

引用:谷晓光. 清热和胃方联合西药治疗湿热中阻型胆汁反流性胃炎54例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(8):45-47.

清热和胃方联合西药治疗 湿热中阻型胆汁反流性胃炎54例临床观察

谷晓光

(濮阳县中医医院,河南 濮阳,457100)

[摘要] 目的:观察清热和胃方联合西药治疗湿热中阻型胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将107例湿热中阻型胆汁反流性胃炎患者采用随机数字表法随机分为2组,其中治疗组54例,对照组53例。对照组予铝碳酸镁联合西沙比利治疗,治疗组在对照组的基础上加用清热和胃方治疗。比较2组综合疗效、幽门螺杆菌(Hp)根除率及治疗前后中医证候积分、胃镜下黏膜组织病理变化。结果:总有效率治疗组为94.44%(51/54),高于对照组的81.13%(43/53),差异有统计学意义($P < 0.05$);2组中医证候积分、胃镜下黏膜组织病理变化各项指标评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($P < 0.05$);Hp根除率治疗组为91.30%(21/23),略高于对照组的90.91%(20/22),但差异无统计学意义($P > 0.05$);2组患者治疗期间均无严重不良反应发生。结论:清热和胃方联合铝碳酸镁及西沙比利能够有效改善湿热中阻型胆汁反流性胃炎患者的症状体征,其机制与抗炎、抑制胃酸分泌、修复胃黏膜等有关,安全性高。

[关键词] 胆汁反流性胃炎;湿热中阻型;清热和胃方

[中图分类号] R259.733⁺.4 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.018

胆汁反流性胃炎是临床上一种较为常见的慢性胃黏膜病变,主要是由于十二指肠内容物流入胃内,促使H⁺弥散增加而导致,西医常规治疗以药物为主,但整体治疗效果并不理想^[1]。中医学认为,胆胃失和、湿热中阻与本病的发生有着重要关联,治疗时应以清热祛湿、和胃利胆为原则。笔者采用清热和胃方联合西药治疗湿热中阻型胆汁反流性胃炎54例,取得了较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年6月期间我院收治的107例湿热中阻型胆汁反流性胃炎患者,采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组54例中,男28例,女26例;年龄25~70岁,平均(47.91±4.20)岁;病程1~9年,平均(4.95±0.46)年;幽门螺杆菌(Hp)阳性23例。对照组53例中,男29例,女24例;年龄28~68岁,平均(47.97±4.15)岁;病程1~9年,平均(4.97±0.43)年;Hp阳性22例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本观察已经医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《内科学》^[2]中的有关标准,并经胃镜、胃析出物测定、同位素测定等检查

确诊。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》^[3]中有关胃脘痛湿热中阻证辨证标准拟定。症见胃脘痞满、疼痛,烧心,恶心呕吐,口苦,口臭,大便黏滞等。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断与中医辨证标准;2)患者认知功能正常,能够配合治疗;3)近60d内未采用其他方案治疗;4)自愿参加本次观察且签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有药物禁忌证;2)合并其他类型消化系统疾病者;3)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用铝碳酸镁合西比必利治疗,Hp阳性者加用克拉霉素和阿莫西林治疗。铝碳酸镁片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字H20013410,规格:0.5g/片)口服,0.1~1.0g/次,3次/d;西沙比利片(浙江京新药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20020345,规格:0.5g/片)口服,0.5~1.0g/次,3次/d。伴有Hp阳性者增加克拉霉素分散片(四川省旺林堂药业有限公司,批准文号:国药准字H20000127,规格:0.25g/片)口服,0.25g/次,2次/d;阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,批准文号:国药准字H44021351,规格:0.25g/粒)口服,0.5g/次,3次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用清热和胃方治疗。药物:滑石 18 g,茵陈 15 g,黄芩 15 g,连翘 12 g,香橼 12 g,石菖蒲 12 g,黄连 12 g,白蔻仁 12 g,木通 12 g,佛手 12 g,瓦楞子 12 g,吴茱萸 3 g,甘草 6 g。1 剂/d,水煎,分早晚 2 次温服。

2 组患者均持续治疗 3 个月后比较疗效,其中克拉霉素及阿莫西林连续服用 14d 后停止服用。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)中医证候积分。主症胃脘疼痛、痞满,次症烧心、口苦,主症每项计分 0~10 分,次症每项计 0~6 分,分数越高提示患者症状越严重。3)胃镜下黏膜组织病理变化。依据活检结果进行判定,选取胃小弯距幽门 2 cm 处组织,依据病变程度评价血管扩张、固有层水肿、胃小凹增生、炎症、黏膜肌增生变化,每项计分 0~3 分,分数越高说明程度越严重。4)Hp 根除率。依据 14C 尿素呼气试验判定结果。5)不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中有关标准拟定。显效:症状、体征基本消失,中医证候积分减分率>90%,胃黏膜红润,无胆汁反流;有效:症状明显改善,中医证候积分减分率≤90%、但>45%,胃黏膜轻度水肿,胃黏液染色变淡;无效:未达有效标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

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 94.44%,对照组为 81.13%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	54	30(55.56)	21(38.89)	3(5.55)	51(94.44) ^a
对照组	53	25(47.17)	18(33.96)	10(18.87)	43(81.13)

注:与对照组比较, $\chi^2=4.4411$,^a*P*=0.0351<0.05。

3.4.2 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 2)

3.4.3 2 组治疗前后胃镜下黏膜组织病理评分比较 2 组胃镜下黏膜组织各项评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)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	胃脘疼痛	胃脘痞满	烧心	口苦
治疗组	54	治疗前	7.23±1.01	7.98±1.09	5.05±0.58	4.99±0.75
		治疗后	1.90±0.08 ^{ab}	1.31±0.10 ^{ab}	0.71±0.04 ^{ab}	0.69±0.06 ^{ab}
对照组	53	治疗前	7.19±1.05	8.01±1.13	5.01±0.61	4.96±0.73
		治疗后	3.11±0.14 ^a	2.99±0.35 ^a	1.87±0.43 ^a	1.92±0.31 ^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。

表 3 2 组胃镜下黏膜组织病理评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	血管扩张	固有层水肿	胃小凹增生	炎症	黏膜肌增生
治疗组	54	治疗前	2.59±0.38	5.60±0.38	2.58±0.40	2.53±0.39	2.58±0.38
		治疗后	0.71±0.06 ^{ab}	0.68±0.05 ^{ab}	0.59±0.07 ^{ab}	0.63±0.03 ^{ab}	0.66±0.05 ^{ab}
对照组	53	治疗前	2.61±0.36	2.57±0.40	2.55±0.39	2.49±0.38	2.53±0.37
		治疗后	1.31±0.18 ^a	1.27±0.16 ^a	1.29±0.21 ^a	1.30±0.19 ^a	1.32±0.15 ^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。

3.4.4 2 组 Hp 根除率比较 根除率治疗组为 91.30%(21/23),对照组为 90.91%(20/22),治疗组略高于对照组,但差异无统计学意义($\chi^2=0.2279$,*P*=0.6331>0.05)。

3.5 不良反应 2 组患者治疗期间均无严重不良反应发生。

4 讨论

西医学认为,胆汁反流性胃炎的发生与胃部手术、幽门括约肌功能失调等因素影响胃十二指肠动力,导致胃泌素释放水平升高有关^[5]。肠内容物反流入胃,导致胃黏膜损伤,引起胃黏膜屏障受损,促使出血、炎症、增生、糜烂等情况出现,患者临床上表现为恶心、腹胀、嗝气、胸骨后疼痛等症状体征。西医常规以药物治疗为主,铝碳酸镁及西沙比利是临床治疗胆汁反流性胃炎的常用药物。铝碳酸镁作用于机体后,主要通过中和胃酸,促使前列腺素 E₂ 水平及黏液下层疏水层内磷脂水平升高及胃黏膜表皮生长因子释放,抑制 H⁺ 反渗等,从而增强胃黏膜屏障,发挥胃黏膜保护作用^[6]。西沙比利作用于机体后通过促使乙酰胆碱释放,从而加强胃肠运动,避免食物滞留,抑制食物反流等产生促胃肠动力的作用^[7]。

胆汁反流性胃炎在中医学中并无对应病名,依据其症状、体征可归属为“痞满”“呕胆”“胃脘痛”“胆瘕”等范畴。《素问·痹论》曰:“饮食自倍,脾胃乃伤,脏寒生满病”;《伤寒论》曰:“满而不痛为痞”;《灵枢·四时气》曰:“邪在胆,逆在胃”;《素

问·奇病论》曰:“有病口苦者……病名曰胆瘕”,中医学认为,饮食、外邪、情志、脾胃虚弱等因素与胃脘痛的发生密切相关,本病根源在肝,病因在胆,病位在胃,其病因病机为胆胃失和、湿热中阻,脾主运化,喜燥恶湿,湿热内阻以致脾脏不能正常运化水湿,气机升降失常,胆随胃而降,胆汁逆胃,以致病发,治疗时需从此处着手。清热和胃方中滑石除湿利窍、健脾益气,黄芩清热燥湿,茵陈清热利湿、保肝护胆,三者共为君药,利胆祛湿;石菖蒲健脾燥湿,白蔻仁醒脾行气,木通、连翘清热导湿,四者合用为臣,清热利湿;瓦楞子消痰止痛,香橼除湿和中,佛手理气健脾,吴茱萸降逆止呕,黄连清热燥湿,合用为佐,泻肝胃之火;以甘草为使,调和诸药。全方共奏降逆和胃、健脾理气、清热化湿之功。现代药理学研究显示,滑石煎剂作用于受损的破损组织时能够形成保护膜,产生胃黏膜保护作用,茵陈煎剂能够通过松弛胆道括约肌,调节肝细胞黏附因子-1表达,改善肝细胞功能,提高胆红素及胆酸排出量,促进胆汁分泌,产生利胆效用^[8];石菖蒲水煎液能够增加消化液分泌量,拮抗肠管痉挛,改善肠道推进功能,从而改善胃肠动力^[9]。彭勇等^[10]研究证实,对35例胆汁反流性胃炎患者应用利胆祛湿汤治疗后,患者症状、体征显著改善。

本研究结果显示,治疗后治疗组中医证候积分、胃镜下黏膜组织病理变化改善效果及临床疗

效、Hp根除率均优于对照组,提示在西医常规治疗基础上联合清热和胃方能够更有效地改善患者的症状体征,促进胃黏膜病理改变的恢复,使协同作用下进一步提高疗效,且安全性高。

参考文献

- [1] 杨义光. 熊去氧胆酸联合六味安消胶囊治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(2): 199-201.
- [2] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 3.
- [3] 田德禄, 蔡淦. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 8.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 9-10.
- [5] 赵亚男, 许翠萍. 基于根除Hp治疗对胆汁反流性胃炎病人的临床疗效观察[J]. 中南医学科学杂志, 2019, 47(2): 188-191.
- [6] 李宁. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胆囊切除术后胆汁反流性胃炎的临床研究[J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(2): 31-34.
- [7] 李雨静. 西沙比利联合奥美拉唑治疗反流性食管炎临床疗效分析[J]. 微量元素与健康研究, 2016, 33(2): 92-93.
- [8] 孙成博, 孙波, 刘春禹, 等. 茵陈提取物对糖尿病大鼠肾组织中miRNAs表达谱的影响及其肾脏保护作用[J]. 吉林大学学报: 医学版, 2018, 44(3): 493-498, 后插3.
- [9] 杨雪鸥, 唐智勇, 黄雪梅, 等. 石菖蒲β-细辛醚研究进展[J]. 中药材, 2016, 39(3): 686-690.
- [10] 彭勇, 常智玲, 张华, 等. 利胆祛湿汤加减治疗湿热中阻型胆汁反流性胃炎的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(2): 412-414.

(收稿日期: 2019-08-28)

(上接第24页)治法: 活血化瘀, 疏经通络。针灸处方: 睛明、球后、百会、上星、额正中线、额旁一线、风池、太冲、合谷。操作: 患者取仰卧位, 闭目。穴位常规消毒, 选用0.25 mm×40 mm针灸针, 睛明及球后进针25~30 mm, 采用小幅度、高频率手法行针30s, 使针感放射至眼底, 快速出针后按压; 百会、上星斜刺进针1寸, 太冲、合谷直刺进针0.5寸, 风池往鼻尖方向进针1寸, 均施以平补平泻手法; 额正中线与双侧额旁1线采用0.30 mm×75 mm针灸针, 进针后捻转行针, 平补平泻。以上穴位除睛明、球后之外均留针30 min。每天1次, 治疗14 d后, 患者自觉复视症状明显减轻, 视物清晰, 继续巩固治疗14 d后, 眼球活动恢复如常, 无头晕症状。

按语: 本例复视是由于气滞血瘀、经络瘀阻、目失所养而成。脑为髓海, 髓由肾所生, 而目为肝之窍, 血脉通利则髓海充足、视物正常, 反之则出现视物不清或分散。取睛明、球后, 可疏通眼周气血循环, 通利血脉。百会、上星、额正中线、额旁一线、风

池合用, 可改善局部血液循环, 增强神经细胞活性, 共奏佳效。太冲、合谷配合使用, 一阴一阳, 上下相合, 共调脏腑气血。诸穴相伍, 共奏活血化瘀、疏经通络之效, 故收效颇佳。

参考文献

- [1] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(2): 105-119.
- [2] 陈静, 曹辰虹, 张妍. 醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后动眼神经麻痹的临床观察[J]. 天津中医药, 2013, 30(9): 534-536.
- [3] 石学敏. 针灸学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 170.
- [4] 季瑞芬, 崔玉玲, 王丹玲, 等. 早期头针体针相结合对老年脑出血术后偏瘫的康复体会[J]. 中国临床康复, 2003, 7(10): 1610.
- [5] 纪哲, 申鹏飞. 申鹏飞调神针法临证经验浅析[J]. 四川中医, 2014, 32(1): 11-12.

(收稿日期: 2019-09-29)