

情绪并部分缓解手术后的疼痛感,从而提高了患者对气管导管的耐受及对指令动作的配合程度。术后针刺法,促进患者的意识恢复^[10]。术后发生恶心、呕吐及躁动主要是由于麻醉药物的残余作用、疼痛和内脏不适;患者恐惧和焦虑的心理状态是不良反应发生的诱因。本研究结果发现 A 组患者术后躁动的发生率明显低于 B 组患者,这是通过术前知识宣教,配合行为训练从而减少了术后躁动的发生率。

我们认为,许多面临手术的患者,主要担心的是手术过程中和手术后的疼痛,担心麻醉药对自己无效,由此可产生焦虑和惶恐不安。患者术前这种焦虑恐惧将直接影响手术效果,如手术中出血量增加,愈合缓慢等。此外,这种不良的情绪状态还易引起许多麻醉并发症,进而影响手术患者的恢复。因此,麻醉科护士在进行术前访视患者的时候,对患者进行心理干预结合针灸疗法让患者对麻醉和手术有一个比较全面的了解,一方面能够保证患者围术期血流动力学的稳定;另一方面,能够降低苏醒延迟及不良反应的发生,进一步有利于患者术后的康复。

参考文献

- [1] 张军. 心理干预在老年病护理中的应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 6(3): 55-56.
 - [2] 席淑华, 陈律, 孟虹, 等. 个体化心理干预方法在肝移植术后患者中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2006, 23(9): 28-30.
 - [3] 韩正慧. 心理护理在全麻苏醒中的应用[J]. 中华现代临床医学杂志, 2008, 6(5): 75-76.
 - [4] Mitchell M. Nursing intervention for day - case laparoscopic cholecystectomy[J]. Nurs Stand, 2007, 22(6): 35-41.
 - [5] Sadhasivam S, Cohen LL, Hosu L, et al. Real - time assessment of perioperative behaviors in children and parents: development and validation of the perioperative adult child behavioral interaction scale[J]. Anesth Analg, 2010, 110(4): 1109-1115.
 - [6] 孙心红, 吾慧瑛. 针灸治疗宫颈癌根治术后膀胱麻痹性尿潴留 80 例[J]. 中国民间疗法, 2010, 18(1): 11.
 - [7] 翟文生. 醒脑开窍针法治疗全麻苏醒延迟的临床效果分析[J]. 上海针灸杂志, 2011, 5(30): 331.
 - [8] 王永浩, 王宏宇, 鲍红光, 等. 术前心理行为干预对全麻患者苏醒期气管插管拔管时合作程度的影响[J]. 现代生物医学进展, 2010, 21(10): 4110-4112.
 - [9] 黄柳月, 王宏梗, 黄倩. 心理干预对全麻患者苏醒期气管拔管时合作程度的影响[J]. 福建医药杂志, 2008, 6(3): 35-36.
 - [10] 王钰. 手术病人的心理护理[J]. 当代医学, 2009, 6(13): 117-118.
- (2012-12-25 收稿)

升降并举法治疗非糜烂性胃食管反流病的临床研究

秦 嫣 范怀玲 朱凌云 朱远镨 宋宏伟 杨芸峰

(上海中医药大学附属上海市中医医院内科, 上海, 200071)

摘要 目的: 评价以升降并举法而拟的处方治疗非糜烂性胃食管反流病(NERD)的临床疗效。方法: 将 104 名患者分为中药治疗组和奥美拉唑对照组, 用药 8 周为一疗程, 治疗前后进行症状积分评定。结果: 治疗组和对对照组对 NERD 均有明显疗效, 2 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 2 组对烧心、泛酸、胸骨后灼痛、嗝气、上腹胀、上腹痛症状有明显改善($P < 0.05$); 治疗组对改善反胃和咽喉不适症状优于对照组($P < 0.05$)。结论: 以升降并举法而拟的处方, 总体临床疗效与奥美拉唑相似, 对个别症状改善有优势, 是治疗 NERD 的另一途径, 值得临床推广。

关键词 非糜烂性胃食管反流病/中医药疗法; 升降并举法

Clinical Research of Qi Balance Therapy in Treating Non-erosive Gastroesophageal Reflux Disease

Qin Yan, Fan Huailiang, Zhu Lingyun, Zhu Yuanrong, Liu Yan, Song Hongwei

(Internal medical department, Shanghai hospital of Chinese medicine, Affiliated to Shanghai University of traditional Chinese medicine, Shanghai 200071, China)

Abstract Objective: To evaluate the clinical efficacy of the prescription conducted by Qi Balance method in the treatment of non-erosive reflux disease(NERD). **Methods:** A total of 104 patients were randomly divided into Chinese medicine treatment group and omeprazole control group, both of the two groups were treated for a eight-week course. The symptom scores were assessed before and after treatment. **Results:** The treatment group and control group both had significant effect in treating NERD, and it showed no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). Symptoms of heartburn, acid regurgitation, retrosternal burn, belching, abdominal distension, and abdominal pain of the two groups were obviously improved ($P < 0.05$). Symptoms of nausea and throat discomfort were better relieved in the treatment group than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** With similar clinical efficacy to omeprazole and advantages on some symptoms, prescription conducted by Qi Balance therapy is another method to treat NERD and is worthy of clinical ap-

基金项目: 上海市教委课题(编号: 07CZ043)

通信作者: 朱凌云(1959—), 男, 主任医师, 硕士生导师, 擅长中医中药治疗消化系统疾病及男科系统疾病

plication.

Key Words Nonerosive reflux disease/Chinese medical therapy; Qi balance therapy**doi:**10.3969/j.issn.1673-7202.2013.04.018

非糜烂性胃食管反流病(Non-erosive Reflux Disease, NERD)是消化系统常见病。NERD的临床特点是存在典型的烧心、反酸、胸痛等反流症状,但缺乏内镜下食管黏膜损害的依据,又称为内镜阴性反流病^[1]。目前西医主要以抑酸、黏膜保护剂及促胃动力等药物治疗,但抑酸剂只对大约一半的NERD有效^[2],且治疗后症状复发率高^[3]。上海市中医医院朱凌云主任多年来对本病的防治积累了丰富的经验。在临床中运用升降并举法而拟方治疗NERD,取效满意。现将临床收集观察的104例病例的疗效总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 104例观察病例(年龄18~65岁)为上海市中医医院内科2008年12月至2011年12月门诊患者。治疗组54例,男42人,女12人,平均年龄为(50.19±11.37)岁,平均病程为(3.67±5.94)年;对照组50例,男29人,女21人,平均年龄为(52.16±12.03)岁,平均病程为(2.90±4.59)年。2组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 依据:1)2003年4月1日在上海召开的胃食管反流病(GERD)研讨会通过的“耐信量表”(Reflux Diagnostic Questionnaires, RDQ) RDQ≥12分者诊断为GERD。2)2008年1月J Gastroenterol Hepatol [2008, 23(1):8-22],发布的《胃食管反流病亚太共识》,对于有GERD典型症状而无报警症状的患者,更新后的共识支持采用PPI试验性治疗,如患者症状得到明显改善(症状群积分的改变75%以上)即可诊断为GERD,内镜阴性者诊断为NERD。3)2005年在美国

胃肠病学杂志[2005, 100:190-200]公布的美国胃肠病学院胃食管反流病(GERD)诊治指南。

1.3 纳入标准 具有非糜烂性胃食管反流病病史1个月以上;年龄在18~65岁之间,性别不限;胃镜阴性;RDQ≥12分, PPI治疗试验阳性;近2周末应用抑酸及促胃肠动力制剂,接受PPI治疗试验者试验结束停药两周(洗脱期);受试者知情同意。

1.4 排除标准 (有以下任何情况之一的患者均被排除在本研究之外) 年龄在18岁以下或65岁以上;怀孕或哺乳期妇女;患者目前有以下病史:药物性食管炎、霉菌性食管炎、放射性食管炎、卓-艾综合征;上消化道恶性病变;严重心、肺、肝、肾、胰疾病;幽门梗阻、冠心病、心力衰竭等疾病患者;怀疑或证实患有恶性肿瘤;严重精神障碍及语言障碍者;对研究药物过敏者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 治疗组口服中药基础方:枇杷叶(包),桔梗,白术。随兼证加减:郁热者加蒲公英;阴虚者加石斛;湿重者加苍术;脾虚者加山药;血瘀者加血竭粉(吞服)。上药水煎服,1剂/d,煎汁服用,100 mL/次,日服2次。对照组口服奥美拉唑肠溶胶囊(常州四药有限公司生产,规格20 mg/片,国药准字:H10950086),20 mg/次,2次/d,早晚空腹服用。2组疗程均为8周±4 d。治疗期间停用其他相关抑酸剂、促胃肠制剂。

1.5.2 观察指标 治疗前后症状评分:参照中国胃食管反流病研究协作组制定的“耐信量表”(N-xerum RDQ),拟定胃食管反流病症状群积分表,观察治疗前后患者积分变化情况。

表1 治疗组治疗前后各个症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

	烧心	泛酸	反胃	胸骨后灼热	咽部不适	吞咽困难	嗝气	上腹胀	上腹痛
治疗前	3.83±0.52	3.17±0.43	3.64±0.50	4.09±0.56	1.03±0.14	1.35±0.18	1.21±0.17	4.02±0.55	3.15±0.43
治疗后	1.82±0.25	1.90±0.26	0.88±0.12	1.55±0.21	0.72±0.10	0.19±0.03	0.70±0.10	1.78±0.24	0.52±0.07
T值	9.178	11.040	7.555	6.327	9.374	2.373	7.723	7.090	5.005
P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.021	0.000	0.000	0.000

表2 对照组治疗前后各个症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

	烧心	泛酸	反胃	胸骨后灼热	咽部不适	吞咽困难	嗝气	上腹胀	上腹痛
治疗前	3.21±0.45	3.54±0.50	3.54±0.50	3.78±0.54	1.15±0.16	0.74±0.10	1.11±0.16	5.64±0.51	3.46±0.49
治疗后	1.44±0.20	1.34±0.19	2.23±0.32	2.33±0.33	0.81±0.11	0.20±0.03	0.73±0.10	1.97±0.28	1.36±0.19
T值	11.984	9.446	5.393	9.214	5.494	2.768	6.725	8.361	6.112
P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.008	0.000	0.000	0.000

1.6 疗效标准 疗效指数 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) \div \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ 。痊愈: 症状及体征消失, 疗效指数 $\geq 95\%$; 显效: 症状及体征基本消失, $80\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$; 有效: 症状及体征好转, $50\% \leq \text{疗效指数} < 80\%$; 无效: 未达到上述标准者。

1.7 统计学方法 使用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析。计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验。

2 结果

2.1 2 组总有效率比较 治疗 8 周后, 治疗组显效 28 例, 有效 21 例, 无效 5 例; 对照组显效 11 例, 有效 35

例, 无效 4 例。治疗组临床症状总有效率为 90.74%, 对照组总有效率为 92%, 2 组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 2 组症状改善比较 治疗 8 周后, 治疗组和对照组对烧心、泛酸、反胃、胸骨后灼痛、咽部不适、吞咽困难、嗝气、上腹胀、上腹痛症状均有明显改善 ($P < 0.05$), 见表 1、表 2。

2.3 各症状积分差值比较 治疗 8 周后, 治疗组对改善咽部不适、反胃的症状要优于对照组 ($P < 0.05$); 而对其他症状的改善 2 组无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 3 2 组各症状积分差值比较 ($\bar{x} \pm s$)

	烧心	泛酸	反胃	胸骨后灼热	咽部不适	吞咽困难	嗝气	上腹胀	上腹痛
治疗组	4.33 $\pm$ 3.47	4.51 $\pm$ 3.00	3.63 $\pm$ 3.53	3.43 $\pm$ 3.98	1.39 $\pm$ 1.09	0.39 $\pm$ 1.20	1.24 $\pm$ 1.18	3.50 $\pm$ 3.63	2.06 $\pm$ 3.02
对照组	4.72 $\pm$ 2.79	4.34 $\pm$ 3.25	2.34 $\pm$ 3.07	3.60 $\pm$ 2.76	0.72 $\pm$ 0.93	0.26 $\pm$ 0.66	0.96 $\pm$ 1.01	3.04 $\pm$ 2.57	2.52 $\pm$ 2.92
T 值	-0.624	0.270	1.981	-0.255	3.361	0.668	1.298	0.741	-0.797
P 值	0.534	0.788	0.040	0.800	0.001	0.505	0.197	0.461	0.427

3 讨论

目前认为 NERD 发病机制主要为酸暴露、食管高敏性及精神因素、食管黏膜组织抵抗力异常, 研究表明 NERD 在内镜下虽未见食管黏膜损伤, 但存在食管黏膜超微结构方面的变化。随着内脏感觉神经电生理学和功能性脑显像技术的发现, 已初步认识到食管内脏高敏感性可能是 NERD 最重要的病理生理基础^[4-6]。目前西医以抑酸药作为治疗 NERD 的主要措施, 只对大约一半的 NERD 有效, 且这种非病因性治疗, 存在复发率高、需长期用药等缺陷。而运用升降并举法所拟组方中没有传统制酸药物, 说明中医辨证论治治疗此病的作用机制与现代医学有所不同, 为今后深入研究治疗此病机理打下基础。

NERD 临床主要表现为烧心、反酸、胸痛等, 属中医“吐酸”“嘈杂”范畴。一般认为其病位在胃, 与肝、脾、肺有密切的关系。基本病因为七情不遂, 饮食所伤, 脾胃虚弱。基本病机为胃气上逆。根据“中焦如衡, 非平不安”的中医传统理论, 我们认为中焦气机升降失常是本病发生的关键。使用适度有升有降之中药, 力求其“平”, 调整失常的中焦气机, 是治疗本病的有效途径。

本研究以升降并举法立论, 采用升降并举的药对作为主药, 抓住治疗的主线, 结合辨证加减对应中药治疗 NERD, 可显著缓解临床症状, 在临床症状的改善方面与奥美拉唑治疗效果相似, 在改善咽喉不适、反胃症状方面优于奥美拉唑, 未见不良反应, 有一定的价格优

势。

中医中药对于 NERD 的临床治疗研究报道较少, 目前尚无中医中药对 NERD 的临床治疗及其机制的深入研究。在本研究中, 笔者体会中药对改善患者的整体生存质量较西药更为明显, 停药后复发情况明显减少, 或复发间隔时间相对较长, 值得进一步深入研究其机制, 更好地发挥中医药优势。

参考文献

- [1] Fass R, Ofman JJ. Gastroesophageal reflux disease; should we adopt a new conceptual framework [J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97: 1901 - 1909.
- [2] Y. Fujiwara, K. Higuchi, H. Nebiki, et al. Famotidine vsomeprazole: a prospective randomized multicentre trial to determine efficacy in non-erosive gastro-oesophageal reflux disease [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2005, 21 (2): 10.
- [3] 王家, 侯晓华, 吴小平, 等. 胃食管反流病与质子泵抑制剂 [J]. 中华消化杂志, 2003, 23 (3): 176 - 179.
- [4] Lu CL, Wu YT, Yeh TC, et al. Neuronal correlates of gastric pain induced by fundus distension: a 3T-fMRI study [J]. Neurogastroenterol Motil, 2004, 16: 575 - 578.
- [5] Kern M, Hofmann C, Hyde J, Shaker R. Characterization of the cerebral cortical representation of heartburn in GERD patients [J]. Am J Physiol Liever Physiol, 2004, 286: G174 - G181.
- [6] Sarkar S, Thompson DC, Woolf CJ, et al. Patients with chest pain and occult gastrococspthalcal reflux demonstrate visceral pain hypersensitivity which may be partially responsive to acid suppression [J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99: 1998 - 2006.

(2012-07-13 收稿)