

复方降逆汤联合西药治疗反流性食管炎疗效分析

赵海强¹, 张德奎²

1. 静宁县人民医院, 甘肃 静宁 743400; 2. 兰州大学第二医院, 甘肃 兰州 730030

[摘要] 目的: 观察复方降逆汤联合西药治疗反流性食管炎的临床疗效。方法: 选取60例胃气虚逆型反流性食管炎患者作为研究对象, 按照随机双盲法分为观察组与对照组各30例, 对照组予单纯西药(吗丁啉、奥美拉唑钠肠溶片)治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用复方降逆汤治疗, 2组患者均以7天为1疗程, 连续治疗4疗程。比较2组的临床疗效, 治疗前后检测胃动素、胃泌素, 观察不良反应发生情况与复发情况。结果: 4疗程后, 观察组临床总有效率高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2组胃动素、胃泌素比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组胃动素、胃泌素均较治疗前升高($P < 0.05$); 观察组胃动素、胃泌素均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率、复发率均低于对照组($P < 0.05$)。结论: 采用复方降逆汤联合西药治疗反流性食管炎, 疗效显著, 可改善胃动素、胃泌素水平, 快速缓解临床症状, 副作用较小, 安全性高, 复发率低。

[关键词] 反流性食管炎; 中西医结合疗法; 复方降逆汤; 奥美拉唑; 吗丁啉

[中图分类号] R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0065-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.025

反流性食管炎是指由胃或十二指肠内容物反流入食管内而导致食管黏膜出现溃疡、炎症、糜烂等的炎症性病变, 属于消化科一种常见疾病, 临床症状主要表现为反酸、恶心呕吐、疼痛、嗝气等, 严重影响着患者的生活质量。该病可在任何年龄段人群发病, 一般精神压力大、嗜烟酒及肥胖者是反流性食管炎的高发人群。目前, 西医治疗反流性食管炎虽有一定疗效, 但长期使用具有一定副作用, 且后期易复发, 长期疗效并不理想。而中医治疗可对食管下括约肌功能起到调节作用, 并有效改善临床症状、抑制反流及促进食管受损黏膜修复, 但单用中药临床疗效也不甚满意^[1]。鉴于此, 近年来笔者对反流性食管炎患者采用中西医结合方案进行治疗, 取得较好效果, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 研究对象选取静宁县人民医院2013年6月—2015年6月收治的反流性食管炎患者, 共60例, 按照随机双盲法将入选患者分为观察组与对照组各30例。观察组男17例, 女13例; 年龄23~74岁, 平均(47.2±3.6)岁; 病程3月~6年, 平均(3.2±0.8)年; 根据胃镜下食管黏膜病变分级标准: 级9例, 级15例, 级6例。对照组男14例, 女16例; 年龄24~72岁, 平均(46.3±2.7)岁; 病程2月~7年, 平均(3.8±1.1)年; 根据胃镜下食管黏膜病变分级标准: 级11例, 级14例, 级5例。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 纳入标准 ①符合《反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)》中的诊断标准, 经食管钡餐造影、胃镜检查确诊为反流性食管炎; ②食管中、下段黏膜均有出现不同程度水肿、渗出、充血、糜烂或浅表小溃疡; ③中医辨证属胃气虚逆型, 症见: 烧心、嗝气, 食欲不振, 胸脘部痞闷、灼痛, 反酸, 恶心呕吐, 有梗阻感, 大便不畅, 脉虚、弦; ④患者对本次研究知情, 且自愿参与本次研究。

1.3 排除标准 ①合并心、肝、肾等严重脏器疾病者; ②心肺疾病所致的胃、食道及十二指肠溃疡与肿瘤患者; ③妊娠及哺乳期患者; ④过敏体质及有过敏史者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予单纯西药治疗。于每天餐前30 min口服吗丁啉(生产单位: 西安杨森制药有限公司), 每次10 mg, 每天3次, 同时口服奥美拉唑钠肠溶片(生产单位: 苏州中化药品工业有限公司), 每次20 mg, 每次2次。

2.2 观察组 在对照组西药治疗的基础上给予中药复方降逆汤治疗。处方: 代赭石30 g, 丹参、赤芍、白及、旋复花、海螵蛸、制半夏各15 g, 三七、枳实、厚朴、陈皮各10 g, 黄连、甘草各5 g。反酸明显者加海螵蛸15 g; 烧心者加黄芩12 g, 吴茱萸2 g; 呕吐、反食或呃逆重者加桔梗5 g, 枇杷叶15 g。每天1剂, 用水煎煮取汁400 mL, 分早晚各温服1

[收稿日期] 2016-06-15

[作者简介] 赵海强(1972-), 男, 副主任医师, 研究方向: 消化内科。

次。

2组患者均以7天为1疗程,连续治疗4疗程后行胃镜检查,评估疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察比较2组治疗后的临床疗效;②治疗前后各抽一次血以放射免疫法检测胃动素、胃泌素;③观察2组患者治疗期间出现的药物不良反应,所有患者治愈3月后通过回访调查复发情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0软件统计数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用*t*检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医内科疾病诊疗常规》^[2]对2组患者治疗4疗程后的临床疗效进行判定。治愈:所有临床症状消失,胃镜检查示食道黏膜损伤为0级;显效:临床症状基本消失,胃镜下食道黏膜损伤恢复至1级;有效:临床症状明显减轻,胃镜下食道黏膜损伤较治疗前提高1个等级;无效:临床症状无改善,胃镜下食道黏膜损伤无改善甚至更严重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。4疗程后,观察组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				总有效
		治愈	显效	有效	无效	
观察组	30	15(50.00)	7(23.33)	6(20.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	9(30.00)	8(26.67)	5(16.67)	8(26.67)	22(73.33)
χ^2 值						4.238
<i>P</i>						<0.05

4.3 2组治疗前后血清胃动素、胃泌素比较 见表2。治疗前,2组胃动素、胃泌素比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组胃动素、胃泌素均较治疗前升高($P < 0.05$);观察组胃动素、胃泌素均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	pg/mL			
		胃动素		胃泌素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	189.3±37.6	297.2±76.8 ^①	98.4±25.3	135.2±31.2 ^①
对照组	30	188.2±40.5	255.9±62.7 ^①	99.1±30.6	111.8±25.9 ^①
<i>t</i> 值		0.047	5.672	0.052	5.816
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与治疗前比较,① $P < 0.05$

4.4 2组不良反应及复发情况比较 见表3。在治疗期间,2组均出现不良反应病例,但观察组不良反应发生率(6.67%)低于对照组(26.67%)($P < 0.05$)。所有患者于治愈3月后进行回

访,观察组中有1例复发,而对照组中有9例复发,2组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)	
		药物不良反应	复发
观察组	30	2(6.67)	1(3.33)
对照组	30	8(26.67)	9(30.00)
χ^2 值		4.176	4.825
<i>P</i>		<0.05	<0.05

5 讨论

反流性食管炎在临床上属于比较常见的消化系统疾病。相关研究表明,反流性食管炎的发病频率、严重程度与酸反流指数呈线性关系,也就表明酸反流是引发反流现象的主要原因之一。基于此,临床治疗反流性食管炎则以抑酸、调节食管及胃运动2个方向为主,其中抑制或者调整胃酸分泌以及增强食管下端括约肌张力,在一定程度上可增强胃部正常蠕动,这也是临床治疗此类疾病的主要目的。目前,可增强胃部、食管肌张力及促使胃部正常蠕动的药物比较多,应用相对广泛的有吗丁啉、奥美拉唑、法莫替丁等,奥美拉唑可有效抑制胃酸分泌。吗丁啉为一种周围性多巴胺受体拮抗剂,可直接作用于胃肠道,使食管下端括约肌张力增加,并使食管体部平滑肌蠕动收缩增加,从而使胃加速排空,是治疗反流性食管炎的有效药物。但在长期临床应用中发现,单纯运用西药普遍存在临床疗效不理想且极易复发的情况。

反流性食管炎归属于中医学胃痛、胸痹等范畴,中医学理论认为胃、食管之生理特征为“以通为用,以通为补”,多因胃气上逆、胃失和降、酒食伤身、肝郁气滞等致病,因此治疗此类疾病主要以理气解郁、和胃降逆等为主,以此促使脾胃功能恢复。笔者治疗本病以和胃降逆为原则,运用中药复方降逆汤治疗,方中赤芍、丹参、三七活血化瘀,具有良好的扩张血管功效,可有效改善胃部、食管的微血管循环;代赭石、制半夏、旋复花和胃降逆;白及收敛止血,可对食道黏膜损伤起到促进愈合与保护作用^[3];陈皮、厚朴、枳实健脾理气,可促进胃肠道运动,增加胃肠血流量及平滑肌张力,有助于胃肠道尽快排空,使胃动素、胃泌素得到有效调节^[4];半夏中的生物碱部分可有效抑制呕吐中枢,从而有效阻止消化道逆蠕动^[5];甘草、海螵蛸均有抑制胃酸分泌、弛缓胃肠平滑肌痉挛作用^[6]。上述诸药共奏和胃降逆之功,可消炎、抗炎镇痛、降逆解痉、抑制胃食道反流、调节胃动素和胃泌素。

从临床研究结果中可见,经临床治疗后,观察组的胃动素、胃泌素值均高于对照组,疗效优于对照组,不良反应发生率、复发率均低于对照组。提示采取中西医结合方案治疗反流性食管炎,疗效显著,可改善胃动素、胃泌素水平,快速缓解临床症状,副作用较小,安全性高,复发率低。值得临床应用。

[参考文献]

- [1] Yamashita Y, Inoue H, Ohta K, et al. Manometric and hormonal changes after distal partial gastrectomy[J]. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2000, 14 Suppl 1(1): 166-169.
- [2] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 308-309.
- [3] 韩龙. 中西医结合治疗消化性溃疡合并出血临床疗效分析[J]. *当代医学*, 2014, 20(30): 153-154.
- [4] 丁惠卿, 张剑桥. 理气药促进胃肠运动功能作用的文献再评价[J]. *现代中医药*, 2010, 30(5): 72-74.
- [5] 庞亚玲, 于强. 和胃降逆法治疗返流性食管炎的临床研究[J]. *内蒙古中医药*, 2014, 33(1): 1-2.
- [6] 沈敬鸿. 中西医结合治疗反流性食管炎 60 例[J]. *中医药学报*, 2010, 38(5): 110-111.

(责任编辑: 吴凌)

运脾汤治疗难治性肝性胃肠功能障碍临床观察

吴献珍, 叶芳

建德市中医院, 浙江 建德 311600

[摘要] 目的: 观察运脾汤治疗难治性肝性胃肠功能障碍的临床疗效。方法: 68 例难治性肝性胃肠功能障碍, 随机分为观察组和对照组, 各 34 例。对照组给予多潘立酮治疗; 观察组给予运脾汤治疗。治疗 2 周。结果: 总有效率观察组 94.12%, 对照组 73.53%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后腹胀、恶心呃逆、纳差、便秘等症状均有改善, 观察组腹胀、恶心呃逆、纳差与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 运脾汤治疗难治性肝性胃肠功能障碍临床疗效显著, 临床症状改善明显。

[关键词] 肝性胃肠功能障碍; 运脾汤; 多潘立酮

[中图分类号] R575 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0067-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.026

肝性胃肠功能障碍是指因肝功能障碍等导致胃肠道分泌、屏障、吸收和循环等功能受到一定影响, 临床出现不同程度的恶心呕吐、食欲不振、腹痛腹泻等症状^[1]。目前国内外研究结果表明, 肝性胃肠功能障碍与门脉高压性肠病、内毒素血症、胰腺功能受损、肝源性溃疡和消化道出血等因素有关^[2]。肝性胃肠功能障碍患者因肠胃功能失常, 摄入食物吸收率较低, 营养补充不足导致病情恢复速度缓慢甚至病情加重^[3]。临床中无针对性的药物用于治疗肝性胃肠功能障碍, 一般采用针对患者临床症状的药物进行治疗。笔者采用运脾汤治疗难治性肝性胃肠功能障碍, 收到较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

选取 2013 年 5 月—2014 年 3 月本院难治性肝性胃肠功能障碍患者共 68 例, 年龄 45~75 岁, 随机分为观察组和对照组, 各 34 例。观察组, 男 25 例, 女 9 例; 年龄 45~74 岁,

平均(58.25±6.26)岁; 病程 3~11 年, 平均(6.92±3.42)年。对照组, 男 24 例, 女 10 例; 年龄 46~75 岁, 平均(59.15±7.02)岁; 病程 3~12 年, 平均(7.41±2.89)年。2 组患者性别、年龄和病程比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组均给予常规护肝治疗, 乙肝感染患者给予核苷类抗病毒药物治疗, 根据病情程度给予相关治疗。

2.1 观察组 给予运脾汤治疗, 处方: 苍术、党参、枳实、生麦芽、香附、炒白芍、茯苓各 15 g, 黄连 5 g, 陈皮、木香、砂仁、半夏各 10 g, 厚朴 30 g。水煎分 2 次服用, 餐后服, 每天 1 剂, 疗程 2 周。

2.2 对照组 给予多潘立酮(西安杨森制药有限公司, 国药准字 H10910003, 10 mg/片)治疗, 每次 10 mg, 每天 3 次, 口服, 疗程 2 周。

[收稿日期] 2016-06-22

[作者简介] 吴献珍 (1972-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合诊治内科疾病。