

引用:解刘松,伍小青.调肝清胃汤联合西药治疗胆汁反流性食管炎51例总结[J].湖南中医杂志,2020,36(9):50-51.

调肝清胃汤联合西药 治疗胆汁反流性食管炎51例总结

解刘松,伍小青

(长沙市中医医院东院,湖南 长沙,410001)

[摘要] 目的:观察调肝清胃汤联合多潘立酮、铝碳酸镁治疗胆汁反流性食管炎肝胃郁热证的临床疗效。方法:将100例胆汁反流性食管炎肝胃郁热证患者随机分为治疗组和对照组。对照组49例给予多潘立酮、铝碳酸镁口服治疗,治疗组51例在对照组治疗的基础上加服调肝清胃汤治疗。2组均以4周为1个疗程,治疗1个疗程后比较2组综合疗效及中医证候疗效。结果:综合疗效、中医证候疗效总有效率治疗组分别为92.0%(47/51)、94.1%(49/51),明显高于对照组的73.5%(36/49)、71.4%(35/49),组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:调肝清胃汤联合西药可以有效改善胆汁反流性食管炎肝胃郁热证患者的临床症状,可资临床借鉴。

[关键词] 胆汁反流性食管炎;肝胃郁热证;中西医结合疗法;调肝清胃汤

[中图分类号] R259.71 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.020

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)是由胃、十二指肠内容物反流而引起的食管炎症性病变,以胸骨后灼痛、烧心、泛酸、肋肋胀痛等为主要临床表现,内镜下表现为食管糜烂和/或食管溃疡,严重影响患者的正常工作和生活,病情严重时可引起上消化道出血、食管狭窄等并发症。近2年来,我们应用调肝清胃汤联合多潘立酮、铝碳酸镁治疗反流性食管炎肝胃郁热证51例,取得了较好的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年4月至2019年4月间由本院门诊确诊为反流性食管炎肝胃郁热证的患者100例,将其根据就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组51例中,男31例,女20例;年龄22~65岁,平均 (36.75 ± 7.36) 岁;病程4周至5年,平均 (1.32 ± 0.23) 年。对照组49例中,男28例,女21例;年龄21~67岁,平均 (38.34 ± 7.24) 岁;病程3周至6年,平均 (1.29 ± 0.31) 年。2组在性别、年龄、病程等方面比较,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《实用中西医结合诊断治疗学》^[1]制定。所有病例均具有典型的胸骨后灼痛、烧心、泛酸、肋肋胀痛等症状,并经胃镜检查证实存在食管黏膜损伤。

1.2.2 中医辨证标准 根据《胃食管反流病中医

诊疗共识意见》^[2]制定。主症:胸骨后或剑突下疼痛,烧心,泛酸,肋肋胀痛;次症:口苦或干,或嗝气,或胸脘痞闷,或大便秘结,或小便短赤,舌红、苔薄黄,脉弦或滑数。具备主症3项、次症1项即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄21~67岁;3)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)患有食管恶性肿瘤;2)合并有严重的肺、心、肝、肾功能不全;3)有严重的精神疾病;4)妊娠或哺乳期妇女;5)拒绝观察或不合作者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用多潘立酮合铝碳酸镁治疗。多潘立酮(西安杨森制药有限公司,批准文号:国药准字H10910003,规格:10 mg/片)每次10 mg,餐前30 min口服,每天3次;铝碳酸镁片(德国拜耳制药有限公司,批准文号:国药准字H20013410,规格:500 mg/片)每次500 mg,与饭同时嚼服,每天3次。

2.2 治疗组 在对照组的基础上给予调肝清胃汤治疗。方药组成:炒苍术、炒香附、川芎、枳实、炒山栀、神曲各10 g,白芍、蒲公英、海螵蛸各15 g,柴胡、甘草各6 g。由我院中药房统一煎制,真空包装成袋(100 ml/袋)。每次100 ml,温服,早晚各1次。

2组均以4周为1个疗程,均治疗1个疗程。观察期间停用一切与治疗本病有关的药物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察胸痛、烧心、泛酸、肋肋胀痛

4 项主症,口苦或干、嗝气、胸脘痞闷 3 项次症,并同时记录舌象、脉象等变化。临床症状评分采用 4 级计分法,主症分别按照无、轻、中、重计 0、2、4、6 分,次症分别计 0、1、2、3 分,舌、脉有则计 1 分,无计 0 分。

3.2 疗效标准

3.2.1 综合疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定。临床痊愈:症状、体征消失,内镜复查食管黏膜损伤全部修复;显效:症状、体征基本消失,内镜复查食管黏膜损伤修复 > 1/2 ;有效:症状、体征明显减轻,内镜复查食管黏膜损伤修复 > 1/3、但 < 1/2;无效:症状、体征无明显改变,内镜复查食管黏膜损伤无好转。

3.2.2 中医证候疗效标准 根据中医证候积分计算疗效指数,并以疗效指数来判定中医证候疗效。疗效指数 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分] × 100% 。显效:疗效指数 ≥ 50% ;有效:疗效指数 > 20%、但 < 50% ;无效:疗效指数 < 20% 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 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。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

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 92.0%,对照组为 73.5%,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	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	51	25(49.0)	14(27.4)	8(15.6)	4(8.0)	47(92.0) ^a
对照组	49	18(36.7)	12(24.5)	6(12.3)	13(26.5)	36(73.5)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

3.4.2 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 94.1%,对照组为 71.4%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	51	40(78.4)	8(15.7)	3(5.9)	49(94.1) ^a
对照组	49	30(61.2)	5(10.2)	14(28.6)	35(71.4)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

4 讨论

胆汁反流性食管炎是消化系统的常见病之一。食管胃动力障碍,胃十二指肠反流物如酸、胆汁酸、胃蛋白酶等引起的食管黏膜损伤是本病的病理基

础。既往的治疗方法主要是针对性抑酸,多采用质子泵抑制剂治疗。而据相关研究发现,除目前一致公认的胃酸与胃蛋白酶外,“十二指肠胃食管反流”在 RE 发病中同样起着举足轻重的作用,尤其是重度 RE,溃疡、Barrett 食管、食管狭窄及不典型增生与其密切相关^[4]。且通过大量的动物实验表明,胃液和十二指肠内容物反流,两者或其一存在,都可以导致显著的食管黏膜病变,尤其以十二指肠内容物的作用更为明显,并且通过改变细胞周期调控基因的表达而导致食管上皮增生,最终促使 RE 及其并发症形成。而铝碳酸镁具有特殊的网状结构,其不仅可中和胃酸,还可在酸性环境下结合胃内胆汁酸,且不影响胆酸的肠肝循环;同时还可吸附胆酸等碱性物质,从而使黏膜避免遭受损伤,对黏膜起到保护作用。多潘立酮为胃肠道促动力药,可促进胃蠕动,协调胃窦与十二指肠的蠕动,从而促进胃肠排空,减少十二指肠、胃食管反流,两药相配,相得益彰。

胆汁反流性食管炎属于中医学“胃脘痛”“吞酸”等范畴,本病多因长期饮食不节或脾胃久病,致郁热内蕴、肝气上逆、胃之通降受阻而发病。临床表现以肝胃不和、气郁化火之症为多见,治疗上应以调肝清胃顺升降为根本大法。调肝清胃汤为湖南省名中医袁长津教授经验方,由越鞠丸合四逆散化裁而成。袁教授古方今用,两方合用共奏调肝清胃、顺升降逆之效,主治气、血、痰、火、食、湿诸郁。方中柴胡、香附、枳实疏肝理气;白芍、川芎活血解郁;炒苍术、神曲燥湿健脾、消食除痞;炒山栀泻火解郁;蒲公英清热解毒、利肝胆;海螵蛸制酸、敛疮。诸药合用,共奏疏肝解郁、理气消痞、和胃降逆、清热化湿、肝胃同治之效,从而使脾胃升降协调、肝气调达。

本观察结果表明,调肝清胃汤联合多潘立酮、铝碳酸镁治疗胆汁反流性食管炎,无论是在总体疗效还是在症状改善方面均优于单用西药治疗,可见中西结合治疗疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 陈贵廷,杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1991:435-436.
[2] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中医杂志,2010,51(9):844-846.
[3] 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,2002:125-129.
[4] 陈灏珠. 实用内科学(下册)[M]. 11 版. 北京:人民卫生出版社,2001:1729-1749. (收稿日期:2020-06-17)