

半夏泻心汤合柴胡舒肝散 治疗伴抑郁焦虑反流性食管炎 40 例

陈艳¹, 万强²

(1. 北大医疗鲁中医院, 山东 淄博, 255400;

2. 陕西省西安市中医院, 陕西 西安, 710001)

[摘要] 目的: 观察半夏泻心汤合柴胡舒肝散治疗伴抑郁焦虑反流性食管炎的临床疗效。方法: 将 80 例伴抑郁焦虑反流性食管炎患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组采用西药治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加半夏泻心汤合柴胡舒肝散治疗。结果: 总有效率治疗组为 92.3%, 对照组为 89.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组胃镜分级、中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 半夏泻心汤合柴胡舒肝散治疗伴抑郁焦虑反流性食管炎的疗效肯定。

[关键词] 反流性食管炎; 抑郁焦虑; 中西医结合疗法; 半夏泻心汤; 柴胡舒肝散

[中图分类号] R259.71 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.025

反流性食管炎 (RE) 是消化系统常见、多发病, 以胃及十二指肠内容物反流入食管引起的烧心、反酸、上腹胀痛为主要表现。该病的发病率逐年增高, 病程长、病势缠绵, 复发率高, 如反复发作可导致食管溃疡出血, Barrett 食管, 甚至食管腺癌, 严重影响患者生存质量。有研究发现焦虑抑郁与 RE 的发病相关^[1]。万强主任医师在西药治疗的基础上运用半夏泻心汤合柴胡舒肝散治疗本病 40 例, 疗效显著, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2015 年 5 月至 2016 年 5 月陕西省西安市中医院脾胃科就诊的伴抑郁焦虑反流性食管炎患者 80 例, 随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 37.2 ~ 61.1 岁, 平均 51.5 岁; 病程 0.6 ~ 7 年, 平均 3.7 年。对照组中, 男 15 例, 女 15 例; 年龄 34.5 ~ 59.4 岁, 平均 52.7 岁; 病程 0.4 ~ 5 年, 平均 3.3 年。2 组一般资料比较, 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 (1) 反流性食管炎诊断标准: 符合“反流性食管炎诊断及治疗指南”^[1]中的有关标准。(2) 抑郁焦虑评定参照哈密顿焦虑测量表 (HAMA) 总分 ≥ 14 分、哈密顿抑郁测量表 (HAMD) 总分 ≥ 17 分。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2] 制定肝胃不和型伴抑郁焦虑反流性食管炎诊断标准。主症: 反酸, 烧心, 胸骨后疼痛, 胸

胁胀满, 烦躁易怒; 次症: 嗳气, 早饱, 纳少, 大便不畅, 舌淡红, 苔薄黄或白, 脉弦。

1.3 排除标准 (1) 有严重心脑血管疾病; (2) 精神障碍或不予合作; (3) 食管狭窄或贲门部梗阻; (4) 各种恶性肿瘤晚期; (5) 合并消化性溃疡、麦克尔憩室、贲门黏膜撕裂征; (6) 近半年服用过其他相关激素药物。

1.4 脱落病例 治疗组 1 例依从性差自行停药, 对照组 1 例因其他疾病停止观察, 1 例失访。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。莫沙必利 10 ~ 20mg/次, 每天 3 次口服; 奥美拉唑 20mg/d 口服; 黛力新片每次 1 片, 每天 2 次口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加半夏泻心汤合柴胡舒肝散治疗。处方: 姜半夏 12g, 柴胡 12g, 木香后下 6g, 吴茱萸 2g, 黄芩 10g, 陈皮 12g, 黄连 6g, 枳实 10g, 白芍 12g, 川芎 10g, 党参 10g, 煅瓦楞子 (先煎) 30g, 甘草 6g。由煎药室统一煎药, 饭后温服, 早晚各 1 袋。

2 组均以 7d 为 1 个疗程, 治疗 8 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1) 2 组治疗前后胃镜分级^[1]。0 级: 正常 (可有组织学改变); I 级: 发红、糜烂呈点状或条状, 没有融合; II 级: 发红或糜烂为条状, 有但为非全周; 融合; III 级: 发红、糜烂范围广, 有且为全周性融合或溃疡。(2) 治疗前后中医证候积

分;(3)不良反应:观察2 组治疗前后有无胃肠道皮疹、头晕及肝肾功能异常;(4)治疗后随访2 个月观察复发情况。

3.2 疗效标准 参照“反流性食管炎诊断及治疗指南”^[1]及《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。痊愈:临床症状消失,胃镜检查0 级,中医证候积分减少90% 以上;显效:临床症状明显好转,胃镜检查分级上升1 级以上,中医证候积分减少70% ~ 90%;有效:临床症状改善,胃镜检查分级上升1 级,中医证候积分减少30% ~ 70%;无效:临床症状无变化,胃镜检查无改善,中医证候积分减少不足30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件包进行处理。计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.3%,对照组为 89.5%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表3 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	反酸	烧心	胸骨后疼痛	烦躁易怒	胸胁胀满	上腹胀	嗝气	早饱
治疗组	39	治疗前	3.95 ± 1.53	3.44 ± 1.82	1.73 ± 1.07	3.51 ± 1.71	1.38 ± 1.13	3.41 ± 1.75	1.59 ± 1.15	1.76 ± 1.02
		治疗后	0.86 ± 1.21 ^{ab}	0.67 ± 1.15 ^{ab}	0.55 ± 0.68 ^{ab}	0.74 ± 1.02 ^{ab}	0.68 ± 0.72 ^{ab}	0.45 ± 1.04 ^{ab}	0.53 ± 0.88 ^{ab}	0.58 ± 0.81 ^{ab}
对照组	38	治疗前	3.87 ± 1.60	3.47 ± 1.94	1.66 ± 1.07	3.52 ± 1.84	1.78 ± 1.12	3.79 ± 1.54	1.52 ± 1.07	1.62 ± 1.05
		治疗后	1.04 ± 1.54 ^a	1.61 ± 1.67 ^a	0.97 ± 0.91 ^a	1.66 ± 1.73 ^a	0.94 ± 0.97 ^a	1.63 ± 1.46 ^a	0.21 ± 0.53 ^a	1.21 ± 1.04 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

3.5 不良反应及复发率 2 组均未出现明显的不良反应。复发率治疗组为 6.70%,对照组为 28.57%,2 组比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

4 讨 论

反流性食管炎(RE)是一种消化道动力障碍性疾病,主要由于食管黏膜持续受到反物流攻击及抗反流机制降低造成,临床常见反酸、烧心、胸骨后疼痛等表现。焦虑抑郁可影响胃酸分泌从而影响 RE 的发病^[3]。目前西医治疗方案主要以抑酸和促胃肠动力药及抗抑郁药为主,但毒副作用大且复发率较高,患者耐受性较差。RE 属于中医学“反酸”“噎膈”“嘈杂”“胸痛”“胃痞”范畴。病因不外乎六淫侵袭、饮食失调、情志失和、手术损伤。病机既有寒热虚实错杂,中焦失和,郁怒伤肝,又有肝脾气机失常,克脾犯胃,较为复杂,多为本虚标实之证。食管属胃,与脾相表里,在水谷精微的运化和输布过程中关系密切,在气机升降方面与肝相关。治以协调寒热,疏肝理气,和胃降逆。柴胡舒肝散方中半夏、

表1 2 组综合疗效比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	39	19(48.7)	14(35.9)	3(7.7)	3(7.7)	36(92.3) ^a
对照组	38	15(39.5)	12(31.6)	7(18.4)	4(10.5)	34(89.5)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

3.4.2 2 组治疗前后胃镜分级情况比较 2 组胃镜分级治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2 组治疗前后胃镜分级情况比较(*n*)

组别	<i>n</i>	时间	0 级	I 级	II 级	III 级
治疗组	39	治疗前	0	16	14	9
		治疗后	19 ^{ab}	11	5	4
对照组	38	治疗前	0	18	14	4
		治疗后	15 ^a	13	6	4

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

3.4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

柴胡为君,疏肝和胃,行气散结;干姜、黄芩、黄连、木香、陈皮为臣,温中散寒,除痞泄热,和胃理气;然寒热错杂,又缘于中虚失运,木火旺盛亦可侮土,肝藏血,脾虚则生化无源,肝失所养,故用党参以健脾益气,补中培元;白芍以养血柔肝止痛;枳实破气除痞;川芎活血行气;瓦楞子消痰化瘀,软坚散结;吴茱萸散寒止痛,与黄连合用为左金丸抑酸止痛,以上6 味药共为佐;甘草益气补中缓肝之急,调和诸药,为佐使之品。诸药合用,使寒热得调,肝郁得疏,升降复常则反流自止。

参考文献

[1] 陆星华,张泰昌. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年)[S]. 中华消化内镜杂志,2004,21(4):221 - 222.
[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:366 - 368.
[3] 张国华. 抗焦虑联合兰索拉唑、伊托必利治疗难治性胃食管反流病临床疗效观察[J]. 临床消化病杂志,2010,22(3):178 - 179.

(收稿日期:2017 - 12 - 04)