

调气降逆汤治疗反流性食管炎 70 例疗效观察

武建华

(湖南省衡阳市中医医院 湖南 衡阳 421001)

【摘要】 目的:观察调气降逆汤治疗反流性食管炎的临床疗效。方法:将 140 例反流性食管炎患者随机分为两组。治疗组 70 例口服调气降逆汤治疗,对照组 70 例口服奥美拉唑、甲氧氯普胺、铝碳酸镁治疗。结果:总有效率治疗组为 92.8%,对照组为 85.7%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者症状积分治疗前后组内比较,除吞咽困难外,差异均有统计学意义($P < 0.01$);胃镜复查结果总有效率治疗组为 92.8%,对照组为 78.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:调气降逆汤治疗反流性食管炎有较好疗效。

【关键词】 反流性食管炎;中医药疗法;调气降逆汤

【中图分类号】R259.71 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1003-7705(2015)10-0040-03

反流性食管炎可见反酸、反食、烧心等症状,是由于胃及十二指肠内容物反流进入食管所引起相关反流症状及组织损伤的疾病。少数患者可出现食管外表现,如慢性咳嗽、咽喉炎、哮喘反复发作及

非心源性胸痛等。本院自 2011 年 1 月至 2014 年 5 月运用调气降逆汤治疗反流性食管炎 70 例,取得较为满意的疗效,并与用常规西药治疗的 70 例作对照观察,现报告如下。

表 1 两组治疗结果及疗效比较 [例(%)]

组别	n	临床治愈	有效	无效	总有效
治疗组	42	30(71.43)	10(23.81)	2(4.76)	40(95.24) ^a
对照组	42	24(57.14)	8(19.05)	10(23.81)	32(76.19)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3 不良反应 两组患者均未见明显不良反应。

4 讨 论

梅尼埃综合征是因膜迷路积水所致的内耳疾病,以发作性眩晕、波动性耳鸣或耳聋为主要临床表现。属于中医学“眩晕病”范畴。本病的病理基础为痰湿水饮瘀阻耳窍。《类聚方广义》载“支饮眩冒症,其剧者,混混摇摇,如居暗室,如坐舟中,如步雾里,如升空中,居屋床褥,回转如走,虽瞑目敛神,亦复然……。”张仲景《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》载“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”;又有“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之”。前者化饮利水、健脾扶正,治眩冒之症;后者健脾利水、温阳化饮,治痰饮之本。《金匱要略直解》程林注“《内经》曰,清阳出上窍,支饮留于心膈,则上焦之气,浊而不清,清阳不能走于头目,故其人苦眩冒也。”眩晕的基本病机为太阴、少阴阳虚,水液运行失调,痰饮水湿阻滞三焦。阳虚气化不及,水邪上扰清阳,故可见眩晕耳鸣。水湿之邪内归肠胃,升降失常,可见呕吐痰涎。水湿之邪壅滞肝经可见眩晕、耳鸣。阳虚不能化水,以致水湿停蓄,法当温阳以

利水气,调五脏以复功能,结合淡渗利水,通调三焦,使水从下去,则水源开而水道通矣。

五苓散实为苓桂术甘汤去甘草加泽泻汤加猪苓而成。而苓桂术甘汤为历代医家治疗眩晕之首方,《伤寒论》载“伤寒,若吐、若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”《金匱要略》载:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”《本草纲目》载“猪苓淡渗,气升而又能降,故能开腠理,利小便,与茯苓同功,但入补药不如茯苓也”,猪苓为一种淡渗利水之药,其作用类似于茯苓、泽泻。五苓散方中重用泽泻为君,取其甘淡性寒,直达肾与膀胱,利水渗湿;臣以茯苓、猪苓甘淡渗利,增强利水渗湿之力;佐以白术健脾而运化水湿,转输津液;佐以桂枝,既外解太阳之表,又内助膀胱气化。诸药合用,利水渗湿,化气解表,使水行气化,脾气健运,则蓄水留饮诸证自除^[4]。

参考文献

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉-头颈部外科学(6版)[M].北京:人民卫生出版社,2005:375-377.
- [2] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:315-317.
- [3] 中华医学会耳鼻咽喉科学会.中华耳鼻咽喉杂志编委会.梅尼埃病诊断依据和疗效分级[S].中华耳鼻咽喉杂志,1997,32(2):8.
- [4] 刘亚明.方剂学[M].北京:科技出版社,2004:184.

(收稿日期:2015-03-10)

作者简介:武建华,男,副主任医师,研究方向:胃食管反流病、消化性溃疡、消化道出血的中西医结合治疗

1 临床资料

1.1 一般资料 140 例均为本院住院患者,随机分为两组,治疗组 70 例中,男 38 例,女 32 例;年龄 25 ~ 65 岁,平均(51.25 ± 10.75)岁;病程 0.9 ~ 32 周,平均(3.88 ± 4.91)周;按胃食管反流病的内镜分级标准进行分级,其中 Ia 级 3 例, Ib 级 39 例, II 级 23 例, III 级 5 例。对照组 70 例中,男 46 例,女 24 例;年龄 20 ~ 65 岁,平均(49.27 ± 12.04)岁;病程 0.8 ~ 20 周,平均(3.92 ± 3.19)周; Ia 级 3 例, Ib 级 36 例, II 级 26 例, III 级 5 例。两组性别、年龄、病程、病情分级等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1) 西医诊断标准。参照《反流性食管炎诊断及治疗指南》^[1]拟定。具备典型的反酸、烧心、胸骨后疼痛等胃食管反流病症状,而未出现报警症状者,需同时具有下列反流性食管炎的食管黏膜内镜下表现。Ia: 条状或点状糜烂、发红 < 2 处; Ib: 条状或点状糜烂、发红 ≥ 2 处; II 级: 有条状糜烂发红,出现融合,但非全周性,融合 < 75%; III 级: 病变广泛、糜烂、发红,融合并呈全周性,融合 ≥ 75%。(2) 中医诊断标准。主症: 剑突下或胸骨后烧灼感、疼痛感,伴反酸、烧心、吞咽困难;次症: 易怒、烦躁,口苦口干,胸膈痞闷,小便黄赤,大便干结;辅助检查: 胃镜下可出现不同程度的病理改变,如潮红、水肿、糜烂等;舌象: 舌质红,苔薄黄腻;脉象: 脉弦滑或数。

1.3 纳入标准 年龄在 18 ~ 65 岁,符合反流性食管炎的诊断标准,属于轻、中度反流性食管炎,不伴有其他严重的胃肠道、肝、胆、胰等消化系统疾病,无食管裂孔疝,无食管或胃贲门手术病史,无其他全身系统性疾病病史,除外妊娠及哺乳期妇女者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用调气降逆汤治疗。药物组成: 旋覆花(包煎) 10g,代赭石(先煎) 30g,枳壳 15g,陈皮 15g,黄芪 15g,党参 15g,广香 10g,石菖蒲 10g,浙贝母 10g,甘草 6g。均由本院中药制剂室煎药机煎 30min,每剂煎煮 2 包,每包 100mL,密封装袋。每天 2 次,早晚餐前 30min 各服 1 包。

2.2 对照组 采用常规西药治疗。(1) 奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司生产) 20mg,口服,每天 1 次;(2) 甲氧氯普胺片(天津力生制药股份有限公司生产) 5mg,口服,每天 3 次;(3) 铝碳酸镁片(拜耳医药保健有限公司生产) 1g,口服,每天

3 次。

两组均以 8 周为 1 个疗程,观察治疗期间不得使用其他相关治疗性药物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参考耐信量表(RDQ)^[2],以反酸、烧心、吞咽困难、胸痛等主要症状的严重程度评分作为评价标准。症状评分标准为: 无症状计 0 分,可耐受的轻微症状计 1 分,严重影响日常生活的较为明显症状计 3 分,介于 1 分和 3 分之间的症状计 2 分。采用奥林巴斯电子胃镜对反流性食管炎患者进行检查,以镜下食管黏膜的表现进行内镜下分级^[1]。

3.2 疗效标准 综合疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[3]拟定。痊愈: 疗效指数 ≥ 90%; 显效: 疗效指数 ≥ 67%、< 90%; 有效: 疗效指数 ≥ 33%、< 67%; 无效: 疗效指数 < 33%,或者为负数。消化内镜检查疗效标准参照文献[1]拟定。治疗后 0 分为痊愈; 治疗后减少 2 分以上为显效; 治疗后减少 1 分为有效; 治疗后积分无变化甚至增加为无效。

3.3 统计学方法 运用 SPSS 17.0 统计学软件对观察数据进行统计学分析。采用参数检验对等级资料进行分析,运用 χ^2 检验对计数资料进行统计学分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.8%, 对照组为 85.7% 组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 两组综合疗效比较(例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	70	23	32	10	5	92.8 ^a
对照组	70	17	20	23	10	85.7

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 两组治疗前后症状积分比较 两组症状积分治疗前后组内比较,除吞咽困难外,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 两组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	烧心	反酸	胸痛	吞咽困难	总积分
治疗组	70	治疗前	6.2 ± 1.7	4.6 ± 1.4	3.4 ± 1.8	4.7 ± 1.3	10.4 ± 1.6
		治疗后	1.2 ± 1.6 ^a	1.0 ± 1.6 ^a	0.3 ± 1.3 ^a	4.8 ± 1.5 ^b	3.3 ± 1.3 ^a
对照组	70	治疗前	5.5 ± 1.8	3.8 ± 1.7	3.5 ± 1.4	4.9 ± 1.6	11.2 ± 1.7
		治疗后	1.3 ± 1.5 ^a	1.2 ± 1.9 ^a	0.4 ± 1.6 ^a	5.1 ± 1.7 ^b	2.7 ± 1.2 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.01$, ^b $P > 0.05$ 。

3.4.3 两组消化内镜检查疗效比较 总有效率治

疗组为92.8% ,对照组为78.5% ,组间比较 ,差异有统计学意义。(见表3)

表3 两组消化内镜疗效比较(例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	70	30	2	33	5	92.8 ^a
对照组	70	20	1	34	15	78.5

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.4.4 两组治疗前后消化内镜下分级比较 两组治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表4)

表4 两组治疗前后消化内镜下分级比较(例)

组别	n	时间	0级	I a级	I b级	II级	III级
治疗组	70	治疗前	0	6	32	28	4
		治疗后	38 ^{ab}	18 ^{ab}	13 ^{ab}	1 ^{ab}	0 ^{ab}
对照组	70	治疗前	0	3	35	27	5
		治疗后	30 ^a	16 ^a	21 ^a	3 ^a	0 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.01;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.5 不良反应 治疗组未出现明显不良反应,对照组出现头痛3例,恶心3例,腹痛2例,但均未出现中途退出病例。

4 讨论

反流性食管炎是一种与消化道动力学障碍相关的疾病,其病因是多因素的,其发病机制主要是胃食管抗反流功能减弱,对食管黏膜的保护作用降低,从而增加反流物对食管黏膜的损害。本病属中医学“胃痞”、“嘈杂”、“胸痛”、“烧心”、“吐酸”等范畴。食管、胃之疾病多与饮食相关,两者均有相似的病因病机。因食管为胃系,总属于胃,故其病多与肝脾相关。思伤脾,怒伤肝,脾主气机升降,肝主气机疏泄,肝脾受损则出现气机郁结;气机郁结则水液内停,运化失职,痰浊内生;气行则血行,气滞则血瘀;痰瘀互结于胸中,阻遏食道气机,食物精微运化失常,而出现“气噎”及“忧噎”。饮食不节,嗜好烟酒,服药过度,好食肥甘厚腻之物,过食辛辣香燥之品,因食道气机失降而使胃内容物反流,刺激食道,局部湿浊、痰瘀互结,郁而化火,灼伤食道,而出现局部烧灼感,并见反酸、暖气、反胃、反食、吞咽困难、胸痛等症状,食道黏膜可出现充血、糜烂、水肿、渗出、溃疡等病理改变;因气机失降,上逆胸中,可见咽炎、咳嗽、气喘等食管外局部刺激症状。其总病机为气机升降失调,上逆胸中,痰瘀互结,郁久化火,灼伤胃系,病位在食管,与肝胆脾胃相关,反流为因为本,炎症为果为标。如叶天士在

《临证指南医案》中所述“肝脏厥气,乘胃入膈。”现代医学中对反流性食管炎的治则主要为抑制胃酸分泌、改善胃肠动力、保护消化道黏膜。抑制胃酸的治疗常使胃酸分泌明显减少,停药后易出现胃酸分泌的反跳现象,为抑制这种反跳现象需明显延长服药时间(≥2个月),所以患者的依从性相对较差。笔者在总结反流性食管炎的临床诊治经验,并辅以现代医学中胃镜检查为基础,形成以调气降逆汤为主方的治疗方案。结合现代中药药理研究,代赭石、旋覆花具有中枢性的镇吐作用,从而减轻胃食管反流^[4];党参通过对胃酸、胃液、胃蛋白酶的抑制而起到治疗溃疡的作用;枳壳具有改善胃肠蠕动、促胃排空的作用;陈皮在抑制胃酸分泌及胃溃疡发生的同时具有利胆作用;甘草则有促进溃疡愈合的作用;因而,本方以顺气降逆、理气和胃、健脾化湿为法,具有抑制胃酸分泌、修复黏膜损伤、减少食道反流的作用,以达到治愈反流性食管炎的目的。本次临床观察表明,本方为治疗反流性食管炎的有效方剂,值得进一步研究及推广。

参考文献

- [1] 陆星华,张泰昌.反流性食管炎诊断及治疗指南[S].中华消化内镜杂志,2004,21(4):221-222.
- [2] 许国铭.反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J].中华消化杂志,2003,23(11):651-654.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:366-367.
- [4] 龚雪康.“加味旋覆代赭汤”治疗反流性食管炎50例[J].江苏中医药,2002,23(12):19.

(收稿日期:2015-02-04)

心脏病急救的措施

心脏猝死80%都是由冠心病及其并发症引起的,另外,心肌病、心衰、先天性心脏病,严重的心律失常也可导致猝死。据资料显示,我国心脏猝死人口数量是西方国家死亡总人数的5%,而且还在逐年上升。一旦确诊为心脏骤停,抢救者应当机立断、分秒必争,迅速采取抢救措施:(1)头部后仰使气道通畅。(2)人工呼吸反复进行。(3)挤压心脏重建循环。(4)抢救药物及时应用。(5)心电监护不可或缺。(6)血气尿量动态观察。(7)保护肾脏。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2015-09/30/content_439890.htm)