

胃复春、铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

蔡和利 郑卫 马善美 张筠

福建省福州市第七医院消化科, 福建 福州 350001

【摘要】目的:观察胃复春、铝碳酸镁片联合治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效,以探索更好的治疗慢性萎缩性胃炎的临床方法。**方法:**选择经胃镜检查符合慢性萎缩性胃炎患者150例,随机分为铝碳酸镁组、胃复春组和联合治疗组各50例,联合治疗组给予胃复春和铝碳酸镁,疗程均为12周,观察治疗前后症状变化,并复查胃镜及活检进行组织病理学改善的评估。**结果:**腹痛、腹胀、暖气、烧心总有效率联合治疗组为77%,铝碳酸镁组为46%($P<0.05$);胃复春组为50%($P<0.05$)。联合治疗组组织病理学改善好转率为44%,显效率为42%,总有效率为86%;铝碳酸镁组好转率为32%,显效率为30%,总有效率为62%($P<0.01$);胃复春组好转率为36%,显效率为32%,总有效率为68%($P<0.01$)。**结论:**联合用胃复春和铝碳酸镁可有效改善CAG患者的症状及病理分级。

【关键词】慢性萎缩性胃炎;胃复春;铝碳酸镁;联合治疗

【中图分类号】R975+7

【文献标识码】A

【文章编号】1007-8517(2010)22-106-2

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是指以胃粘膜固有腺体减少为主要表现的慢性炎症,国内外学者提出CAG的发展变化是胃癌演变过程中的关键环节^[1]。有效治疗、逆转慢性萎缩性胃炎是预防胃癌的最好手段,为探讨其治疗的有效方法,本研究联合中西药胃复春与铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择两院2006年6月~2009年12月门诊经胃镜及病理检查诊断为慢性萎缩性胃炎的患者150例,其中男78例,女62例,平均41±3.5岁(16~85岁),上腹不适6月~5年,平均1.6年,有腹胀、上腹痛、暖气、上腹烧灼感等症状。经胃镜检查符合CAG胃镜诊断标准^[2],并于胃窦小弯侧距幽门2cm处取活检2块,病检符合CAG病理学诊断标准^[2];2周内未服用消化系统药物。剔除标准:恶性肿瘤、心肝肾功能不全、其它消化道病变和妊娠哺乳患者以及既往有腹部手术史。随机分为铝碳酸镁、胃复春组和联合治疗组,每组50例。联合治疗组男24例,女26例;铝碳酸镁组男28例,女22例;胃复春组男27例,女23例,两组在病程、年龄、性别上差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 给药方法 联合治疗组给予胃复春(杭州胡庆堂药业有限公司生产)4粒,口服,3次/日,铝碳酸镁(达喜,德国拜耳医药保健有限公司生产)0.5,口服,3次/日,均为饭前服。铝碳酸镁组给予铝碳酸镁0.5,口服,3次/日,饭前1小时服。胃复春组给予胃复春4粒,口服,3次/日,饭前服,疗程均为12周。治疗过程中不使用其它对消化系统有作用的药物。治疗前1天和治疗过程中每周复诊1次,记录症状以及药物相关的不良反应。服药12周后判断治疗效果(症状评估和胃镜下胃黏膜活检送病检)。

1.3 疗效判断

1.3.1 临床症状改善判断标准 按临床症状程度分级:0级为无症状;1级为轻度,偶有腹胀、上腹痛、暖气及上腹烧灼感;2级为中度,常有腹胀、上腹痛、暖气及上腹烧灼感;3级为重度,常有上述症状且明显影响生活,难以忍受。评分标准:0级0分;1级1分;2级2分;3级3分。统计分析总体改善情况,改善率(%)=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。显效:治疗后症状完全消失;有效:症状减轻1级以上(含1级);无效:症状无变化或恶化。总有效=显效+有效。

1.3.2 胃黏膜组织病理学改善判断标准 胃镜检查时于胃窦部小弯侧距幽门2cm处取活组织2块,切片HE染色,炎症分级按以下标准判定。慢性炎症0级:无淋巴细胞、浆细胞等单核细胞浸润;I级:见少量、散在分布的单个核细胞;II级:介于I级和III级之间;III级:见大量淋巴细胞、浆细胞

浸润,可伴有淋巴滤泡形成。慢性炎症标准凡降低1级均属好转,降低2级为显效,无改善为无效。凡具有单个核细胞(淋巴细胞、浆细胞)浸润,并伴有中性白细胞浸润者称之为活动性炎症。活动性炎症0级:无中性白细胞浸润;I级:少量、散在分布的中性白细胞浸润;II级:介于I级与III级之间;III级:大量中性白细胞浸润,可伴有腺体脓肿形成。活动性炎症标准凡降低1级均属好转,降低2级为显效,降低至0级为活动性炎症消失,无改善为无效。总有效=显效+有效。

1.4 统计学处理 所得数据采用 SPSS12.0统计软件进行卡方分析, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 组织病理学改善情况 联合治疗组总有效率86%;铝碳酸镁组总有效率62%;胃复春组总有效率68%($P<0.01$) (表1)。

表1 组织病理学治疗后改善比较

组别	显效	好转	无效	总有效率
联合治疗组	21 (42)	22 (44)	7 (14)	86%
铝碳酸镁组	16 (32)	15 (30)	19 (38)	62%#
胃复春组	18 (36)	16 (32)	16 (32)	68%#

#: $P<0.01$,与联合治疗组比较

2.2 症状改善情况 联合治疗组与铝碳酸镁组和胃复春组比较,腹胀、上腹痛、暖气和上腹烧灼感改善均更为明显($P<0.01$, $P<0.05$) (表2)。

2.3 不良反应 联合治疗组有2例发生口感,1例胸闷,未经特殊处理后好转。不良反应发生率为6.0%,各组治疗过程中及治疗后实验室检查均无异常。各组的不良反应比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 三组治疗前后各症状改善情况的比较(例)

组别	显效	好转	无效	总有效率
联合治疗组	21 (42)	17 (34)	12 (24)	76%
铝碳酸镁组	12 (24)	11 (22)	27 (54)	46%#
胃复春组	12 (24)	16 (32)	25 (50)	50%#

#: $P<0.05$,与联合治疗组比较

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是胃癌的癌前期病变。其临床症状主要表现为腹胀、上腹痛、暖气及上腹烧灼感。其病因和发病机制十分复杂,一般认为是综合因素所致。近年来的研究表明CAG患者胃粘膜血流量(GMBF)降低是CAG发病的重要病因之一^[4],局部血管因素可使胃粘膜营养不良,分泌功能下降和胃粘膜屏障功能低下。胃复春具有改善病变部位的微循环,消除炎症,促进粘膜再生的作用^[5]。胃复春其主要原料为菱角、三七、枳壳等组成。菱角具有行气活血、清热解毒、改善病变局部血液循环、消除炎症、促进粘膜再生的作用;枳壳理气化痰,消积除痞。药理研究表明,胃复春能明显提高机体免疫功能^[5],长期给药,对致癌物质有抑制作用,对胃

针刺手法治疗神经型颈椎病130例临床报告

李 君

山东省博兴县中医院针灸科, 山东 博兴 256500

【摘要】目的: 总结利用传统中医方法治疗神经根型颈椎病的疗效。**方法:** 采用正坐位悬吊牵引并配合针刺手法治疗两个疗程, 结合患者临床症状、体征及X—光片、CT、MRI表现分析结果。**结果:** 130例中治愈98例, 好转27例, 总有效率达96.1%。**结论:** 中医传统的牵引针刺手法治疗神经根型颈椎病是一种安全有效、廉价的治疗方法。

【关键词】 神经根型颈椎病; 牵引; 针刺; 手法; 治疗

【中图分类号】 R245.32

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-8517 (2010) 22-107-1

颈椎病是中老年的常见病、多发病, 发病率随着社会人口老龄化程度逐年提高, 工作压力增大, 呈现低龄化趋势。多年来, 我院针灸科门诊采用颈颌牵引及针刺手法治疗颈椎病, 特别是神经根型颈椎病, 疗效满意。现将方法介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例130例, 其中男性38例, 女性92例, 年龄最小24岁, 最大70岁; 病程最短半月, 最长6年; 患者均表现颈肩不适并一侧或双侧上肢放射性疼痛, 手指麻木, 椎间孔挤压试验(+), 神经根牵拉试验(+), 颈椎X—光片、CT、MRI显示颈椎生理曲度不同程度变小, 病变椎间隙变窄, 椎体前后缘可见不同程度唇样增生; C4~7椎间盘不同程度突出, 压迫硬膜囊或神经根。

1.2 治疗方法

1.2.1 牵引 患者取正坐姿势, 采用颈颌牵引, 牵引重量从2.5千克始, 逐渐增大, 最大加至5千克; 牵引从20分钟, 逐渐增加至30分钟, 连续牵引, 每日1次。

1.2.2 针刺 C4~7夹脊穴风池、曲池、合谷、后溪、中渚、夹脊穴接G6805治疗机, 采用连续波, TDP照射颈部, 每日1次, 每次30分钟。

1.2.3 手法治疗 术者立于患侧, 即行拿、捏、揉等手法, 使患者颈部肌肉放松, 消除其恐惧心理。

(1) 捏拿及由上向下推分颈项筋肉。

(2) 揉筋结, 理筋索, 捏拿肩筋, 复歪筋归槽。

(3) 患者闭口咬牙, 术者一手按其头顶, 另一手托其下颌轻柔地向各方向活动颈部, 范围有小渐大。

(4) 术者另手换由前臂托患者下颌, 顺其颈部歪斜方向徐徐向上提起, 并微微晃动。

(5) 点揉风池、肩中俞、肩外俞、肩髃——曲池——外关——合谷, 肩贞——少海——后溪。

(6) 沿胸锁乳突肌及其两旁由上向下分推。如合并背部疼痛不适者, 应加弹两侧背筋各三次。

(7) 嘱患者主动进行颈部各项活动。

1.3 治疗结果 根据中医疗效评定标准。

治愈: 临床症状完全消失, 能从事正常工作, 椎间孔挤压试验(-), 神经根牵拉试验(-) 好转: 临床症状明显改善, 基本能从事日常工作, 椎间孔挤压试验(-), 神经根牵拉试验(-) 无效: 临床症状无明显改善, 椎间孔挤压试验(+), 神经根牵拉试验(+)

本组130例通过牵引针刺手法治疗, 10天一个疗程, 共治疗两个疗程, 起针治愈98例, 好转27例, 无效5例, 总有效率96.1%。

2 讨论

颈椎病, 属于祖国医学“颈痹”的范畴, 是一种常见的中老年慢性疾病。由于长时间从事低头工作, 较易引起颈部两侧肌肉的疲劳性损伤。随着年龄的增大, 颈椎椎间盘突出、骨质退行性改变, 使纤维环弹性减弱, 椎间隙变窄。椎间盘突出、椎体边缘增生, 使椎体之间稳定性变差, 直接导致了颈椎椎管、椎间孔变形、狭窄, 刺激、压迫或影响血液供应, 使颈部神经根、脊髓、交感神经, 发生不同程度的损伤。这些病理变化, 挤压、刺激、牵拉颈神经根或炎性水肿、肥厚甚至纤维化改变, 使椎间孔容积减小, 挤压神经根, 引起一系列的临床症状。

祖国医学认为: (1) 由于风寒湿邪侵袭肌体, 络脉瘀滞, 痹阻经脉, 不通则痛; (2) 由于年老体虚, 肾精亏损, 筋脉失养所致。我们采用牵引、针刺手法治疗神经根型颈椎病, 疗效尤为满意。

3 体会

牵引、针刺使椎间隙变宽, 缓解周围软组织的挛缩, 解除对周围神经、血管的压迫; 手法使紧张的颈肌松弛, 这三种方法共同作用: 增加了局部血液循环, 促进了新陈代谢, 达到了温经活血、舒筋通络、气血通畅的目的而获效, 并该方法操作简便, 安全有效, 治疗费用低廉, 易为患者所接受。

参考文献

[1] 神经病学[M]. 人民卫生出版社, 2002, 90.

[2] Fenoglio—Preiser C, Munoz N, Cameiro F. Tumors of the stomach[A]. Hamilton SR, Aal—tonen LA. World Health Organization Classification of Turnouts, Pathology and Genetics of Turnouts of the Digestive System[M]. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2000: 37—38.

[3] 中华医学会消化内镜分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21 (2): 77—78.

[4] 姚健敏. 开展对萎缩性胃炎癌变干预阻断的研究[J]. 中华消化杂志, 2003, 23 (11): 645—646.

[5] 王学敏. 胃复春加胶态果胶铋治疗萎缩性胃炎伴异型增生的临床观察[J]. 中国中西医结合和脾胃杂志, 2000, 8: 617—619.

[6] 朱乃刚. 胃复春治疗慢性萎缩性胃炎50例[J]. 医药导报, 2001, 20 (11): 686.

[7] 姚洪森. 幽门螺杆菌根除与灭幽门螺杆菌煎剂对慢性胃炎和胃黏膜屏障影响[J]. 世界华人消化杂志, 2005, 5: 631—634.

参考文献

[1] Kimura K. Gastritis and gastric cancer Asia[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2000, 29: 609—621.