔内科临床工作。