

健脾降逆汤合奥美拉唑治疗小儿胃食管反流病 30 例

★ 林燕¹ 李华² 李练³ (1. 河北省中医院 石家庄 050011; 2. 河北省石家庄眼科医院 石家庄 050011; 3. 河北医科大学第二医院 石家庄 050011)

关键词:健脾降逆汤;奥美拉唑;小儿;胃食管反流病

中图分类号:R 289.5 **文献标识码:**B

小儿胃食管反流是由于食管下括约肌功能障碍和/或与其功能有关的组织结构异常,以致食管下括约肌压力低下而出现反流,可表现为上腹痛、烧心、呕吐、反复呼吸道感染等症状,影响儿童生长发育及生活质量,且该病发病率逐年上升。我科应用健脾降逆汤联合奥美拉唑治疗该病取得满意的疗效,现报告如下:

1 临床资料

1.1 病例来源 2008 年 7 月~2009 年 3 月我院儿科门诊及住院该病患儿 60 例。其中男 36 例,女 24 例,年龄 2~14 岁。

1.2 病例分组 凡符合病例观察者,按照就诊的前后顺序,随机分为两组:中西药结合治疗组 30 例;西药对照组 30 例。两组年龄、性别经统计学统计无显著性差异。

2 治疗方法

2.1 西药对照组 奥美拉唑肠溶片(20 mg×7 片,阿斯利康制药有限公司生产)口服,剂量为 0.5~0.7 mg/(kg·d),晨起顿服,共 8 周;

2.2 中西药结合治疗组 (1)中药予健脾降逆汤加减:党参、云苓、柴胡、白芍、枳壳、炒白术、旋覆花、代赭石、白及、炙甘草。随症加减:气虚明显者加党参;胸痛满闷加半夏、厚朴;胃脘痛处不移加五灵脂、蒲黄(包)。由制剂室配制,统一浓度标准,依患儿年龄增减药量,同常规汤剂煎服法,每日 1 剂,水煎取汁 100~300 ml,分 2~3 次于餐后 30~60 分钟服药。(2)西药予奥美拉唑肠溶片,服用方法同对照

组。

同时嘱咐两组病人保持心情舒畅,减少脂肪摄入,避免巧克力、汽水等刺激性食物,餐后 3 小时内避免平卧,抬高床头,肥胖患者减轻体重等,以利于疾病恢复。

2.3 评分标准 (1)证候评分标准:采用积分法:无症状计 0 分;按轻、中、重分级标准,主证(烧心、反酸、胸骨后烧灼感或疼痛)分别计为 2,4,6 分。次证(胃脘胀痛或痞满、反复呕吐、咳嗽等)分别计为 1,2,3 分。(2)内镜评分标准:正常计 0 分,1 级计 2 分,2 级计 4 分,3 级计 6 分。0 级:正常(可有组织学改变);1 级:点状或条状发红、糜烂、无融合现象;2 级:有条状发红、糜烂、并有融合,但非全周性;3 级:病变广泛,有条状发红、糜烂、融合呈全周性或溃疡。

2.4 疗效判定标准 (1)证候判定标准:症状总积分较治疗前下降 $\geq 90\%$,痊愈;症状总积分较治疗前下降 $\geq 70\%$, $< 90\%$,显效;症状总积分较治疗前下降 $\geq 30\%$, $< 70\%$,有效;症状总积分较治疗前下降 $< 30\%$,无效。(2)内镜判定标准:复查的积分为 0 分,痊愈;复查的积分减少 4 分,显效;复查的积分减少 2 分,有效;复查的积分无变化或增加 2 分,无效。(3)综合疗效判定标准:临床痊愈:临床症状、内镜疗效判定均为痊愈;显效:临床症状、内镜疗效判定均为显效;有效:临床症状、内镜疗效判定均为有效;无效:各项指标无改善,或反而加重者。

2.5 统计方法 将合格数据采用 SPSS11.0 进行统

计处理。记数资料用 χ^2 、记量资料采用独立样本 t 检验、配对 t 检验、秩和检验等进行统计学处理分析。

3 治疗结果

本实验全程共观察患者 59 例,其中治疗组 30

例,对照组 29 例(其中 1 例因经济原因退出观察)。两组均取得较满意的临床疗效及内镜结果;治疗组对反酸、胃脘胀满的效果及痊愈率优于对照组;期间治疗组患者服药后无一例出现头昏、腹泻、皮疹等不良反应。结果见表 1、2、3。

表 1 治疗前后症状积分($\bar{x} \pm s$)

		烧心	反酸	胸骨后痛	胃脘胀满	反复呕吐	咳嗽
治疗组	治疗前	2.667 ± 1.688	3.133 ± 1.358	1.467 ± 1.383	1.633 ± 0.650	1.567 ± 0.626	0.433 ± 0.626
	治疗后	0.467 ± 1.137	0.667 ± 1.093	0.200 ± 0.610	0.167 ± 0.531	0.267 ± 0.583	0.100 ± 0.305
对照组	治疗前	2.897 ± 1.372	3.310 ± 1.339	1.655 ± 1.421	1.759 ± 0.636	1.586 ± 0.780	0.552 ± 0.686
	治疗后	1.035 ± 1.426	1.379 ± 1.522 [●]	0.621 ± 1.083	0.552 ± 0.736 [★]	0.586 ± 0.733	0.103 ± 0.310

注:组中各症状治疗前后经配对 t 检验,均 $P < 0.01$,说明治疗组和对照组各症状在治疗前后均有显著性差异。治疗后两组间症状经独立样本 t 检验,[●] $P = 0.032$ ($P < 0.05$)、[★] $P = 0.023$ ($P < 0.05$);其余均 $P > 0.05$ 。说明两组对烧心、胸骨后痛、咳嗽、反复呕吐的治疗无明显差异;对反酸、胃脘胀满的效果治疗组优于对照组,两者有显著差异。

表 2 治疗后内镜分级 例

组别	0 级	1 级	2 级	3 级
治疗组	19	6	3	2
对照组	13	5	6	5

注:两组内镜分级经秩和检验, $P = 0.45$ ($P > 0.05$),无显著差异,表明两组无统计学差异。

表 3 综合疗效比较 例

	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	19	6	3	2	93.3
对照组	29	13	5	6	5	82.8

注:经秩和检验,总有效率比较 $P = 0.088$ ($P > 0.05$),无明显差异,说明两组总合疗效一致,但治疗组比对照组的痊愈率高。

4 讨论

现代医学认为胃食管反流病是食管动力障碍性疾病,损伤食管粘膜主要是胃酸的作用,因此酸分泌抑制剂是针对发病过程的阻断剂,抑制胃酸对本病有重要意义。根据中华医学会儿科学分会消化学组制定的小儿胃食管反流病诊断治疗方案^[1],推荐药物为质子泵抑制剂(PPI)或 H_2 受体拮抗剂,并且采用经济有效的递减疗法^[2],以 PPI 的抑酸作用最强和作用时间最长,其中奥美拉唑是促进消化性食管

炎快速愈合的最有效药物。

我们在临床上多采用中西医结合的方法,认为胃为水谷之海,与脾互为表里,共司受纳、消化、疏布之职,食管为胃府传输饮食之通道,故胃的功能对食管的影响至为密切。脾与胃互为表里,由于生理上的相互关系,在病理上也是互相影响。因此脾胃本虚,升降失衡是导致胃肠运动障碍发生本病的根本原因;脾胃不调、升降失和是病机关键。所以本病治疗应以健脾降逆为主。健脾降逆汤中党参、云苓、炒白术健脾;柴胡、白芍、枳壳等疏肝和胃;旋覆花、代赭石降逆,全方共奏健脾降逆之效。合奥美拉唑从“本”上阻断发病机制,从“标”上阻断发病过程,因此取得满意的临床疗效。

参考文献

- [1]江米足.小儿胃食管反流病诊断治疗方案(试行)[J].中华儿科杂志,2006,44(2):96.
- [2]Ravelli AM, Villanacci V, Ruzzenenti N et al. Dilated intercellular spaces; a major morphological feature of esophagitis [J]. Jpediatr Gastroenterol Nutr, 2006, 42(5): 510-515.

(收稿日期:2009-07-28 责任编辑:秦小珑)

征稿启事

《江西中医药》所设的重点栏目有《明医心鉴》、《滕王阁医话》等。《明医心鉴》以介绍名老中医经验和中医临证心得为主,重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验,要求观点、方法新,经验独到。《滕王阁医话》主要反映中医教学、科研、临床的一得之见,要求以小见大,有感而文,语言生动流畅,可读性强,富于知识性、趣味性。