

中西医结合治疗胃食管反流 83 例

张帆

(深圳市中医院内科门诊,深圳市福田区福华路1号,518033)

关键词 胃食管反流/中西医结合治疗

笔者近年来采用中西医结合方法治疗胃食管反流,治愈率及有效率较高,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例入选 参照《消化疾病诊断学》诊断标准,所有人选病例具有:1)烧心、反酸症状至少3个月或内镜下诊断反流性食管炎[RE 内镜诊断的烟台分级(1999)];2)年龄在18~70岁之间,排除其他疾病及治疗中出现其他严重疾病并发症,未按规定用药,无法判断疗效等。

1.2 一般资料 166例病例均为本院消化内科患者,均电子胃镜提示为食道黏膜不同程度发红,糜烂,有或无融合,或出现溃疡等,均提示为典型胃食管反流。随机分为2组,治疗组83例,男45例,女38例;平均年龄 38.3 ± 12.8 岁;病程最长28年,最短3个月;HP阳性者41例。对照组83例,男43例,女40例;平均年龄 39.1 ± 11.2 岁;病程最长20年,最短3个月;HP阳性者37例。2组病例在性别、年龄、病程等方面无显著差异性,具有可比性。

2 方法

治疗时2组均常规口服埃索美拉唑20mg,1日2次,口服;莫沙必利片5mg,1日3次,口服(饭前30min服),铝碳酸镁咀嚼片1.0g,1日3次,口服,治疗10周,并行电子胃镜复查。HP阳性者加阿莫西林0.5g+克拉霉素0.5g杀菌治疗1周。平素注意抬高床头15~20cm,戒烟酒,肥胖者减肥,避免进食咖啡、巧克力、高脂肪、刺激性饮食等;治疗组在上述西药治疗基础上根据中医辨证施治予中药汤剂口服,分型如下:1)肝气犯胃:疏肝理气为法,方药如下加减:柴胡、枳壳、陈皮、香附、白芍、当归、延胡索、降香、砂仁、白蒺藜、甘草。2)肝郁胃热:拟泄热疏肝和胃为法,方药如下加减:黄连、栀子、吴茱萸、半夏、香橼、佛手、牡丹皮、青皮、竹茹、枳实、甘草。3)胃阴不足:拟养阴益胃为法,方药如下加减:沙参、枸杞子、当归、生地黄、川楝子、麦冬、玉竹、香橼、佛手、甘草。4)脾胃虚寒:拟温中健脾为法,方药如下加减:白术、吴茱萸、党参、佛手、高良姜、干姜、桂枝、瓦楞子、香附、砂仁、炙甘草。5)痰气

郁阻:拟化痰利气解郁为法,方药如下加减:半夏、厚朴、茯苓、紫苏、生姜、香附、佛手、枳壳、赭石、旋覆花、瓜蒌皮、甘草。

疗效标准:1)痊愈:临床症状消失,内镜下食道胃黏膜充血、水肿、糜烂消失;2)有效:临床主要症状消失,食道胃黏膜充血、水肿减轻,未见糜烂;3)无效:症状及电子胃镜检查均无改善。

统计学方法:计数资料用 χ^2 检验,计量资料用t检验。

3 结果

3.1 2组病例疗效比较:治疗组治愈38例,有效40例,无效5例;对照组治愈19例,有效43例,无效21例。治疗组治愈者高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。总有效率治疗组较对照组高19.21% ($P < 0.05$)。

3.2 2组病例治疗后症状缓解情况,见表1。

表1 2组病例治疗后症状缓解情况

	治疗组(n=83)				对照组(n=83)			
	例数	有效	无效	概率	例数	有效	无效	概率
反酸	69	63	6	91.30	68	61	7	89.71
烧心	76	72	4	94.74	74	68	6	91.89
胸骨后不适	63	60	3	95.24	66	57	9	86.36
嗝气	65	60	5	92.31	70	50	20	71.41*
食欲差	72	67	6	93.06	79	57	22	72.15*

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

3.3 治疗过程中不良反应 在西药治疗中,个别患者出现头晕、乏力、腹泄、食欲欠佳、胸腹四肢出现皮疹,换用其他药物治疗。

4 讨论

胃食管反流属中医学嘈杂、反酸、胃痛等范畴,与肝气犯胃、肝郁胃热、胃阴不足、脾胃虚寒、痰气郁阻相关,病初起多实,久则多虚。对胃食管反流患者在西医常规治疗,即给予抑酸剂、胃动力药及食道黏膜保护剂治疗基础上,中医经四诊合参辨证施治予口服中药汤剂治疗10周,观察临床症状及复查胃镜,临床证实采用中西医结合治疗胃食管反流,在消除及缓解症状及内镜下观察,治疗组明显优于对照组,发挥了中西医结合治疗疾病的优势,提高了临床疗效。

(2008-12-15 收稿)