

中西医结合治疗反流性食管炎 60 例

★ 吴新敏 (广东省中山市石岐华侨医院消化内科 中山 528400)

摘要:目的:观察中药配合奥美拉唑加莫沙必利治疗反流性食管炎的临床疗效。方法:180 例反流性食管炎病人采用配对分组法分为中药配合奥美拉唑加莫沙必利组(中西医结合组)60 例,奥美拉唑加莫沙必利组(西医组)60 例,纯中药组(中医组)60 例,治疗 2 周和 4 周后,分别评价其症状缓解情况及治疗 4 周后胃镜下表现。结果:治疗 2 周后中西医结合组、西医组、中医组的症状缓解总有效率分别为 83.33%、70%、45%(均 $P < 0.01$);治疗 4 周后的症状缓解总有效率分别为 100%、83.33%、63.33%(均 $P < 0.01$),胃镜下病变改善总有效率分别为 96.67%、71.67%、41.67%(均为 $P < 0.01$)。结论:反流性食管炎采用中药配合奥美拉唑加莫沙必利治疗,其症状改善迅速,病变治愈率高,临床疗效优于单用奥美拉唑加莫沙必利和纯中药治疗。

关键词:反流性食管炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 571 **文献标识码:**B

近 4 年来,笔者采用中西医结合方法治疗反流性食管炎(RE)60 例,并与单纯西医组和中医组进行比较,获得满意疗效,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 180 例门诊患者均符合 RE 诊断标准^[1]:(1)有典型的胃食管反流病症状,如明显烧

心、反酸、胸骨后灼痛等。(2)胃镜诊断及分级标准。胃镜下食管粘膜表现:0 级:正常(可有组织学改变),积 0 分;Ⅰ级:点状或条状发红,积 1 分;Ⅱ级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性,积 2 分;Ⅲ级:病变广泛发红、糜烂融合呈全周性或溃疡,积 3 分。排除消化道溃疡、癌变、心脏病、糖尿病及哮

2.3 各组治疗后妊娠情况比较 见表 3。

表 3 各组治疗后妊娠情况比较

组别	n	妊娠(n)	妊娠率(%)
西药组	38	6	15.79
中药组	35	13	37.14
观察组	41	28	68.29

观察组及中药组妊娠例数均较西药组高($P < 0.05$),而观察组较中药组、西药组的妊娠率明显升高($P < 0.01$),说明中西医结合方案优于单纯中药治疗和单纯西药治疗。

3 讨论

对免疫性不孕的治疗,西医尚无特效疗法,目前一般使用两种方法:一是使用免疫抑制剂抑制抗体产生;二是实行人工授精或体外授精-胚胎移植技术。这两种方法或存在药物副作用大,或存在价格高昂且受孕率低,不易为患者接受。中医认为本病病因病机倾向于肾虚为本,瘀血、湿热(毒)为标,临床证型每多虚实夹杂,以肾虚为本,涉及肝脾,其中以肾阴虚火旺多见^[4]。滋阴消抗汤是在临床实践中,结合中医理论及现代研究而创立的以滋肝肾、养

阴血、调冲任、消抗体为治则,治疗肝肾阴虚型免疫性不孕的中药方剂,方中生地补益精髓、滋阴养血;山茱萸、菟丝子补益肝肾调冲任;女贞子、旱莲草具滋阴益肾,养血止血之功,其性寒可制虚热;丹皮、当归清肝热而养肝血,清补结合,活血调经;生甘草解毒清热,方中诸药相配,滋补肝肾,养血调经,补益冲任,消除抗体,易于受孕。同时配以西医免疫抑制剂联合应用,中西药合用取长补短,既可以减轻西药副作用,又可以缩短中医治疗周期,明显提高疗效,值得临床推广。

参考文献

- [1]王淑贞.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1990.56
- [2]Shulman S.Methuiprodinisolne treatment of immunologic infertility in male[J].Fertil & Steril,1982(12):581
- [3]莫惠,郭慧红.免疫性不孕(AsAb 阳性)中医病机探讨[J].江苏中医,1998,19(12):8
- [4]程涇.妇科疑难病现代中医诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2003.836,889,895
- [5]来佩琰.妇产科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001.382
- [6]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.320~326

(收稿日期:2006-02-16)

喘等慢性病史,并且无消化道手术史。

用配对分组法,随机分为 3 组,3 组性别、年龄及胃镜分级等无明显差异($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 3 组患者一般情况比较

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 /岁	病程/年	胃镜分级		
					I	II	III
中西医组	60	36/24	36±11	2.0±1.5	22	26	12
西医组	60	31/29	35±12	1.8±1.6	24	27	9
中医组	60	34/26	36±10	2.1±1.7	23	25	12

1.2 治疗方法 西医组:奥美拉唑 20 mg,每日 2 次,莫沙必利片 5 mg,每日 3 次,饭前半小时口服;中医组:自拟中药方(柴胡 10 g、枳壳 10 g、白芍 15 g、党参 15 g、半夏 12 g、陈皮 10 g、广木香 10 g、竹茹 10 g、代赭石 30 g、旋覆花 15 g、甘草 6 g),肝郁气滞型加佛手、延胡索,肝胃郁热者加黄连、黄芩、栀子,脾胃虚寒者加白术、云苓、桂枝,日一剂,早晚饭后服;中西医组:同时使用上述两种方法。3 组疗程均为 4 周,服药期间停用一切其他药物、戒烟酒及刺激性食物,疗程结束后评定疗效。

1.3 疗效评价

1.3.1 主要症状记录与评价 治疗 2 周及 4 周后分别观察记录烧心、反酸、胸骨后灼痛等症状并评定疗效。显效:临床症状消失;有效:症状基本消失或明显好转;无效:症状改善不明显或加重。以显效和有效为总有效率。

1.3.2 胃镜复查疗效评价 按胃镜复查的积分判断疗效^[1]:积分为 0 分为痊愈;积分减少 2 分为显效;积分减少 1 分为有效;积分无变化或增加 1 分为无效。

1.4 统计学处理

组间比较用成组设计 t 检验,率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 3 组的临床症状缓解情况比较

结果见表 2。

表 2 3 组的临床症状缓解情况比较 例(%)

组别	例数	疗程	显效	有效	无效	总有效率(%)
中西医组	60	2 周	37	13	10	83.33
		4 周	52	8	0	100
西医组	60	2 周	23	19	18	70
		4 周	40	10	10	83.33
中医组	60	2 周	12	15	33	45
		4 周	14	24	22	63.33

注:中西医组治疗 2、4 周后的临床症状缓解总有效率均优于西医组和中医组(均为 $P<0.01$)。

2.2 3 组的胃镜评价比较

结果见表 3。

表 3 3 组治疗 4 周后胃镜下的病变改善情况 例(%)

组别	例数	愈合	显效	无效	总有效率
中西医组	60	40	18	2	96.67
西医组	60	28	15	17	71.67
中医组	60	13	12	35	41.67

注:治疗 4 周后胃镜复查中西医组的病变改善总有效率优于西医组和中医组(均为 $P<0.01$)。

2.3 不良反应

3 组全部病例治疗前后血常规、肝功能、肾功能及电解质均无明显变化。中西医组、西医组有少数患者头晕,腹胀,轻度腹泻,1 至 2 周后均消失,不影响治疗。

3 讨论

胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管产生症状或并发症时,称为胃食管反流病(GERD),酸(碱)反流导致的食管粘膜破损称为反流性食管炎(RE)。消化内镜是 RE 的主要诊断方法^[1]。其典型症状有烧心、反酸、胸骨后灼痛等。其发病机制是抗反流防御机制下降和反流物对食管粘膜攻击作用增强的结果,被认为是酸和动力相关性疾病。因此抑制胃酸分泌和促进胃肠动力是治疗 RE 的最主要方法。但在临床治疗中,也存在着疗效不够理想,复发率高的缺点^[2]。并且因疗程长,患者可能因经济困难或药物副反应而中断治疗。

RE 属中医学的“吞酸”、“反酸”、“嘈杂”、“反胃”等范畴,其病位在食管,属脾胃所主,饮食不节,劳倦过度,易伤脾胃,导致脾胃虚弱;脾虚则中焦气机升降失常,胃失和降,胃气上逆是其基本病机;情志不畅,肝气犯胃是其发病的关键。因此在治疗上以益气健脾,疏肝理气,和胃降逆为法。方中柴胡、枳壳、白芍疏肝理气;党参、茯苓、甘草益气健脾;半夏、代赭石及旋覆花和胃降逆;黄连、黄芩清热燥湿,中和胃酸;且柴胡主升,代赭石、半夏、旋覆花主降,诸药伍用使肝气条达,脾胃升降自如。现代药理实验证明:理气药对胃肠道的运动有调节作用^[3],改善食管下括约肌功能,增强食管下括约肌张力,有助于抑制胃十二指肠内容物的反流,并减轻反流物对食管的损害作用。与质子泵抑制剂和胃动力药合用,明显提高 RE 的疗效。因此从本组观察结果分析可知,应用中西医结合治疗 RE,充分发挥了中药的优势,取得了疗效好、复发率低的理想效果。

参考文献

- [1] 丁大洪. 反流性食管病(炎)诊断及治疗方(试行)[J]. 中华消化内镜杂志,1999,16(6):326
- [2] 危北海. 中西医结合消化病学的进展和展望[J]. 中国中西医结合消化杂志,2003,11(2):69
- [3] 危北海. 胃肠动力功能障碍性疾病的中医辨证与治疗[J]. 中国中西医结合消化杂志,2003,11(5):260

(收稿日期:2006-03-17)