

中西医结合治疗重度溃疡性食管炎疗效观察

戴尚景

笔者自 1991 年 2 月~1998 年 2 月,应用中西医结合治疗重度溃疡性食管炎,取得较好疗效,现报告如下。

临床资料 诊断标准 剑突下或胸骨后灼热或疼痛,反酸,呃逆,吞咽痛;内镜见食管粘膜发红、糜烂融合呈全周性,并有溃疡。排除食管癌,心绞痛或心肌梗死、胃十二指肠溃疡及其他重要脏器疾患。全部病例分为 3 组,每组 18 例,其中 A 组为中西医结合治疗组, B 组为单纯西医治疗组, C 组为单纯中医治疗组。3 组临床资料比较差异无显著性 ($P>0.05$),具可比性。见表 1。

治疗方法 B 组在一般治疗(主要是生活方式改变的指导,包括抬高床头约 15~20cm;避免烟、酒、咖啡、巧克力等刺激;低脂、低糖饮食;避免饱食等)的同时,给予雷尼替丁胶囊(福建古田药业有限公司生产,批号 1990 03 03)150mg 口服,每日早餐前及晚餐后各 1 次,疗程 8 周; C 组口服中药(乌贼骨、花蕊石、白及、地榆、煅牡蛎按 5:5:1:1:1 的比例,由我院中药房研为细末),每次 10g,口服 2 次,疗程 8 周; A 组按 B、C 两组方法同时治疗,疗程亦为 8 周。3 组患者均在治疗 2、4、8 周后复查胃镜,统计溃疡愈合率,并对治疗过程中症状缓解情况进行

表 1 3 组临床患者资料比较

组别	年龄 (岁 $\bar{x} \pm s$)	男:女	病程 (d $\bar{x} \pm s$)	溃疡数目(例)		溃疡大小 (cm^2)	溃疡在食管中的部位(例)		
				1 个	≥ 2 个		上段	中段	下段
A	53 \pm 6	14:4	40 \pm 8	16	2	0.3 \times 0.5 \times 0.6~0.9 \times 1.5 \times 0.7	1	2	15
B	54 \pm 7	13:5	39 \pm 8	16	2	0.3 \times 0.4 \times 0.6~0.8 \times 1.2 \times 0.7	1	3	14
C	54 \pm 8	14:4	42 \pm 9	16	2	0.3 \times 0.5 \times 0.5~0.9 \times 1.4 \times 0.7	1	3	14

统计采用 χ^2 检验和 t 检验。

结果

1 3 组患者治疗 2、4、8 周后溃疡愈合情况 A 组治疗 2、4、8 周后分别愈合 9 例(50%)、14 例(78%)、18 例(100%); B 组依次为 3 例(17%)、6 例(33%)、7 例(39%); C 组依次为 3 例(17%)、5 例(28%)、8 例(44%)。A 组与 B、C 组比较,差异有显著性。

2 3 组患者症状消失情况 治疗 8 周后, A 组 18 例症状均消失,而 B 组和 C 组则各有 9 例(50%)和 10 例(55.6%)症状完全消失,其余病例均有不同程度的呃逆、反酸、胸骨后烧灼感(烧心)和(或)吞咽疼痛。B、C 两组间差异无显著性 ($P>0.05$),但与 A 组比较差异均有显著性 ($P<0.05$)。

3 3 组患者症状缓解开始时间 见表 2。

讨论 重度溃疡性食管炎多由各种因素长期强烈刺激胃酸大量分泌,和(或)引起严重及长期胃食管反流,加上食管抗反流机制下降,造成胃酸对食管上皮的侵蚀,蛋白变性,从而

表 2 3 组患者症状缓解开始时间 (d $\bar{x} \pm s$)

组别	症状缓解开始时间			
	呃逆	反酸	烧心	吞咽疼痛
A	5.3 \pm 3.3(9)	3.4 \pm 1.1(14)	2.1 \pm 1.9(18)	3.9 \pm 2.1(12)
B	9.0 \pm 2.3*(9)	5.5 \pm 1.8*(15)	5.8 \pm 2.0*(18)	13.0 \pm 2.2*(14)
C	9.8 \pm 2.6*(10)	5.6 \pm 2.0*(15)	5.7 \pm 1.9*(18)	13.6 \pm 2.4*(13)

注:与 A 组比较,* $P<0.01$ ()内为例数

形成溃疡。中药方中乌贼骨、花蕊石含有大量钙、镁的碳酸盐、铝盐、铁盐和酸不溶物等,辅以煅牡蛎之收敛作用,较好地促进溃疡愈合,而白及、地榆可促进局部血小板凝集,形成人工血栓,从而进一步促进了溃疡愈合。从治疗第 2 周开始,中西医结合治疗组食管溃疡愈合率由 50% 迅速上升至 8 周时的 100%,与单纯西医或中医治疗组比较,差异有显著性。并且中西医结合治疗组在呃逆、反酸、烧心及吞咽疼痛等主要症状缓解开始的时间上,亦较单纯中、西医治疗为早($P<0.01$)。说明中西医结合是治疗本病的有效途径,值得临床推广。

(收稿 2000-03-18 修回 2001-03-03)