

腹术中腹部脏器的暴露，手术创伤及麻醉等造成术后近期胃肠蠕动减弱甚至消失，但胆囊切除手术范围小，对胃肠道刺激小，术后胃肠功能恢复快，两组病例均经术后早期活动及腹部热敷或口服胃肠动力药物后缓解。两组患者肛门排气时间和进半流食时间相似，无统计学意义，表明不置胃管并不能延迟胃肠功能恢复。与胃管直接有关的并发症如恶心、咽喉疼痛、声嘶等在置胃管组发生率较高，主要是留置胃管时对咽喉的刺激造成。另外由于携带胃管的不便使置胃管组术后离床活动时间明显晚于不置胃管组。

我们的资料表明胆囊切除术不留置胃管并不增加术后并发症，相反留置胃管可导致咽喉疼痛、声嘶、恶心、影响睡眠等副作用，甚至引起患者畏惧手术、拒绝手术等。因此我们认为对于胆囊炎症较轻的病例行胆囊切除术不放置胃管是安全可行的，但对于胆囊炎症重、有腹膜炎体征、手术创伤范围较大的病例行胆囊切除术不放胃管应持谨慎态度。

#### 4 参考文献

- 1 Soybel DI. Nasogastric decompression following laparotomy. *Gastroenterology* 1996;110:645-646
- 2 Lee JH, Hyung WJ, Noh SH. Comparison of gastric cancer surgery with versus without nasogastric decompression. *Yonsei Med J* 2002;43:451-456
- 3 Inman BA, Harel F, Tiguet R, Lacombe L, Frasset Y. Routine nasogastric tubes are not required following cystectomy with urinary diversion:a comparative analysis of 430 patients. *J Urol* 2003;170:1888-1891
- 4 Huerta S, Arteaga JR, Sawicki MP, Liu CD, Livingston EH. Assessment of routine elimination of postoperative nasogastric decompression after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery* 2002;132:844-848
- 5 Sands DR, Wexner SD. Nasogastric tubes and dietary advancement after laparoscopic and open colorectal surgery. *Nutrition* 1999;15:347-350
- 6 张连新. 择期剖腹术后免插胃管的临床研究. 中国医师杂志 2002;4:23-24
- 7 Yoo CH, Son BH, Han WK, Pae WK. Nasogastric decompression is not necessary in operations for gastric cancer:prospective randomised trial. *Eur J Surg* 2002;168:379-383
- 8 Akbaba S, Kayaalp C, Savkilioglu M. Nasogastric decompression after total gastrectomy. *Hepatogastroenterology* 2004;51:1881-1885
- 9 Nelson R, Edwards S, Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;25:CD004929
- 10 Feo CV, Romanini B, Sortini D, Ragazzi R, Zamboni P, Pansini GC, Liboni A. Early oral feeding after colorectal resection:a randomized controlled study. *ANZ J Surg* 2004;74:298-301
- 11 Gouzi JL, Moran B. Nasogastric tubes after elective abdominal surgery is not justified. *J Chir (Paris)* 1998;135:273-274
- 12 Manning BJ, Winter DC, McGreal G, Kirwan WO, Redmond HP. Nasogastric intubation causes gastroesophageal reflux in patients undergoing elective laparotomy. *Surgery* 2001;130:788-791
- 13 Schwartz CI, Heyman AS, Rao AC. Prophylactic nasogastric tube decompression:is its use justified? *South Med J* 1995;88:825-830
- 14 Nathan BN, Pain JA. Nasogastric suction after elective abdominal surgery: a randomised study. *Ann R Coll Surg Engl* 1991;73:291-294
- 15 Chung HY, Yu W. Reevaluation of routine gastrointestinal decompression after gastrectomy for gastric cancer. *Hepatogastroenterology* 2003;50:1190-1192

编辑 张海宁

## 胆胰和胃与养胃冲剂治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的组织病理学观察

闫素珍, 白洁, 史美媛, 赵利, 王文鸽, 袁楠, 王哲平, 王翠云

■ 闫素珍, 白洁, 史美媛, 赵利, 王文鸽, 袁楠, 王哲平, 王翠云, 华北煤炭医学院附属开滦医院中西医结合肝胆科 河北省唐山市 063000  
通讯作者: 闫素珍, 063000, 河北省唐山市新华东道57号, 华北煤炭医学院附属开滦医院中西医结合肝胆科。ysz@domain.com  
电话: 0315-3025921 传真电话: 0315-2820311  
收稿日期: 2005-01-17 接受日期: 2005-03-22

#### 摘要

**目的:** 研究胆胰和胃冲剂对幽门螺杆菌(*H pylori*)相关性慢性胃炎的组织学治疗效果。

**方法:** 100例 *H pylori* 感染的慢性胃炎随机分为治疗组和对照组，治疗组54例，予胆胰和胃冲剂治疗；对照组46例，予养胃冲剂治疗，疗程均为1mo。治疗前及治疗结束后1wk内做胃镜，行疗效判定。

照组，治疗组54例，予胆胰和胃冲剂治疗；对照组46例，予养胃冲剂治疗，疗程均为1mo。治疗前及治疗结束后1wk内做胃镜，行疗效判定。

**结果:** 治疗组和对照组的症状有效率分别为94.4%和80.4%；胃镜有效率为96.3%和69.6%；病理有效率为88.9%和65.2%，*H pylori*根除率为83.3%和50.0%，统计学分析两组差异有显著性( $P<0.05$ )。

**结论:** 胆胰和胃冲剂治疗慢性胃炎有较好的疗效。

闫素珍,白洁,史美瑗,赵利,王文鸽,袁楠,王哲平,王翠云.胆胰和胃与养胃冲剂治疗HP相关性慢性胃炎的组织病理学观察.世界华人消化杂志 2005;13(9):1159-1161  
http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1159.asp

## 0 引言

近年来我们应用胆胰和胃冲剂治疗慢性胃炎在改善临床症状方面取得了满意疗效,在此基础上进一步从内镜下、病理组织学方面进行对照观察,现报告如下:

## 1 材料和方法

### 1.1 材料

1.1.1 病例选择 经门诊对有上腹痛、泛酸、嗳气、上腹胀满等上消化道症状者,经胃镜胃黏膜活检组织快速尿素酶试验及病理学检查证实为*H pylori*阳性之慢性胃炎患者100例,符合2000-05全国慢性胃炎研讨会共识意见慢性胃炎的诊断标准<sup>[1]</sup>.排除标准:(1)消化性溃疡患者;(2)胃癌、手术史、严重并发症患者;(3)有明显心、肝、肾功能不全患者;(4)长期服用胃黏膜保护剂或正在服用非甾体类抗炎药及皮质激素类药物者.所有患者按就医顺序随机分为治疗组(54例)、对照组(46例),两组患者的性别、年龄、临床主要症状、内镜和病理诊断,经统计学分析均无显著性差异( $P>0.05$ )具有可比性.

1.1.2 仪器与药物 纤维胃镜:日本OLYMPUS-XQ20;光学显微镜:日本产OLYMPUS-CH2;胆胰和胃冲剂:由唐山市凤山制药厂加工生产,制作工艺按国家药典规定中药冲剂质量标准.养胃冲剂:正大青春宝药业有限公司生产.

1.2 方法 治疗组以胆胰和胃冲剂(20 g/袋)餐前服用3次/d;对照组以养胃冲剂(20 g/袋)餐前服用,3次/d,疗程均为1 mo,治疗期间不加服其他药物.两组治疗结束后1 wk内复查胃镜、胃黏膜组织活检及检测*H pylori*.观察*H pylori*根除情况、临床症状、内镜和胃黏膜病理的疗效.

1.2.1 *H pylori*诊断标准和内镜下、病理组织学诊断标准 *H pylori*诊断标准:做1 min尿素酶试验,阳性者行病理切片HE染色,找到*H pylori*者定为感染阳性.内镜诊断标准:轻度:局部炎症、充血、水肿、少量渗出;中度:局部炎症、中度糜烂、渗出;重度:局部炎症、重度糜烂、渗出.病理组织学诊断标准:根据悉尼系统做胃黏膜的组织学分型.(1)慢性炎症:轻度:慢性炎症细胞较少并局限于黏膜浅层,不超过黏膜层的1/3;中度:超过黏膜层的1/3达到2/3;重度:占据黏膜全层.(2)活动性炎症:在慢性炎症基础上有中性粒细胞浸润.(3)萎缩:胃的固有腺体数减少.轻度:固有腺体数减少不超过原有腺体的1/3;中度:1/3~2/3;重度:超过2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失.(4)肠化:黏膜有无肠腺化生.轻度:肠化部分占腺体和表面上皮总面积的1/3以下;中度:1/3~2/3;重度:2/3以上.

1.2.2 疗效判定标准 参照文献[2]*H pylori*根除:复查时尿素酶试验及病理学检查均为阴性则判定为*H pylori*根除.症状疗效标准:症状全部消失为临床治愈;2-3项主要症状消失为显效;症状减少或减轻为有效;症状无变化或加重为无效.内镜疗效标准:胃黏膜基本正常为临床治愈;胃黏膜糜烂及出血消失,充血减轻,炎症范围明显缩小为显效;炎症范围缩小或减轻为有效;胃镜所见无变化或加重为无效.病理组织学疗效标准:5处取材部位的病理均明显进步为痊愈;3-4处进步为显效;1-2处进步为有效;5处均无进步或加重为无效.

统计学处理 计数资料用 $\chi^2$ 检验,计量资料用t检验.

## 2 结果

2.1 *H pylori*根除情况比较 治疗组和对照组根除率分别为83.3%(45/54)和50.0%(23/46),治疗组根除率高于对照组.统计学分析两组差异有显著性( $P<0.05$ ).

2.2 治疗后主要症状改善情况 治疗后患者的临床症状均有所改善,但治疗组优于对照组,两组比较有统计学意义,( $P<0.05$  表1).

表1 治疗后两组主要症状比较( $n$ , %)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	54	26(48.1)	17(31.5)	8(14.8)	3(5.6)	51(94.4)
对照组	46	13(28.3)	17(37.0)	14(30.4)	9(19.6)	37(80.4)

$\chi^2 = 4.62, P<0.05$ .

2.3 治疗后内镜疗效 患者治疗后,内镜下疗效观察,治疗组总有效率明显高于对照组( $P<0.01$ ,表2).

表2 两组患者治疗后内镜疗效比较( $n$ , %)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	54	28(51.9)	18(33.3)	6(11.1)	2(3.7)	52(96.3)
对照组	46	10(21.7)	11(23.9)	11(23.9)	14(30.4)	32(69.6) <sup>b</sup>

$\chi^2 = 13.21, ^bP<0.01$ .

2.4 治疗后病理组织学比较 所有患者经过治疗,病理组织学疗效治疗组明显优于对照组,总有效率相比具有显著性差异( $P<0.01$ ,表3).

表3 两组病理组织学疗效比较( $n$ , %)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	54	8(14.0)	15(27.8)	25(46.3)	6(11.1)	48(88.9)
对照组	46	4(8.7)	6(13.0)	20(40.8)	16(34.8)	30(65.2) <sup>b</sup>

$\chi^2 = 8.11, ^bP<0.01$ .

### 3 讨论

慢性胃炎是临床常见病多发病，系各种原因所致的胃黏膜炎性病变，目前 *H pylori* 感染已被公认为是慢性胃炎的主要原因之一，*H pylori* 可引起胃黏膜氧自由基水平升高，是造成胃黏膜损伤的重要机理之一<sup>[3]</sup>。西药治疗慢性胃炎，主要是铋剂或质子泵抑制剂加两种抗生素联合应用，但疗效并不理想，且有一定副作用，停药后易复发，在中医本病属胃脘痛，多由饮食不节、情志所伤，或由脾胃素虚兼夹外邪，导致脾胃升降失调，气机紊乱而造成的本虚标实之证，中药治疗慢性胃炎的药物甚多，但从整体调节，标本兼治的药物甚少。胆胰和胃冲剂的研制，考虑到中医的胃脘痛包括临幊上常见的胆囊炎、胃炎和胰腺炎，胆囊、胃、胰腺是机体消化系统的重要“功能单位”，是脏腑中主疏泄、传水谷的主要组成部分，他们之间相互影响，互为因果，构成复杂的病理生理关系，因此不但重视了胃脘痛既有少阳之邪，又有阳明之实的特点，而且兼顾了异病同源、互为因果、异病同治的原则。在大柴胡汤的基础上调整组方，其主要成分为：柴胡、黄连、黄芩、大黄、香附、枳壳、陈皮、郁金、元胡、木香等。胆胰和胃冲剂组方集中体现了活血化淤，疏肝理气，利胆清热，健脾和胃等多种效用<sup>[4]</sup>。其中柴胡具有解除胃肠道痉挛，抑制胃酸分泌，提高组织抗缺血的能力，又有预防应激性溃疡的作用，同时对机体免疫有增强作用<sup>[5]</sup>。黄芩、黄连有清热、解毒，有抗 *H pylori* 的作用<sup>[6]</sup>。大黄破积滞、行淤血、实验证明提取液有增加胃黏膜血流量，改善缺血、缺氧状态，有利于胃肠黏膜损伤的恢复，并对 *H pylori* 的根治率达 90%<sup>[7]</sup>。陈皮、枳壳宽胸畅膈、和胃降逆。元胡、木香有行气、止痛作用。郁金清气化

痰、散淤血之药，其性轻扬，能散郁滞，顺逆气，故治胸胃膈痛，两肋胀满，饮食不思等症。甘草调和诸药，补中益气，现代研究表明其主要成分为生胃酮，有保护胃黏膜屏障的作用<sup>[8]</sup>。已有的研究表明，胆胰和胃冲剂有提高机体免疫力，减少炎症递质的释放<sup>[9]</sup>，改善胃肠黏膜血流，缓解组织缺血、缺氧状态，可明显增强胃黏膜氧自由基的清除能力，减轻氧自由基对胃黏膜的损害，增强组织的抗损伤能力<sup>[10]</sup>。我们采用对照方法，与养胃冲剂对比，胆胰和胃冲剂治疗 *H pylori* 相关性慢性胃炎，在临床症状、内镜改变及病理组织学方面均有较好的治疗效果，并且对 *H pylori* 有更好根除作用，统计学上有显著性差异。进一步验证了此药在临幊上的有效性和实用性，同时也表明中药治疗慢性胃炎的方法值得深入研究。

### 4 参考文献

- 1 中华医学会消化病学分会.《全国慢性胃炎研讨会共识意见》. 中华消化杂志 2002;20:199-201
- 2 国家中药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994:79-80
- 3 李涛, 王秀玲. 氧自由基与胃肠疾病研究进展. 国外医学. 消化系疾病分册 1997;17:204-205
- 4 郭振武. 胆胰和胃冲剂的研制与临床. 实用胆囊外科. 天津: 天津科技出版社, 1996:183-186
- 5 史青, 聂淑琴, 黄璐琦. 柴胡属植物化学成分及药理研究新进展. 中国实验方剂学杂志 2002;8:53
- 6 毕玉环. 黄芩的药理和临床应用. 中级医刊 1998;33:53-54
- 7 瞿佐发. 大黄的药理作用及临床应用. 陕西中医 2002;23:552-553
- 8 郭振武, 邓茂君, 安新, 史美媛, 孙树山. 胆胰和胃冲剂治疗胃脘痛病 609 例观察. 综合临床医学 1993;9:265-267
- 9 曹立瀛, 刘四清, 王保强, 李勇, 郭振武. 胆胰和胃冲剂对大鼠急性胰腺炎早期小肠黏膜抗氧化损伤的保护. 中国中西医结合外科杂志 2002;8:150-152
- 10 安新, 郭振武. 胆胰和胃冲剂抗自由基损害的临床观察. 中国中西医结合外科杂志 2000;6:247-248

编辑 张海宁

- 3 Katz HI, Waalen J, Leach EE. Acitretin in psoriasis:an overview of adverse effects. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(3 Pt2): S7-S12
- 4 Roenigk HH Jr. Liver toxicity of retinoid therapy. *J Am Acad Dermatol* 1988;19(1Pt2):199-208
- 5 Ellis CN, Voorhees JJ. Etretinate therapy. *J Am Acad Dermatol* 1987;16(2 Pt1):267-291
- 6 Kreiss C, Amin S, Nalesnik MA, Chopra K, Shakil AO. Severe cholestatic hepatitis in a patient taking acitretin. *Am J Gastroenterol* 2002;97:775-777
- 7 McClure SL, Valentine J, Gordon KB. Comparative tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. *Drug Saf* 2002;25:913- 927
- 8 Camuto P, Shupack J, Orbuch P, Tobias H, Sidhu G, Feiner H. Long-term effects of etretinate on the liver in psoriasis. *Am J Surg Pathol* 1987;11:30-37

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005年版权归世界胃肠病学杂志社

## • 消息 •

**世界华人消化杂志 2005 年由月刊改为半月刊**

**本刊讯** 中国科技期刊引证报告(2003年版): 2002年度世界华人消化杂志总被引频次4151, 影响因子1.926, 即年指标0.424, 他引总引比0.45, 引用刊数173, 扩散因子4.2, 被引半衰期2.99, 地区分布数26, 机构数138, 国际论文比0.03, 基金论文比0.27. 2002年度各学科影响因子较高的3种期刊排名: 世界华人消化杂志影响因子1.926, 临床医学排名第2位. 2002年度总被引频次较高的20种期刊排名: 世界华人消化杂志总被引频次4151, 排名第1位. 世界华人消化杂志被评为中国科技核心期刊, 《中文核心期刊要目总览》2004年版内科学类的核心期刊, 中国科技论文统计源期刊, 2001年度第一届中国百种杰出学术期刊, 2003年度中国百种杰出学术期刊. 世界华人消化杂志的英文摘要被美国《化学文摘》, 荷兰《医学文摘库/医学文摘》, 俄罗斯《文摘杂志》收录. 为适应我国消化病学专业基础与临床研究的快速发展, 从2005年开始, 世界华人消化杂志将由月刊改为半月刊, 大16开, 160页, 每月1, 15日出版, 24元/期, 全年24期, 邮发代号82-262, 北京报刊发行局发行. (世界胃肠病学杂志2004-06-15)

## 《世界华人消化杂志》、《世界胃肠病学杂志（英文版）》 变更刊期获得批复

**本刊讯** 山西省新闻出版局于2005-02-18及2005-02-25发布文件, 分别批准《世界胃肠病学杂志（英文版）》、《世界华人消化杂志》变更刊期.

根据晋新出报刊发[2005]5号文件, 《世界胃肠病学杂志（英文版）》自2005-01-01起改为周刊发行, 每月7、14、21、28日出版.

根据晋新出报刊发[2005]15号文件, 《世界华人消化杂志》自2005-01-01起改为半月刊发行, 每月1、15日出版.

## 2005上海国际胃肠病学学术会议通知

**本刊讯** 由上海第二医科大学附属仁济医院、上海市消化疾病研究所和美国Johns Hopkins大学胃肠科主办的2005上海国际胃肠病学学术会议定于2005-07-07/2005-07-09在上海国际会议中心举行.本次会议使用的语言为英语, 配有同声翻译.

### 1 投稿内容

胃食管反流病和Barrett食管、炎症性肠病、胃肠道肿瘤和肝细胞癌、幽门螺杆菌及其相关性疾病、脂肪肝、慢性肝炎和门静脉高压、胰腺疾病等.

### 2 议秘书处

上海市消化疾病研究所, 上海市山东中路145号, 邮编200001, 电话: 021-63200874, 传真: 021-63266027, Email: cige@shl63.net

欢迎消化科、外科、肿瘤科、放射科、病理科及其他相关学科医师踊跃报名参加会议.