

辨证论治胆汁反流性胃炎 90 例临床观察

尤海玲,陈源

(广东省河源市中医院,广东 河源,517000)

[摘要] 目的:观察辨证论治胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将90例胆汁反流性胃炎患者辨证分成3组各30例,治疗1组(中气不足型)、治疗2组(胆胃郁热型)、治疗3组(肝气犯胃型)分别采用加味黄芪建中汤、代温汤加减、四七疏肝汤加减治疗,另取30例胆汁反流性胃炎患者为对照组,采用奥美拉唑胶囊合莫沙比利胶囊治疗。观察4组治疗前后及停药4周后的中医证候积分与综合疗效。结果:总有效率治疗1组为93.3%,治疗2组为96.7%,治疗3组为93.3%,均优于对照组的80.0% ($P < 0.05$)。3组治疗组治疗后及停药4周后的中医证候积分与对照组比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:加味黄芪建中汤、代温汤加减、四七疏肝汤加减治疗胆汁反流性胃炎疗效明显优于西药治疗。

[关键词] 胆汁反流性胃炎;加味黄芪建中汤;代温汤加减;四七疏肝汤加减

[中图分类号] R259.733 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.031

随着现代社会生活节奏快,人们生活无规律,导致慢性胃炎在临床呈多发趋势,其中伴胆汁反流者并不少见。笔者在临证过程中观察发现,胆汁反流性胃炎相较于普通胃炎来说,起效慢,易反复。临床运用中医辨证进行治疗,调节脾胃气机,能够取得较好的临床疗效。笔者将90例胆汁反流性胃炎患者分为3型(中气不足型、胆胃郁热型、肝气犯胃型)进行辨证论治,分别采用自拟方加减治疗取得了较好疗效,并与采用西药治疗的30例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年1月至2017年5月于我院治疗的胆汁反流性胃炎患者120例,随机分为4组。治疗1组30例中,男18例,女12例;年龄20~70岁,平均 (40.2 ± 12.6) 岁;病程9个月至17年,平均 (4.5 ± 9.4) 年。治疗2组30例中,男16例,女14例;年龄18~71岁,平均 (42.5 ± 11.9) 岁;病程7个月至18年,平均 (5.2 ± 8.4) 年。治疗3组30例中,男18例,女12例;年龄19~75岁,平均 (45.0 ± 13.2) 岁;病程11个月至16年,平均 (4.9 ± 9.9) 年。对照组30例中,男17例,女13例;年龄21~69岁,平均 (41.9 ± 11.8) 岁;病程1年~16年,平均 (4.7 ± 8.8) 年。4组在性别、年龄、病程上经统计学处理,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中医内科学》^[1]及《实用消化病诊疗学》^[2]中的相关标准诊断拟定。

上腹部出现连续无规律性烧灼疼痛,进食后症状加重。有反酸、呕吐等典型反流症状。胃镜下可见有较多胆汁随胃窦的蠕动波反流至胃,胃体内部存在有附着的胆汁,胃液呈胆汁黄色,胃黏膜糜烂充血,出现水肿或花斑样病理性改变。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中的相关诊断标准并结合临床所见自拟。中气不足型:呼吸气紧乏力,形体偏瘦,大便稀溏,甚至完谷不化,舌质淡、苔薄白,双脉浮缓无力或右关脉沉细弱。胆胃郁热型:口苦,口黏,舌质红、苔薄黄,双脉滑有利,右关脉甚。肝气犯胃型:喜嗳气,腹胀,舌质淡、苔薄白,双脉细弦,或有左关弦。

1.3 排除标准 (1)合并其他严重心脑血管病;(2)有胃部手术史;(3)合并其他急需处理的危重胃肠道疾病;(4)未完成疗程;(5)拒绝随访;(6)精神病;(7)孕妇。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用中药治疗。(1)治疗1组(中气不足型)采用加味黄芪建中汤治疗。处方:黄芪30g,桂枝10g,白芍15g,炙甘草5g,生姜5片,大枣(去核)5枚,蒲公英15g,海螵蛸10g,厚朴5g,黄连3g,麦芽糖一勺(兑入煮好的药汁中)。(2)治疗2组(胆胃郁热型)自拟代温汤加减治疗。处方:代赭石15g,旋覆花(包煎)30g,竹茹15g,枳实5g,半夏15g,陈皮15g,茯苓15g,党参20g,生姜5片,大枣(去核)5枚,炙甘草10g。(3)治疗3组(肝气犯胃型)自拟四七疏肝汤加减治疗。处方:柴胡15g,白芍15g,川芎5g,枳壳10g,陈皮10g,炙甘草5g,香

附 5g,半夏 10g,苏梗 10g,苏叶(后下) 10g,茯苓 10g,生姜 5 片。

2.2 对照组 采用西药治疗。奥美拉唑胶囊 40mg,每天 2 次,餐前 30min 口服;莫沙比利胶囊 5mg,每天 2 次,餐前 30min 口服。

2 组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察患者治疗前后及停药 4 周后的中医证候的变化,按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 的方法计算中医证候积分;观察治疗前后电子胃镜检查检查结果。

3.2 疗效标准 参照《中医内科学》^[1]及《实用消化病诊疗学》^[2]拟定。痊愈:临床症状、体征彻底消失,胃镜下发现幽门口胆汁反流现象消失,胃镜下及黏膜病理组织学检查显示均基本恢复正常;显效:临床症状、体征显著改善,胃镜下可见幽门口胆汁反流现象显著减少,胃镜及黏膜病理组织学检查显示均显著好转;有效:临床症状、体征有所改善,胃镜下可见幽门口胆汁反流量减少,胃镜及黏膜组织病理学检查有一定程度的减轻;无效:临床症状、体征、胃镜下及黏膜组织病理学检查显示均无显著改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 4 组综合疗效比较 总有效率治疗 1 组为 93.3%,治疗 2 组为 96.7%,治疗 3 组为 93.3%,均优于对照组的 80.0%,组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 4 组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗 1 组	30	13	7	8	2	93.3 ^a
治疗 2 组	30	12	10	7	1	96.7 ^a
治疗 3 组	30	14	6	8	2	93.3 ^a
对照组	30	10	8	6	6	80.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 4 组不同时段中医证候积分比较 3 组治疗后、停药 4 周后的中医证候积分与对照组比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

4 讨 论

胆汁反流性胃炎相当于中医学的“胃脘痛”“痞证”“暖气”“呃逆”,亦有部分患者在临床中以“胸痹”“心痛”的症状而就诊,对于该病的文献也有不

表 2 4 组不同时段中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	停药 4 周后
治疗 1 组	30	11.03 ± 3.86	6.31 ± 2.69 ^a	3.88 ± 1.57 ^a
治疗 2 组	30	10.98 ± 3.74	6.74 ± 2.45 ^a	3.65 ± 1.49 ^a
治疗 3 组	30	11.11 ± 4.05	6.87 ± 2.72 ^a	3.97 ± 1.60 ^a
对照组	30	11.00 ± 3.79	8.46 ± 3.22	7.08 ± 2.53

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

少记载^[4-7]。临床治疗上,西医多以抑酸、促进胃动力为主,治疗病程较长,容易反复。脾胃居中焦,为五脏六腑之枢纽,为气机升降枢纽,据辨证论治,虚者补之,实者泻之,中气不足者,运用黄芪建中汤补中益气,促进脾胃运化。黄芪建中汤来自于《金匮要略》,是治疗中虚不足的经方之一,该方在小建中汤中加入黄芪,增加了补虚益气之力。胆胃郁热者,“邪在胆,逆在胃”,自拟代温汤泻胆热、和胃腑。该方是旋覆花代赭石汤与温胆汤的合方,温胆汤治疗气滞脾胃,痰涎内生之证,该证型主要病机是痰气互结,气机上逆,因此合用了降逆气治疗心下痞硬的旋覆花代赭石汤,可加强和胃降逆之功,因此取得了较好的临床效果。肝气犯胃,胆汁上逆,胃气不降,运用四七疏肝汤,疏肝行气散结,降逆和胃化痰。从这 3 型治疗来看,中气不足者补虚益气,胆胃不和者温胆和胃,肝气犯胃者疏肝和胃,最根本的就是要恢复脾胃的枢纽升降功能,从而使胆汁反流的气机疏解,经方与时方结合,取得了较好的临床疗效。本观察结果也说明了临床中不能执成方而治百病,需要灵活辨证论治,根据病机灵活组方,方能取得较好疗效,尤其对胆汁反流性胃炎,该病临床表现症状复杂,病机多变,更需要灵活辨证治疗。笔者认为辨脉是重要一环,需要在临床中进一步总结。

参考文献

[1] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012.
[2] 孟宪镛,黄介飞,杨大明. 实用消化病诊疗学[M]. 北京:世界图书出版公司,2006.
[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:6.
[4] 刘铭珍,于金源. 柴胡疏肝散加味治疗胆汁反流性胃炎 46 例疗效观察[J]. 中国中医药科技,2007(3):34.
[5] 宋锡民. 柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎临床价值评价[J]. 社区中医药,2010,12(16):128-129.
[6] 肖定洪,吴晓华,黄天生,等. 小陷胸汤合四逆散治疗肝胃郁热型原发性胆汁反流性胃炎的临床观察[J]. 云南中医学院学报,2014,37(6):56-59.
[7] 王禹霁,王亮,尚青青,等. 200 例胆汁反流性胃炎患者中医证候分布特点研究[J]. 现代中医临床,2014,21(6):1-4.

(收稿日期:2017-10-16)