

• 临床报道 •

胃反灵治疗胃食管反流病 45 例

苗 发 启

(山东省菏泽市中医医院, 2740000)

胃食管反流病(GERD)是指由于胃内容物(包括胃酸、胃蛋白酶、胆汁、胰液、十二指肠液等)异常反流入食管产生不适症状和(或)并发症的一种疾病,主要包括非糜烂性反流病(NERD)、反流性食管炎(RE)和Barrett食管(BE)^[1]。近年来,笔者采用自拟方胃反灵加减化裁治疗GERD 45例,并与单纯西药组41例进行对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参考文献[1-2]制定。①有反流症状群,包括反流的主要症状(烧心、反流和反酸),伴有/或不伴有反流的相关症状(非心原性胸痛、上腹痛、嗝气、腹胀、上腹不适、咽部异物感、吞咽痛、吞咽困难等)及食管外症状(慢性咳嗽、咽喉炎、哮喘等),其RDQ症状积分≥6分。②内镜检查:显示累及远端的食管炎,但无消化性溃疡、幽门梗阻、呕吐等引起继发性的病因。根据内镜下食管病变严重程度分轻、中、重度(洛杉矶分级标准,A级:轻,B级:中,C和D级:重度)。③质子泵抑制剂(PPI)试验阳性。符合①+②或①+③即可诊断。

1.2 一般资料

将我院2007年3月~2010年1月的门诊中符合GERD诊断并经胃镜镜检确诊的患者86例,随机分为治疗组与对照组。治疗组45例,其中男26例,女19例;平均年龄(35.86±4.25)岁;平均病程(3.12±0.69)年。对照组41例,其中男23例,女18例;平均年龄(33.56±3.98)岁;平均病程(3.32±0.96)年。两组患者在性别、年龄、病程等方面具有可比性(P>0.05)。

2 治疗方法

对照组给予奥美拉唑胶囊20mg,每日3次,口服;莫沙必利每次5mg,每日3次,口服。30d为1个疗程。治疗组以胃反灵加减化裁(柴胡10g,香附15g,枳实10g,白芍15g,沉香6g,白及10g,桔梗10g,蒲公英30g,瓦楞子30g,厚朴10g,连翘12g,甘草3g,半夏10g)。水煎服,每日1剂,30d为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考文献[1]拟定:①症状治疗前分轻、中、重3级(轻度:症状不明显,在医生提醒下发现;中度:症状明显,影响日常生活,偶尔服药;重度:症状非常明显,影响日常生活,需长期服药治疗)。治疗后分痊愈、好转(症状降至至少1级)、无效3级;②胃镜分痊愈、好转(病变程度减轻至少1级)、无效3级。全部患者治疗前后均接受了胃镜检查。③复发判断(停药2个月时随访患者)。未复发:反流相关主症未出现;复发:出现反流相关主症,且RDQ症状积分≥6分。或胃镜检查出现反流性食管炎。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组45例,痊愈10例,好转34例,无效1例,有效率

97.8%。对照组41例,痊愈5例,好转30例,无效6例,有效率85.4%。两组总有效率比较,差异有统计学意义(P<0.05)。

3.3 两组临床症状疗效比较

两组患者烧心、反流、反酸、胸痛、嗝气、咽堵、胸闷、腹胀、背痛、皖闷10项症状治疗组疗效明显为优(P<0.05)。

3.4 两组治疗后胃镜下黏膜改善情况比较

治疗组45例,痊愈40例,好转4例,无效1例,总有效率为97.8%;对照组41例,分别为34例、2例、5例、87.8%。两组比较,治疗组明显为优(P<0.01)。

3.5 停药后复发情况比较

停药2个月时两组复发率比较:中药组随访38例,复发18例,复发率47.4%。西药组随访35例,复发23例,复发率65.7%。两组复发率比较,差异有统计学意义(P<0.05)。

4 讨论

GERD属中医学“吐酸”、“嘈杂”、“胃痛”、“噎膈”、“反胃”等范畴。其具体治法为理气降逆、疏肝解郁,并针对痰浊和瘀血等病理产物,配合化痰、活血等治法,同时辨证采用清热养阴、消食和胃、健脾化湿、敛酸通腑等法。胃反灵方中柴胡、白芍疏肝解郁,理气健脾,和胃降逆,调节消化道平滑肌的收缩功能,促进胃内液体的排空,降低胃内压;瓦楞子、沉香制酸行气、止痛,半夏、厚朴、枳实健脾燥湿化痰,降逆和胃,抑制胃液分泌,调节食管下段括约肌的功能;香附、白及理气活血,消胀止痛,改善胃、食管黏膜的血液循环,促进损伤组织的再生与修复;连翘、蒲公英清热解毒,能杀灭幽门螺杆菌;桔梗宣开肺气、祛痰利咽,缓解咽部不适症状,甘草调和诸药。

参考文献

[1]林三仁,许国铭,胡品津,等.中国胃食管反流病共识意见[J].胃肠病学,2007,12(4):233-239.
[2]中国胃食管反流病研究协作组.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.

针灸治疗免疫性不孕症 57 例

孙兴亮 张若申 罗广生

(山东省平阴县中医医院不孕不育症专科, 250400)

人类生殖免疫问题较为复杂,相当一部分不明原因的不孕症由免疫异常引起^[1]。研究发现,不孕症患者体内存在抗精子抗体(AsAb)、抗子宫内抗体(EmAb)、抗卵巢抗体(AoAb)、抗促绒毛膜性腺激素抗体(HcGAb)、抗透明抗体(ZpAb)、抗心磷脂抗体(AcAb)等免疫抗体。我们自2007年1月~2010年1月应用针灸治疗免疫性不孕症,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

免疫性不孕症患者106例,来自2007年1月~2010年1月山东省平阴县中医医院不孕不育症专科门诊,随机分为治疗组 and 对照组。治疗组57例,平均年龄(28.12±3.45)岁;平均不孕

年限(3.23±1.15)年;原发性不孕症 30 例,继发性不孕症 27 例。对照组 49 例,平均年龄(27.29±2.28)岁;平均不孕年限(3.31±1.18)年;原发性不孕症 29 例,继发性不孕症 20 例,经统计学处理,两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

月经周期 B 超连续排卵检测、子宫输卵管造影、性腺激素 6 项检查、甲状腺激素检查均正常。排除糖尿病,严重的心、肝、肾、血液系统疾病,严重的子宫内膜异位症,妇科肿瘤性疾病,癫痫,精神疾病以及不能耐受针灸治疗者。

1.3 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]及免疫性不孕症的诊断标准制定。①育龄夫妇婚居 2 年以上,未采取任何避孕措施而未曾孕育者,或曾孕育而后 2 年未再孕育;②除外致不孕的其他原因;③可靠的检测方法证实体内存在抗生育免疫;④体外实验证实抗生育免疫干扰人精卵结合。在上述 4 项标准中,满足前 3 项可作出免疫性不孕症的临床诊断;若同时满足 4 项标准则肯定临床诊断。

2 治疗方法

治疗组针刺根据补益肝肾、清热利湿、活血通络的治疗方法,选取肝俞、肾俞、太溪、合谷、血海、太冲、阳陵泉、三阴交、足三里为主。患者取俯卧位,常规消毒后,用(0.35~0.38)mm×50mm 毫针,常规刺入上述双侧穴位 1.0~1.5 寸后,施行平补平泻手法,得气后接电针仪,用中等强度连续波,每次针 30min,每日 1 次,30 次为 1 个疗程,治疗 3 个疗程后统计疗效。

西药对照组口服强的松,每次 5mg,每日 1 次,30d 为 1 个疗程,AcAb 阳性患者加肠溶阿司匹林 50mg,每日 1 次,30d 为 1 个疗程。治疗 3 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。治愈:血清各项抗体转阴,6 个月后无复发,已妊娠;显效:血清各项抗体转阴,6 个月后无复发,未妊娠;有效:抗体部分转阴,未妊娠;无效:血清各项抗体未转阴,未妊娠。

3.2 治疗结果

治疗组 57 例,治愈 14 例,显效 16 例,有效 20 例,无效 7 例,总有效率为 87.7%;对照组 49 例,分别为 9 例、10 例、16 例、14 例、71.5%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组第 1 个疗程抗体转阴率 24.56%,而对照组为 30.62%,对照组高于治疗组,两组差异无统计学意义($P>0.05$),治疗组第 2、3 个疗程分别为 35.09%、28.07%,而对照组分别为 14.28%、14.28%,差异有统计学意义($P<0.05$),抗体全部转阴率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。

4 讨论

针灸具有免疫调节作用,可提高巨噬细胞的吞噬能力,提高白细胞数量,增强其吞噬能力,并对免疫亢进有抑制作用,可使增高的 IgG、IgA、IgM 下降或恢复正常;还可升高补体 C3,降低免疫复合物水平。针灸可以调节肾上腺素 α 和 β 受体治疗过敏性疾病。电针足三里、三阴交、合谷等穴位对 T 淋巴细胞亚群和淋巴细胞转化功能有明显改善作用。针灸阳陵泉、足三里、三阴交等穴可使 NK 细胞活性显著增强。

参考文献

- [1] 罗利兰. 不孕与不育[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:363-374.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第 1 辑. 1993:192-193.

中西医结合治疗糖尿病肾病 36 例

云卫方 刘艳春

(浙江省嘉兴市新安国际医院肾内科,314031)

糖尿病肾病(DN)是糖尿病最常见的并发症,也是糖尿病患者主要死亡原因之一。我科自 2005 年 8 月~2007 年 8 月收治的 DN 患者 64 例,其中 36 例采用中西医结合治疗方法,在常规西医治疗的基础上加用中药芪术汤辨证施治,与 28 例单纯西医治疗进行对比,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例分为治疗组和对照组。治疗组 36 例,男 20 例,女 16 例;平均年龄(43±7.5)岁;平均病程(11±2.3)年。对照组 28 例,男 16 例,女 12 例;平均年龄(45±6.4)岁;平均病程(10±3.1)年。两组数据比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

①所有糖尿病患者均符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准, DN 分期按国际通用的 Mogensen 分期标准选择Ⅳ期患者,并排除其他原因引起的蛋白尿;②24h 尿蛋白>3.5g;③血浆白蛋白<30g/L。

1.3 排除标准

原发性高血压病、低蛋白血症、心力衰竭、严重感染、血清转氨酶升高或其他肾脏疾病引起的肾功能改变及近 1 个月内有泌尿系感染者。

2 治疗方法

2.1 对照组

一般治疗:糖尿病教育及饮食指导,每日摄入优质蛋白 0.8g/kg。药物治疗:控制血糖低于 8.0mmol/L;低分子肝素 2500U 皮下注射,每日 2 次;均使用最小剂量的血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)类药物;其次以钙离子阻滞剂或 β 受体阻滞剂控制高血压,高血脂者服用他汀类药物,浮肿者酌情给予利尿药物。

2.2 治疗组

在对照组治疗的基础上加用芪术汤,基本方:黄芪 30g,当归 15g,苍术 15g,黄柏 10g,水蛭 10g,地龙 10g,大黄 10g。将上述药煎煮浓缩,取药液 400ml,分 2 次早晚温服,每日 1 剂。两组疗程均为 6 周。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

完全缓解:3 次以上测定尿蛋白阴性,24h 尿蛋白定量<0.2g,血浆白蛋白接近正常或正常;部分缓解:3 次以上测定 24h 尿蛋白定量<1.0g,血浆白蛋白显著改善;好转:尿蛋白减少、减轻,3 次以上测定 24h 尿蛋白定量<3.0g,血浆白蛋白改善;无效:尿蛋白及血浆白蛋白与治疗前比较无差别或变化不明显。

3.2 两组临床疗效比较