

引用:胡云歌,王静,杨强. 蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(9):47-49.

蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑 治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例

胡云歌^{1,2},王 静¹,杨 强¹

(1. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193;

2. 天津中医药大学,天津,300193)

[摘要] 目的:观察蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病的临床疗效。方法:将 64 例胆热犯胃型胃食管反流病患者随机分为治疗组和对照组,每组各 32 例。治疗组给予蒿芩清胆汤加減及雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗,对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片及雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗。治疗 8 周后观察比较 2 组综合疗效、中医症状积分、胃镜检查黏膜病变评分、不良反应发生率和复发率。结果:总有效率治疗组为 93.75% (30/32),对照组为 81.25% (26/32),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较(除反酸、嗝气外),差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组不良反应发生率和复发率均低于对照组($P < 0.05$)。结论:蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病疗效颇佳。

[关键词] 胃食管反流病;胆热犯胃型;中西医结合疗法;蒿芩清胆汤

[中图分类号] R259.833⁺.4 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.019

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指由于消化道运动功能障碍,酸性物质(胃酸、胃蛋白酶等)或碱性物质(十二指肠液、胆汁、胰液)从胃反流至食管,引起胸骨后疼痛、烧心等临床症状及(或)食管炎症的一种疾病^[1]。临床上常用质子泵抑制剂(PPI)类联合促胃肠动力药,一般 8 周可取得疗效,但停药后易复发,长期服用 PPI 类药物有增加感染的风险^[2]。中医学遵循“治病求本”的思想,通过审证求因、辨证论治,因人、因地、因时制宜治疗。笔者采用蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例,

取得颇为满意的疗效,并与单用西药治疗的 32 例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2018 年 10 月至 2019 年 6 月天津中医药大学第一附属医院消化科门诊收治的胆热犯胃型胃食管反流病患者 64 例,采用随机数字表法随机分为治疗者和对照组,每组各 32 例。治疗组中,男 18 例,女 14 例;年龄 30 ~ 70 岁,平均(56.87 ± 10.41)岁;病程 0.5 ~ 12 年,平均(5.04 ± 3.50)年;轻度 14 例,中度 13 例,重度 5 例。对照组中,男 16 例,女 16 例;年龄 28 ~ 69 岁,平均

第一作者:胡云歌,女,2017 级硕士研究生,研究方向:消化系统疾病的临床研究

通讯作者:王静,女,主任医师,研究方向:消化系统疾病的临床研究, E-mail: wangjing66126@126.com

- [7] 彭平. 支气管哮喘的发病机制及用药治疗该病的研究进展[J]. 当代医药论丛,2018,16(10):34-35.
- [8] 王伟铭,陈洪宇,刘华锋,等. 糖皮质激素常见副作用的中西医结合治疗[J]. 中华肾病研究电子杂志,2015,4(4):173-176.
- [9] 杨安培,谢彦兵. 雾化吸入硫酸沙丁胺醇溶液致低血压休克 1 例[J]. 中国药物警戒,2018,15(8):503,505.
- [10] 郭长棋. 氨茶碱与多索茶碱对于支气管哮喘患者不良反应的影响[J]. 中国医药指南,2018,16(6):39.
- [11] 吴光华,魏涵,闫聪聪,等. 孟鲁司特钠致儿童不良反应文献分析[J]. 儿科药杂志,2019,25(5):43-46.
- [12] 王宝玉,王成祥,张鹤礼,等. 浅谈周平安教授治疗支气管哮

喘的临床经验[J]. 环球中医药,2018,11(1):79-81.

- [13] 王宝玉. 周平安教授治疗支气管哮喘的临床研究及经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
- [14] 苏喧. 晁恩祥:中医“风咳”证治的临床研究及相关问题解析[J]. 中国医药科学,2015,5(21):1-3.
- [15] 陈志斌. 晁恩祥教授辨治风咳学术经验及临证特色[J]. 福建中医药,2017,48(4):53-54,62.
- [16] 孙元. 名老中医田从豁治疗哮喘临床经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2010.
- [17] 孙鼎,唐凌,吴银根,等. 吴银根教授调治支气管哮喘膏方用药规律研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(3):217-220.

(收稿日期:2019-11-12)

(53.41 ± 12.13) 岁;病程 0.6 ~ 10 年,平均(4.69 ± 3.41)年;轻度 15 例,中度 11 例,重度 6 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。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《内科学》^[3]中有关诊断标准拟定。1)有典型烧心、反流症状;2)胃镜下发现 RE;3)24 h 食管监测有过度酸反流;4)食管酸反流的其他客观证据。

1.2.2 中医辨证标准 参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4]中有关胆热犯胃证的辨证标准拟定。主症:口苦咽干,烧心;次症:胁肋胀痛,胸背痛,反酸,嗝气或反食,心烦失眠;易饥。舌脉:舌红、苔黄腻;脉弦滑。具备主症 2 项,加次症 2 项,参考舌脉,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述标准;2)年龄 18 ~ 70 岁;3)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)已服用其他相关治疗药物;2)D 级食管炎、食管狭窄、食管出血及 Barrett 食管、胃溃疡;3)肝肾功能异常、肿瘤、大型手术后或合并其他危重疾病;4)妊娠、哺乳期妇女;5)依从性差。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗。蒿芩清胆汤:青蒿 12 g,黄芩 12 g,半夏 10 g,陈皮 10 g,枳壳 9 g,竹茹 9 g,代赭石 9 g,降香 9 g,莱菔子 10 g,茯苓 10 g,青黛 12 g。中药汤剂由我院中药房煎制,1 剂/d,水煎,分早晚饭后 30 min 服用;雷贝拉唑钠肠溶胶囊(济川药业集团有限公司,批准文号:国药准字 H20061220,规格:20 mg/片),1 片/次,1 次/d,早餐前服用。

2.2 对照组 采用枸橼酸莫沙必利分散片合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗。枸橼酸莫沙必利分散片(成都康弘药业集团股份有限公司,批准文号:国药准字 H20031110,规格:5 mg/片)1 片/次,1 次/d,饭前服用;雷贝拉唑钠肠溶胶囊生产厂家及服法均同治疗组。

2 组患者均治疗 8 周,期间嘱咐患者少食油腻、寒凉、辛辣食物,调节情绪,保持心情舒畅。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医症状积分。参照《胃肠疾病中医症状评分表》^[5]评定患者口苦、烧心、胁肋痛、易饥等症状积分。0 级计 0 分,轻度(I 级)计 3 分,中度(II 级)计 5 分,重度(III 级)计 7 分。2)胃镜检查黏膜病变评分情况。胃镜下黏膜病变评分参照《洛杉矶分类(LA 分类)法》^[6]评定:0 级计 0 分,A 级计 1 分,B 级计 2 分,C 级计 3 分。

3.2 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[7]中有关标准拟定。采用尼莫地平法计算。疗效指数 = [(治疗前中医症状积分 - 治疗后中医症状积分) / 治疗前中医症状积分] × 100%。痊愈:症状消失,疗效指数 ≥ 95%;显效:症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,70% ≤ 疗效指数 < 95%;有效:症状未消失,但较以前减轻,30% ≤ 疗效指数 < 70%;无效:症状未消失,程度未减轻,甚或加重,疗效指数 < 30%。

3.3 统计学方法 所有数据用 Excel 表录入,采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布者采用 t 检验,不符合正态分布者采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 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 93.75%,对照组为 81.25%,2 组比较,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	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	11(34.38)	15(46.88)	4(12.50)	2(6.25)	30(93.75) ^a
对照组	32	6(18.75)	11(34.38)	9(28.13)	6(18.75)	26(81.25)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组中医症状积分比较 治疗组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后与对照组(除反酸、嗝气外)比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	口苦	烧心	胁肋痛	胸背痛	反酸	嗝气	易饥
治疗组	32	治疗前	5.06 ± 1.29	5.81 ± 1.23	2.81 ± 1.86	3.28 ± 1.40	3.25 ± 1.19	3.34 ± 1.43	3.84 ± 1.57
		治疗后	1.31 ± 1.80 ^{ab}	0.47 ± 1.11 ^{ab}	0.69 ± 1.51 ^{ab}	0.47 ± 1.11 ^{ab}	0.66 ± 1.26 ^a	0.56 ± 1.19 ^a	0.66 ± 1.26 ^{ab}
对照组	32	治疗前	5.56 ± 1.54	5.63 ± 1.29	3.31 ± 1.23	3.41 ± 1.46	3.44 ± 1.29	3.47 ± 1.11	3.59 ± 1.16
		治疗后	4.50 ± 2.60	1.75 ± 2.13	2.09 ± 1.61	0.94 ± 1.41	1.00 ± 1.55	0.94 ± 1.41	1.41 ± 1.81

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组胃镜检查黏膜病变评分比较 治疗后,2组胃镜检查积分均有改善,且治疗组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组胃镜检查黏膜病变评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	1.68 ± 0.53	0.15 ± 0.02 ^{ab}
对照组	32	1.73 ± 0.48	0.85 ± 0.16 ^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组不良反应发生率及复发率比较 治疗过程中治疗组无不良反应,对照组有1例出现头晕,1例出现心悸症状;30 d后随访,治疗组复发1例,对照组复发3例。治疗组不良反应发生率和复发率分别为0、3.33%,均低于对照组的6.25%、11.54% ($P < 0.05$)。

4 讨 论

GERD通常是反流的胆汁和胃酸共同作用于食管黏膜的结果,食管下括约肌功能失调、幽门功能障碍者易发本病。肥胖、大量腹腔积液、胃内压增高以及烟酒药物等因素均可诱发本病。胃镜检查是诊断GERD的金标准,可观察黏膜病变程度及有无胆汁反流存在,活检可确定黏膜病变性质,为临床治疗提供依据。PPI和H₂受体抑制剂(H₂RA)是常用药物,PPI类更优,抑酸作用持久。

中医学将本病归属于“吐酸”“食管瘕”范畴,认为多因感受外邪、情志不遂、饮食不节、胆邪犯胃及素体脾胃虚弱所致。胆热犯胃型胃食管反流病为少阳胆经热甚之证,治宜清热利胆、和胃化湿,方用蒿芩清胆汤。该方出自清代《通俗伤寒论》,是和解少阳、清热利湿的代表方。方中青蒿、黄芩为君药,祛少阳之邪,利胆经湿热;半夏、陈皮燥湿化痰、理气和胃;竹茹清泄胃热、降逆止呕;枳壳下气宽中;茯苓使湿热随小便而去;青黛清泄肝火,兼以解毒利咽;代赭石重镇降逆,善降肺胃之逆气;降香降气化痰止痛。诸药合用,行清热利胆、和胃化湿、解毒利咽之效,可祛肝胆火邪,除脾胃湿热,邪祛则气机升降调畅,诸症自除。李鹏^[8]通过细菌培养法表明蒿芩清胆汤有抗菌、抗内毒素的作用;卢志刚等^[9]通过动物实验研究表明蒿芩清胆汤有解毒抗炎的功效;钱占红等^[10]通过幽门结扎大鼠实验证明蒿芩清胆汤有抑制胃酸分泌、促进胃排空的作用;李瑛等^[11]通过临床随机对照研究观察发现,蒿芩清胆汤有阻止胆汁反流、减轻胃黏膜炎症的作用。因此,

蒿芩清胆汤与雷贝拉唑联合治疗胆热犯胃型胃食管反流有抗炎解毒、促进胃动力的作用,可补充PPI类药物的不足,减少临床症状,降低复发率。

本次研究结果表明,治疗组患者临床总有效率、中医症状积分和胃镜检查积分均显著优于对照组患者。表明蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑可以更为有效改善患者口苦、烧心、胁肋痛、胸痛等症状体征,有效改善食管黏膜炎症、减少糜烂,提高临床疗效,且用药安全。

参考文献

- [1] 陈洪宾.最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册[M].北京:北京科大电子出版社,2004:282.
- [2] 陈旻湖,侯晓华,肖英莲,等.2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J].胃肠病学,2015,20(3):155-168.
- [3] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:358.
- [4] 张声生,朱生樑,王宏伟,等.胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(5):321-326.
- [5] 杨春波,劳绍贤,危北海,等.胃肠疾病中医症状评分表(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2010,苏州)[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):66-68.
- [6] LUNDELL LR,DENT J,BENNETT JC,et al.Endoscopic assessment of esophagitis:clinical and functional correlate and further validation of the Los Angeles classification[J].Gut,1999,45(2):172-180.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [8] 李鹏.蒿芩清胆汤的抗菌、抗内毒素作用研究[J].中医研究,2004,17(3):15-16.
- [9] 卢志刚,韩雪梅.蒿芩清胆汤解热抗炎作用的实验研究[J].中医药学刊,2005,23(3):454-455.
- [10] 钱占红,任存霞,莫日根,等.蒿芩清胆汤对大鼠胃液分泌及胃排空的影响[J].中药药理与临床,2006,22(5):3-4.
- [11] 李瑛,雷心华.蒿芩清胆汤加減治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效[J].数理医药学杂志,2015,28(12):1817-1818.

(收稿日期:2019-12-15)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。