

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0043-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.021

半夏泻心汤联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床效果

李文红

(佳木斯市中医医院, 黑龙江 佳木斯 154000)

〔摘要〕 目的: 观察半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床效果。方法: 选取佳木斯市中医医院 2018 年 2 月至 2019 年 2 月收治的 66 例反流性食管炎患者, 按照是否给予半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗将所有患者分为对照组与观察组, 各 33 例。比较两组患者治疗前后症状积分变化情况、治疗效果。结果: 两组患者治疗前中医症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者治疗 3 个疗程后中医症状积分明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗 3 个疗程后病情得到明显改善的个体明显多于对照组。结论: 半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎效果明显优于单一雷贝拉唑的治疗效果。

〔关键词〕 半夏泻心汤; 雷贝拉唑; 反流性食管炎

〔中图分类号〕 R 571 [文献标识码] B

反流性食管炎的发生与机体抗反流屏障以及食管酸廓清功能遭到破坏有关, 胃、十二指肠内容物均反流入食管, 食管难以将酸性反流物排空, 致使食管黏膜生理结构完整性遭到破坏, 食管上皮黏膜出现不同程度水肿、充血、糜烂等病理改变, 目前临床主要治疗手段为药物保守治疗^[1-2]。本研究对本院 2018 年 2 月至 2019 年 2 月收治的 33 例给予雷贝拉唑治疗反流性食管炎患者与 33 例给予半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎患者, 比较在治疗前后中医症状积分变化情况以及治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察组 33 例患者中男 (18 例) 女 (15 例) 比例为 6:5, 年龄在 32 ~ 66 岁, 平均年龄 (43.52 ± 1.42) 岁, 反流性食管炎病程在 2 ~ 5 年, 平均病程 (3.14 ± 0.12) 年。对照组 33 例患者中男 (17 例) 女 (16 例) 比例为 17:16, 年龄在 33 ~ 68 岁, 平均年龄 (43.51 ± 1.48) 岁, 反流性食管炎病程在 2 ~ 5 年, 平均病程 (3.11 ± 0.15) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可对比性。

1.2 病例选择标准

参与本研究的患者均因胸骨后烧灼样疼痛、餐后反流就诊, 医师结合患者临床症状、胃镜检查、病理检查以及其他辅助检查结果, 判断患者均符合反流性食管炎临床诊断标准^[3]; 本研究参考《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[4]相关内容, 参与本研究的患者均伴有心下痞满、恶心、干呕、肠鸣下利、舌苔黄腻、脉濡数等寒热错杂症状; 医护人员在告知患者及患者家属临床诊断结果、本研究

目的和内容后, 征得患者及患者家属同意后实施本研究。排除标准: (1) 排除合并胃溃疡、十二指肠溃疡等其他消化系统疾病患者。(2) 排除合并心、脑、肝、肾等脏器疾病患者。(3) 排除参与本次研究前 2 周服用影响本研究结果用药患者。(4) 排除未严格遵循医嘱用药或抗拒治疗患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 患者入院前 3 h 均禁止饮食, 雷贝拉唑钠肠溶片 (卫材药业有限公司, 国药准字 H30090090) 单一给药治疗, 每日早餐前给药 1 次, 每次口服 30 mg, 连续给药 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.3.2 观察组 患者给予雷贝拉唑钠肠溶片联合半夏泻心汤加减治疗, 其中雷贝拉唑钠肠溶片给药方法、给药量均参考对照组, 半夏泻心汤基本药物组成如下: 半夏 15 g, 黄芩 9 g, 干姜 9 g, 人参 9 g, 炙甘草 9 g, 黄连 3 g, 大枣 4 枚, 对于恶心呕吐症状较重的患者可添加旋覆花 9 g、竹茹 6 g; 对于脘腹胀满的患者可添加枳实 13 g。1 剂 · d⁻¹, 每日餐前 30 min 温服 250 mL, 连续给药 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 观察比较两组患者入院时及治疗 3 个疗程后恶心、呕吐、心下痞满等中医症状积分变化情况, 0 分表示患者无上述症状; 1 分表示患者存在轻度症状; 2 分表示患者症状不明显, 对患者日常生活不会造成显著影响; 3 分表示患者症状较为明显, 影响患者生活。中医症状积分越高表示患者中医症状越重, 对患者日常生活影响越大。(2) 观察比较两组患者治疗 3 个疗程后总有效率, 本研究参考患者内镜检查结果, 显效: 患者临床症状均消失, 内镜检查显示患者食

〔收稿日期〕 2020-04-30

〔作者简介〕 李文红, 女, 主治中医师, 主要研究方向是消化胃肠疾病。

管黏膜组织正常。有效：患者临床症状有明显改善，内镜检查显示食管黏膜存在点状、条状组织，无融合或非全周性融合。无效：未达显效及有效标准。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医症状积分变化情况比较

两组患者治疗前中医症状积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。观察组患者治疗 3 个疗程后中医症状积分明显优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医症状积分变化情况比较
(*n* = 33, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	恶心、呕吐		心下痞满	
	治疗前	3 个疗程后	治疗前	3 个疗程后
对照组	2.52 ± 0.16	1.53 ± 0.18	2.53 ± 0.15	1.86 ± 0.14
观察组	2.51 ± 0.15	0.71 ± 0.17 ^a	2.52 ± 0.14	0.75 ± 0.15 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者的总有效率比较

观察组治疗 3 个疗程后病情得到明显改善的个体明显多于对照组，见表 2。

表 2 两组患者的总有效率比较 (*n* = 33, *n* (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率 / %
对照组	17(51.52)	9(27.27)	7(21.21)	78.79
观察组	20(60.61)	12(36.36)	1(3.03)	96.97 ^b

与对照组比较，^b*P* < 0.05

3 讨论

西医研究认为反流性食管炎的发生与食管防御机制的削弱有关，雷贝拉唑口服给药后可附着于胃壁细胞表面，与胃壁细胞内 H⁺、K⁺ 等质子泵受体进行特异性结合，从而抑制

胃酸的分泌，为食管黏膜修复创造有利环境^[5]。中医认为反流性食管炎与“吞酸、反胃”等病证较为相似，中医理论认为本病病位在食管，病因为饮食不节损伤脾胃，脾寒失于健运，胃失和降，中焦湿阻，郁久化热，从而致使患者出现恶心、呕吐、心下痞满等寒热错杂症状^[6]。半夏泻心汤为治疗脾胃寒热错杂常用方，方中以半夏为君，半夏性温具有降逆和胃、消痞散结的作用，黄芩、干姜均为臣药，黄芩具有清热凉血的作用，干姜性味辛、热，具有温中散寒的作用，黄芩与干姜共为臣药，可平调寒热、辛开苦降，方中人参可健脾益肺，大枣可补中益气，黄连可清热和胃，炙甘草调和诸药药性，促使诸药合用，共奏和胃降逆之功^[7]。

本研究显示观察组患者治疗 3 个疗程后中医症状积分明显改善且总有效率优于对照组，由此可见，对于反流性食管炎患者半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗有较高的临床疗效。

(参考文献)

- (1) 孟凡志, 安晓亮, 徐吉存, 等. 半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床观察 (J). 中医临床研究, 2015, 21(26): 87-88.
- (2) 代亚锋. 半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑对反流性食管炎的治疗效果 (J). 医药前沿, 2018, 8(35): 327.
- (3) 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南 (2003 年) (J). 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- (4) 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) (J). 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(3): 221-226, 232.
- (5) 王彦, 魏玮. 半夏泻心汤加减联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床观察 (J). 世界中西医结合杂志, 2013, 8(2): 200-202.
- (6) 王华. 半夏泻心汤化裁联合雷贝拉唑钠肠溶片改善反流性食管炎患者睡眠、焦虑的疗效及对胃肠激素和食管黏膜 NOS、VIP 表达的影响 (J). 国际医药卫生导报, 2019, 25(6): 890-894.
- (7) 怀秀雄, 高秋林. 半夏泻心汤联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎 (J). 光明中医, 2015, 28(6): 1217-1218.