

● 临床报道 ●

引用:郑丽,李天望. 中西医结合治疗肝郁脾虚型胃食管反流病40例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(5): 61-63.

中西医结合治疗 肝郁脾虚型胃食管反流病40例临床观察

郑丽, 李天望

(湖北省中医院, 湖北 武汉, 430061)

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗肝郁脾虚型胃食管反流病(GERD)的临床疗效。方法:将80例肝郁脾虚型GERD患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。对照组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗,治疗组在对照组基础上加服疏肝健脾抑反方加减治疗。2组均治疗8周后观察比较临床疗效及症状(反流、烧心、非心源性胸痛、嗝气、纳差、咽部不适、咳嗽的发生程度和频率)积分。结果:总有效率治疗组为97.5%(39/40),对照组为77.5%(31/40),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。2组各项症状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:疏肝健脾抑反方加减治疗肝郁脾虚型GERD具有较好的临床疗效。

[关键词] 胃食管反流病;肝郁脾虚证;疏肝健脾抑反方;艾司奥美拉唑镁肠溶片

[中图分类号] R259.733⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.020

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流至食管、咽喉、口腔,甚至肺部,所导致的反流、烧心、非心源性胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气、咽部不适、咳嗽等一系列不适症状(和)或并发症的一种疾病^[1-2]。西医主要采用改变生活方式,口服质子泵抑制剂(PPI)、促胃肠动力药,内镜下治疗,抗反流手术治疗等^[1-2]。笔者(第一作者)导师李天望教授自拟疏肝健脾抑反方加减治疗肝郁脾虚型GERD,获得显效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年10月至2019年3月于湖北省中医院李教授门诊就诊的80例肝郁脾虚型GERD患者,将其随机分为治疗组和对照组,每组各40例。治疗组中,男19例,女21例;年龄18~60岁,平均(44.50±9.26)岁;病程6个月至4年,平均(2.39±0.77)年。对照组中,男16例,女24例;年龄19~58岁,平均(45.25±8.47)岁;病程7个月至4年,平均(2.46±0.94)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 参照《胃食管反流病中西

医结合诊疗共识意见(2017)》^[1]中的有关标准拟定。主要症状为反流、烧心、非心源性胸痛、上腹痛、咽喉不适、咳嗽等,存在其中一项或多项症状,既往有相似症状口服PPI后缓解。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中痞满肝郁脾虚证的辨证标准拟定。主症为反酸反食、胸骨后不适、背部疼痛、腕胁胀痛。次症为咽部不适、咳嗽、食少、情绪抑郁或烦躁易怒、喜太息、肠鸣矢气、便溏不爽、乏力体倦、舌质淡红、苔白或微黄、脉弦或虚。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)本次治疗前2周内未行相关治疗;3)年龄18~65岁;4)自愿参加本次研究,且签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)对本次研究所用药物过敏;2)合并严重心肺肾功能不全及疑似存在恶性病变;3)患者不能正确表达主诉,如精神病、严重神经官能症,不能或不愿意配合本研究;4)处于哺乳期或妊娠期。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗。艾司奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字H20046379,规格:20 mg/片)饭

前口服,1 片/次,2 次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加服疏肝健脾抑反方加减治疗。药物组成:柴胡 10 g,枳壳 10 g,赤芍 10 g,炒白芍 10 g,香附 10 g,当归 10 g,合欢皮 20 g,玫瑰花 10 g,川楝子 10 g,党参 10 g,茯苓 10 g,炒白术 15 g,莱菔子 10 g,煅瓦楞子 30 g,海螵蛸 30 g,炙甘草 6 g。反酸多者,加浙贝母 15 g、蒲公英 15 g;烧心者,加黄连 6 g、吴茱萸 6 g;口苦者,加龙胆草 15 g、茵陈 10 g、焦栀子 10 g;口干者,加生地 10 g、麦冬 10 g、天冬 10 g、玄参 15 g、石斛 10 g;咽喉不适者,加桔梗 10 g、射干 10 g、马勃 10 g;胸痛明显者,加薤白 10 g、全瓜蒌 10 g,枳壳改枳实;暖气频者,加砂仁 6 g、竹茹 10 g、旋覆花 10 g、白豆蔻 10 g;呃逆者,加丁香 10 g、柿蒂 10 g;胃痛者,加白及 10 g、延胡索 10 g;腹部胀满不适者,加陈皮 10 g、木香 10 g、佛手 10 g、大腹皮 10 g;积食者,加焦山楂 15 g、神曲 10 g、炒麦芽 10 g、炒谷芽 10 g、鸡内金 10 g;大便秘结者,加大黄 10~20 g、郁李仁 10~20 g、火麻仁 10~20 g、桃仁 10 g、决明子 10 g;大便溏者,加厚朴 10 g、炮姜 10 g、白豆蔻 10 g、山药 10 g;失眠者,加酸枣仁 20 g、远志 20 g、柏子仁 15 g、茯神 15 g、夜交藤 15 g;焦虑抑郁者,加合欢花 10 g。1 剂/d,水煎取汁 300 ml,分 2 次于上午 9 时、下午 3 时温服。

2 组均治疗 8 周,嘱患者治疗期间减肥,抬高床头,戒烟酒,避免夜餐。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参照文献[4]对反流、烧心、非心源性胸痛、暖气、纳差、咽部不适、咳嗽的发生程度和频率进行评分。症状程度评分:无症状,计 0 分;

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	反流	烧心	非心源性胸痛	暖气	纳差	咽部不适	咳嗽
治疗组	40	治疗前	5.525±2.407	5.650±1.657	4.625±1.877	5.225±2.236	5.050±2.025	4.650±1.791	3.175±1.824
		治疗后	0.975±1.165 ^{ab}	0.925±0.917 ^{ab}	0.900±1.033 ^{ab}	0.775±0.999 ^{ab}	0.700±0.853 ^{ab}	1.075±0.997 ^{ab}	0.475±0.679 ^{ab}
对照组	40	治疗前	5.625±2.360	5.600±1.837	4.750±1.736	5.325±2.325	5.250±2.273	4.625±2.133	3.275±1.811
		治疗后	2.300±1.604 ^a	2.025±1.097 ^a	1.775±0.891 ^a	1.925±1.639 ^a	1.900±1.194 ^a	1.825±1.238 ^a	1.400±0.928 ^a

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

4 讨论

艾司奥美拉唑镁肠溶片为新型质子泵抑制剂,为奥美拉唑左旋异构体,其受 CYP2C19 基因多态性影响小,口服在 1h 内起效,可有效改善反流、烧心等症[6-7]。

本病可归属于中医学“吐酸”“食管瘕”等范畴,病因多与情志失调、饮食不节、劳累过度、禀赋不足

可耐受的轻微症状,计 1 分;严重影响日常生活的较为明显症状,计 3 分;介于计 1 分和计 3 分之间的症状,计 2 分;症状非常明显,影响日常生活,需长期服药,计 5 分;症状介于计 3 分和计 5 分之间的症状,计 4 分。症状发作频率评分:无症状,计 0 分;每周发作<1 d,计 1 分;每周发作 1 d,计 2 分;每周发作 2~3 d,计 3 分;每周发作 4~5 d,计 4 分;几乎每天发作,计 5 分[4]。症状积分率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

3.2 疗效标准 参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》[5]拟定。显效:症状积分率降低>80%;有效:症状积分率降低≥50%,且≤80%;无效:症状积分率降低<50%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,治疗后组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 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 97.5%,对照组为 77.5%,组间比较,差异有统计学意义($\chi^2=34.314, P<0.01$)。(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	40	32(80.0)	7(17.5)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	6(15.0)	25(62.5)	9(22.5)	31(77.5)

3.4.2 2 组治疗前后症状积分比较 2 组各项症状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)

等有关[5,8]。李教授认为其病位在胃与食管,病机主要是肝郁脾虚,胃失和降,胃气上逆,属于本虚标实证。其自拟经验方疏肝健脾抑反方。方中以柴胡疏肝散加减疏肝理气止痛,四君子汤健脾益气,并配以合欢皮、玫瑰花、川楝子、莱菔子增强疏肝解郁之效,配以海螵蛸、瓦楞子制酸止痛。全方具有疏肝健脾、和胃降逆之功效。李教授考虑到本病是由

引用:王迪,曾松林,王红梅,蒋士生. 疏肝健脾方治疗非酒精性脂肪肝 34 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):63-65.

疏肝健脾方治疗非酒精性脂肪肝 34 例临床观察

王 迪¹,曾松林¹,王红梅²,蒋士生²

(1. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006;

2. 湖南省中医药研究院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:观察疏肝健脾方治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝(NAFD)的临床效果。方法:选取肝郁脾虚型 NAFD 患者 68 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 34 例。治疗组采用疏肝健脾方治疗,对照组采用多烯磷脂酰胆碱胶囊治疗。比较 2 组临床疗效和血清天冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、总胆固醇(TC)的变化及不良反应发生情况。结果:总有效率治疗组为 97.06%(33/34),对照组为 82.35%(28/34),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组 AST、ALT、TC 水平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($P < 0.05$);2 组不良反应发生率均为 5.88%(2/34),差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:疏肝健脾方对肝郁脾虚型 NAFD 的肝功能及临床症状改善明显,且无明显毒副作用,值得临床推广。

[关键词] 非酒精性脂肪肝;中医药疗法;疏肝健脾方;肝功能指标

[中图分类号] R259.755 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.021

非酒精性脂肪肝(non-alcoholic fatty liver disease, NAFD)的特征是肝细胞内脂肪沉积量过多,其高危因素有遗传、胰岛素抵抗、肥胖等。若任其发展,则可导致肝纤维化、肝癌等,严重威胁患者生命^[1]。随着人们生活水平的提高,在世界范围内 NAFD 的流行率可达 20%~30%^[2],且仍有不断升高的趋势,因此,对 NAFD 的研究已成为当代肝病领域的新挑战。中医学认为,NAFD 的病机是肝失疏泄、脾失健运。本研究采用疏肝健

脾方治疗肝郁脾虚型 NAFD 34 例,获得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2020 年 5 月由湖南省中医药研究院附属医院脾胃肝病科门诊及住院部收治的肝郁脾虚型 NAFD 患者 68 例,采用随机数字表法将其分为 2 组,每组各 34 例。治疗组中,男 18 例,女 16 例;年龄 23~55 岁,平均(39.19±5.84)岁;病程 1.1~22.6 个月,平均(12.28±

第一作者:王迪,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医治疗脾胃病、肝病

通讯作者:蒋士生,男,研究员,二级教授,博士研究生导师,研究方向:中医治疗脾胃病、肝病,E-mail:282112763@qq.com

十二指肠、胃内容物反流所致,故口服中药量不宜过多,一般在 150 ml 左右,否则加重反流症状,服药时间应在两餐之间,用餐间隔时间至少 1 h 以上为佳,故嘱咐患者分别于上午 9 时和下午 3 时服药。

本观察结果显示,疏肝健脾抑反方加减治疗肝郁脾虚型胃食管反流病临床疗效颇佳,可有效改善患者症状,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):221-226,232.
- [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] 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,2002:134.
- [4] 中国胃食管反流病研究协作组. 反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J]. 中华消化杂志,2003,23(11):651-654.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [6] 陈丽萍,金雷. 大剂量艾司奥美拉唑酶对幽门螺杆菌相关性胃炎的治疗效果分析[J]. 中国医学前沿杂志:电子版,2019,11(1):83-86.
- [7] 郭婷婷,艾新波,梁华敏. 健胃愈疡片联合艾司奥美拉唑酶肠溶片治疗胃食管反流病临床研究[J]. 中国药业,2018,27(23):50-52.
- [8] 陈喆,刘汶. 中医对胃食管反流病的认识与辨证[J]. 北京中医药,2008,27(4):245-247. (收稿日期:2020-11-07)