

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.09.18

康复新液治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效

孙天燕, 张克宁, 高小毛, 刘杰, 吴作艳

(北京市第六医院 消化科, 北京 100007)

摘要:[目的]评价康复新液对胆汁反流性胃炎的治疗效果。[方法]将胃镜下诊断胆汁反流性胃炎的186例患者随机分为2组,对照组给予铝碳酸镁1.0 g,每天3次,莫沙必利5 mg,每天3次口服治疗,而治疗组在此基础上加用康复新液10 ml,每天3次口服,8周后观察两组临床症状缓解情况、胃镜下炎症修复情况及病理结果。[结果]治疗后两组临床症状均明显改善,但治疗组同对照组比较差异无显著性($P>0.05$);治疗后两组胃镜下炎症修复均明显改善,治疗组同对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组中肠化、萎缩及不典型增生的检出率均低于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率94.8%,对照组80.4%,2组治疗有效率差异有统计学意义($P<0.05$)。[结论]康复新液在治疗胆汁反流性胃炎中有较好疗效。

关键词:胆汁反流性胃炎 康复新液 病理

中图分类号:R573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)09-0712-03

胆汁反流性胃炎是临床上常见的消化系统疾病,约占胃炎总数的10%~20%。胆汁反流性胃炎是指过量的十二指肠液反流入胃引起的胃黏膜慢性炎症,主要临床症状为腹痛、口苦、腹胀、嗝气等,其临床症状轻重与胆汁在胃内滞留量、时间以及与胃黏膜损害程度有关^[1]。该病病程长、易反复发作、临床上缺乏特效治疗。本研究以2013年1月~2014年12月北京市第六医院诊断的胆汁反流性胃炎患者为对象,评价康复新液联合治疗效果,为迅速有效治疗患者胆汁反流性胃炎提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年1月~2014年12月胃镜下诊断胆汁反流性胃炎的186例患者,将其随机分为2组,对照组给予铝碳酸镁1.0 g,每天3次,莫沙必利5 mg,每天3次口服治疗,而治疗组在此基础上加用康复新液10 ml,每天3次口服,治疗8周后复查胃镜,观察两组临床症状缓解情况及胃镜下炎症修复和病理情况。

纳入标准^[2]:(1)临床症状:有反复发作上腹痛、烧心、腹胀、早饱、恶心、呕吐胆汁、嗝气等症状;(2)胃镜诊断标准:①胃黏膜,尤其是胃窦黏膜水肿、充血或脆性增加;②胃镜插入胃内静止不动1分钟后,仍可见到胆汁反流;③胃黏液湖呈黄色或绿色;④胃黏膜有胆汁染色。(3)病理学改变:黏膜层血管扩张、充血,黏膜下层水肿、炎性细胞浸润。

排除标准:①胃镜检查合并胃癌、消化性溃疡等其他器质性疾病;②有胃肠道手术史。

1.2 评价指标及疗效判定标准

①临床症状严重程度评分标准^[2]:主要依据患者上腹痛、腹胀、恶心、呕吐症状来评估得分:患者无不适计0分;轻度不适计1分;中度不适,但不影响生活计2分;重度不适,影响正常生活计3分。②胃黏膜病理检查^[3]:行胃镜检查观察胃腔内黏膜炎症及胆汁附着情况,并于距幽门2~3 cm胃窦大小弯处各取活检一块送病理,观察胃黏膜组织淋巴细胞、浆细胞浸润程度,并细致观察肠化(有、无);萎缩(有、无);不典型增生(有、无)等形态学特征。③胆汁反流性胃炎的疗效判定标准为:显效:临床症状基本消失,镜检示胃内无胆汁,黏膜无充血、水肿;好转:临床症状明显好转,镜检示胆汁明显减少,黏膜水肿、充血不明显;无效:临床症状及镜检无明显改善。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.3 统计学处理

采用SPSS 13.0软件进行统计学分析。计量资料表示为 $\bar{x} \pm s$,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较

共入组胆汁反流性胃炎患者186例,其中男87例,女99例,年龄16~88岁,平均年龄(45.8 $\pm$ 6.8)岁。共完成胃镜复查114例,其中治疗组58例,对照组56例。2组患者性别、年龄差异无统计学意义。

2.2 2组临床症状比较

对入选的186例胆汁反流性胃炎患者,2组治疗前后腹痛、腹胀、嗝气等临床症状均明显改善,治疗组治疗前临床症状评分(2.8 $\pm$ 0.4)分,治疗后

(1.0±0.4)分,对照组治疗前(2.7±0.5)分,治疗后(1.2±0.3)分。治疗组与对照组治疗后比较,临床症状缓解程度虽有下降趋势,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 2组胃黏膜病理情况比较

治疗组93例中完成病理活检58例,对照组93例中完成病理活检56例。治疗组萎缩、肠化及不典型增生检出率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组胃黏膜病理检查结果比较 例(%)

组别	例数	肠化	萎缩	不典型增生
治疗组	58	10(17.2) ¹⁾	6(10.3) ¹⁾	2(3.5) ¹⁾
对照组	56	20(35.7)	15(26.8)	9(16.1)

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

2.4 2组治疗总有效率比较

实验组治疗总有效率为94.8%,对照组为80.4%,实验组较对照组治疗总有效率明显提高($\chi^2=4.276$, $P<0.05$),差异有统计学意义,见表2。

表2 2组综合疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	58	36(62.1)	19(32.8)	3(5.2)	94.8 ¹⁾
对照组	56	29(51.8)	16(28.6)	11(19.6)	80.4

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

正常情况下幽门能阻止十二指肠液反流,所以胃液内一般没有胆汁。然而在某些异常情况下,胃肠道激素分泌紊乱导致幽门括约肌功能失衡,幽门关闭不全,使含有胆汁的十二指肠液反流到胃内,其中的胆汁酸会导致胃黏膜脂双层及胃黏液中脂蛋白的破坏,继而引起胃黏膜屏障破坏,使H⁺逆弥散入胃黏膜,引起组织充血、水肿、糜烂,以至形成溃疡^[4]。

目前临床上针对胆汁反流的治疗方法,一是减少反流物造成的胃黏膜损伤,可应用中和胆汁的药物,临床常用铝碳酸镁;再者是改善胃肠动力,应用药物促进胃十二指肠协调运动,减少十二指肠胃反流的发生^[5]。临床最常应用的是多潘立酮、莫沙必利等胃肠动力药。铝碳酸镁为一种新型结合胆酸药物,其活性成分为水化碳酸氢氧化镁铝,可在酸性环境下结合胃内胆汁酸,并可改善胃黏膜屏障,促进胃黏膜愈合;促胃肠动力药物不仅可改善胃排空,促进

胃窦、十二指肠等协调运动,从而防止或减少胆汁反流,同时还可缩短反流物在胃内的停留时间,从而减轻对胃黏膜的损伤^[1]。康复新液的主要成分之一是美洲大蠊干燥虫体提取物,其功能为通利血脉,养阴生肌。临床应用中发现康复新液对糜烂性胃炎、消化性溃疡、炎症性肠病等均具有较好疗效^[6],但对于康复新液治疗胆汁反流性胃炎的研究并不多。

本研究结果显示,无论治疗组还是对照组,在经过8周的中和胆汁、保护胃粘膜、促动力治疗后,大多数患者临床症状明显减轻,胃镜下黏膜水肿、充血、胆汁反流等情况均明显好转($P<0.05$)。说明2种治疗方法均具有明显的临床疗效。治疗组加用康复新液后,患者腹胀、腹痛、恶心、呕吐等临床症状的评分较对照组虽有下降趋势,但差异不显著($P>0.05$),可能同样本量不足有关,有待今后进一步研究。进一步在胃镜下观察2组治疗后胃内充血水肿、糜烂、胆汁附着等病变情况,发现治疗组较对照组明显好转,考虑同康复新液独特的生肌消炎作用有关。分析2组病理结果显示,治疗组胃黏膜萎缩、肠化及不典型增生的发生率均低于对照组($P<0.05$),差异具有统计学意义。目前国内外文献均已证实^[7-8],胆汁反流与胃粘膜的肠化、萎缩、异型增生等癌前病变发生率有关,说明胆汁反流是引起慢性胃粘膜损伤甚至癌变的重要危险因素,所以对于胆汁反流性胃炎患者应积极进行胃镜检查 and 病理活检,以便及早发现癌前病变,阻止恶性病变发生。而康复新液具有的独特的通脉生肌作用在病理修复方面疗效值得肯定。已有动物实验证实美洲大蠊虫粉不仅能促进小鼠创面和肉芽组织增生,而且具有非特异性免疫调节作用。康复新液中含有的主要活性成分为多元醇类、肽类以及黏糖氨酸,以上物质可以有效促进表皮细胞和肉芽组织生长,促进局部微循环,加速机体病损组织的修复。同时还可以激活巨噬细胞和自然杀伤(NK)细胞活性,提高机体免疫功能,利于进一步消除炎症水肿^[9]。动物实验表明该药对幽门结扎型胃溃疡及乙醇所致胃黏膜损伤模型的损伤黏膜具有促进修复的作用及削弱胃溃疡攻击因子对黏膜的损伤,并有增强胃黏膜保护因子的功能,有利于胃黏膜炎症的恢复^[10],而本研究的结果也很好地证实了此点。本研究结果显示加用康复新液后的治疗组在病理方面有明显的改善,而最终治疗效果也得到提高,治疗组有效率达94.8%,而对照组为80.4%($P<0.05$)。而且在研究中发现该药物在临床应用极少有不良反应,患者易于接受。

综上所述,康复新液对于胆汁反流性胃炎确实有一定的疗效,有望成为治疗胆汁反流性胃炎的良

好药物,值得基层医院推广应用。

参考文献

[1] 侯叶廷,胡海清,苏秉忠.原发性胆汁反流性胃炎的研究进展[J].中华胃肠内镜电子杂志,2015,2(1):3—5.

[2] 林金坤,胡品津,李初俊,等.原发性胆汁反流性胃炎诊断的探讨[J].中华内科杂志,2003,42(2):81—83.

[3] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5—16.

[4] DEWAR P, KING R, JOHNSTON D, et al. Bile acid and lysolecithin concentration in the stomach of patients with gastric ulcer; before and after treatment by highly selective vagotomy; Billroth I partial gastrectomy and truncal vagotomy and pyloroplasty [J]. Br J Surg, 1983, 70:401—405.

[5] 多潘立酮协作组.多潘立酮及铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎多中心临床观察[J].中华消化杂志,2003,23(1):275—278.

[6] 熊真.康复新液联合雷贝拉唑治疗 99 例慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2014,25(20):4670—4671.

[7] 姚萍,关丽.1586 例原发性胆汁反流性胃炎临床病理分析[J].新疆医科大学学报,2011,34(4):383—386.

[8] MUKAISHO K, NAKAYAMA T, HAGIWARA T, et al. Two distinct etiologies of gastric cardia adenocarcinoma; interactions among pH, Helicobacter pylori, and bile acids[J]. Front Microbiol, 2015, 11(6):412—412.

[9] 梅坚.康复新液治疗消化性溃疡近期疗效观察[J].河北医药,2002,8(3):255—255.

[10] 武和平,李萍,郑新昱.康复新液治疗糜烂性胃炎 112 例疗效分析[J].上海中医药杂志,2004,38(2):28—29.

医学论文英文摘要中作者署名与作者单位的书写规范

英文摘要是一篇可以离开论文而独立存在的短文,常被收录进数据库及文摘杂志,英文摘要与论文一样,应在其题名下方“列出全部著者姓名及其工作单位”。这是体现著者文责自负和拥有著作权的标志。如果只列出前 3 人,就等于剥夺了其著者的署名权,这是违反《著作权法》有关规定的。

作者姓名的写法:GB7714—87 规定,个人著者采用姓在前、名在后的著录形式。中国作者姓名按汉语拼音拼写。不同工作单位的作者姓名的右上角标以 1、2、3 等角码与下所注工作单位相对应。

作者的工作单位:作者的工作单位书写应遵照英美医学论文中小单位在前、大单位在后的习惯,在我国医学期刊中大多采用这种格式,在大学(University)的 2 级单位的书写上,有人建议学院和系应用 College of …, School of …, Faculty of …, Department of … 来表示;三级单位的教研室用 Section of …, Unit of … 来表示。但大多数医学期刊在表达 2 级和 3 级单位时,均用 Deptment of … 表示。除实词的首字母大写外,其余均小写。第一作者单位名称后写出所在省市名和邮政编码[工作单位所在地除直辖市、省会城市外还应冠以省名,省名与市(县)名之间用逗号“,”隔开],并在邮政编码后写出国名“China”。单位名称与省市名之间以及邮政编码与国名之间间隔以逗号“,”;其他作者只需标注工作单位。