

半夏泻心汤化裁治疗寒热错杂型胃食管反流病 41 例临床观察[※]

● 黄墩煌 吴耀南 陈一斌 曹健

摘要 目的:观察半夏泻心汤化裁治疗寒热错杂型胃食管反流病的临床疗效。方法:将 82 例患者随机分为两组,治疗组 41 例,对照组 41 例,治疗组给予半夏泻心汤化裁治疗,对照组予艾司奥美拉唑、多潘立酮、铝碳酸镁治疗,两组疗程均为 8 周。结果:对照组总有效率为 80.5%,治疗组总有效率为 92.7%,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:半夏泻心汤化裁治疗寒热错杂型胃食管反流病的临床疗效显著优于对照组。

关键词 半夏泻心汤;寒热错杂型;胃食管反流病;中医药治疗

胃食管反流病以反酸、烧心为主症;可伴随有消化道之外的症状,如胸骨后疼痛、咳嗽、胸闷气喘、咽喉部异物感等症状。目前西医治疗该病主要从三方面入手:一为抑制胃酸分泌,二为保护食管粘膜,三为促进胃动力,但治疗效果仍不甚理想,且容易反复。中药治疗该病在改善患者临床症状、减少复发方面具有独特的优势。寒热错杂、脾胃升降失常是该病的常见病机^[1],笔者近 1 年来使用半夏泻心汤化裁治疗寒热错杂型胃食管反流病患者 41 例,取得了良好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 07 月 01 至 2017 年 6 月 30 日就诊于厦门市中医院脾胃病科门诊的胃食管反流病患者 82 例,其中女性 42 例,男性 40 例,随机分为治疗组和对照组,其中对照组 41 例,男性 20 例,女性 21 例,年龄(42.21 ± 11.30)岁,病程(56.84 ± 31.15)个月;治疗组 41 例,男性 19 例,女性 22 例,年龄(43.05 ± 11.98)岁,病程(56.45 ± 31.25)个月。两组患者在年龄、性别、病程上无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 西医诊断标准 参照《2014 年中国胃食管反流

病专家共识意见^[2],具有反酸、烧心、胸骨后疼痛、咽喉不适、吞咽困难、慢性咳嗽、支气管哮喘等临床表现。内镜检查可明确有反流性食管炎(RE)及 Barrett 食管(BE),RE 的分级参照 1994 年美国洛杉矶世界胃肠病大会制定的 LA 分级法,分为 A、B、C、D 四级^[1]。若有上述临床症状,但内镜下食管粘膜未见破损,则可诊断为非糜烂性反流病(NERD)。

1.3 中医诊断标准 参照《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[3]中寒热错杂证的证候标准:主症:胸骨后或胃脘部烧灼不适;反酸或泛吐清水;胃脘隐痛,喜温喜按;空腹胃痛,得食痛减;次症:食欲不振;神疲乏力;大便溏薄;手足不温。舌脉象:舌质红,苔白,脉虚弱。舌脉象符合,具备主症 2 项和次症 1 项者可辨为该证型。

1.4 纳入标准 ①符合上述中医及西医诊断标准,且年龄在 30 岁到 60 岁之间者;②患者实验前一个月内未服用过针对该病的相关治疗药物;③患者和家属签署知情同意书;④对本实验所用药物无过敏及存在用药禁忌者。

1.5 排除标准 ①合并有心、肝、肺、肾、血液系统严重疾病、精神病患者;②妊娠、哺乳期妇女;③食管黏膜有重度异型增生或病理检查疑为恶变者;④不愿配合者,未签署知情同意书者,不能坚持服药者。

1.6 治疗方法

1.6.1 注意事项 两组患者治疗期间均嘱其应注意

※基金项目 厦门市科技局科研课题(No. 3502Z20154059)

• 作者单位 福建中医药大学附属厦门市中医院脾胃病科(福建 厦门 361009)

生活作息及饮食规律调整, 禁食辛辣刺激酸甜之品, 戒浓茶咖啡, 勿进食过饱, 进食后不能立即平躺, 睡觉时可适当抬高床头; 要保证充足的睡眠。

1.6.2 治疗用药 治疗组予半夏泻心汤化裁: 半夏 12g, 黄连 3g, 黄芩 9g, 干姜 6g, 甘草 3g, 党参 12g, 大枣 12g, 枳壳 12g, 桔梗 12g, 木香 12g, 竹茹 15g, 浙贝母 10g, 海螵蛸 30g, 败酱草 20g。每日 1 剂, 代煎, 分早晚 2 次饭后 30 分钟温服。对照组予艾司奥美拉唑(由阿斯利康制药有限公司生产, 规格: 20mg × 7 片/板/盒, 国药准字: H20046379) 20mg bid(餐前服用), 多潘立酮(由江苏豪森药业集团有限公司生产, 规格: 10mg × 30 片/板/盒, 国药准字: H19990107) 10mg tid(餐前服用), 铝碳酸镁(由拜耳医药保健有限公司生产, 规格: 0.5g × 20 片/盒) 1.0 tid(餐后服用)。

1.6.3 疗程 两组疗程均为 8 周, 治疗结束后观察其临床效果。

1.7 疗效标准

1.7.1 综合疗效评定标准^[2] 治愈: 临床症状完全消失, 和/或复查胃镜示食管黏膜完全恢复正常; 显效: 临床症状明显减轻, 和/或复查胃镜示食管黏膜病变明显减轻; 无效: 临床症状及复查胃镜食管黏膜病

变均无改善。

1.7.2 胃镜疗效评定标准^[3] 参照《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》中的内镜疗效标准, 治疗后内镜积分为 0 分为痊愈, 内镜积分减少 2 分为显效, 积分减少 1 分为有效, 积分无变化或者增加者为无效。

1.7.3 临床症状评分标准^[4] 治疗前后临床症状(反酸、烧心、胸骨后疼痛)评分标准: 0 分: 没有任何症状; 1 分: 临床症状较轻, 但患者有感觉; 2 分: 临床症状较明显, 但没有对患者的生活和工作带来影响; 3 分: 临床症状给患者的生活和工作带来严重影响。

1.8 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计学处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料用率、构成比表示, 采用 χ^2 检验; 等级资料采用 ridit 分析。 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 治疗组总有效率为 92.7%, 对照组总有效率为 80.5%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较(例·%)

组别	例数	治愈	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	41	17(41.5)	21(51.2)	3(7.3)	92.7 ^a
对照组	41	15(36.6)	18(43.9)	8(19.5)	80.5

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后内镜疗效比较 治疗组内镜总有效率为 80.5%, 对照组内镜总有效率为 75.6%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后内镜疗效比较(例·%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	41	12(29.3)	11(26.8)	10(24.4)	8(19.5)	80.5 ^b
对照组	41	11(26.8)	11(26.8)	9(22.0)	10(24.4)	75.6

注: 经 ridit 检验, ^b $P > 0.05$ 。

2.3 两组主要症状积分比较 两组患者治疗前主要症状积分相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 两组患者治疗后主要症状积分相比, 差异有统计学意义($P <$

0.05); 两组患者治疗后中医症状积分较治疗前均有降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组主要症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	反酸	烧心	胸骨后疼痛	总评分
治疗组	治疗前	2.99 ± 0.53	2.87 ± 0.62	2.94 ± 0.63	8.46 ± 1.23
	治疗后	1.35 ± 0.14	1.31 ± 0.12	1.32 ± 0.15	3.62 ± 0.21 ^c
	差值	1.82 ± 0.41	1.73 ± 0.56	1.85 ± 0.59	5.05 ± 1.11 ^d

(续表 3)

组别	时间	反酸	烧心	胸骨后疼痛	总评分
对照组	治疗前	2.98 ± 0.54	2.89 ± 0.61	2.93 ± 0.65	8.45 ± 1.24
	治疗后	2.35 ± 0.22	2.33 ± 0.19	2.25 ± 0.25	6.45 ± 0.45 ^c
	差值	0.88 ± 0.39	0.89 ± 0.54	0.95 ± 0.49	2.35 ± 1.04

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗前后差值比较,^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

胃食管反流病属祖国医学“吐酸”“食管瘕”“吞酸”“呕苦”“嘈杂”等范畴。《证治汇补·吞酸》曰:“大凡积滞中焦,久郁成热,则木从火化,因而作酸者,酸之热也;若客寒犯胃,顷刻成酸,本无郁热,因寒所化者,酸之寒也”;《简明医彙》卷之三吞酸吐酸云“经曰:诸呕吐酸,皆属于热,或以吐酸为寒者,盖胃伤生冷硬物则发”。可知吐酸可见热证,亦可见寒证,病久者以寒热夹杂者多见。

方中以半夏泻心汤为主方,起辛开苦降,寒热并调之功。半夏燥湿消痞,降逆止呕,引上逆之气下行;干姜温中散寒,黄芩、黄连苦寒以泻热,三药合用,起寒热并调之功,可清上热温下寒;人参、大枣甘温益气,可补脾胃之虚,与半夏合用,升降相合,暗合脾升胃降之理;甘草作用有二:一为健脾温中,二为调和诸药;枳壳功能破气消痞,引气下行;桔梗功能宣肺利咽,其气上行,可治疗咽中物阻不适之症;木香行气之力强,能宣畅三焦之气机;枳壳、桔梗、木香三药合用,能舒畅全身上下之气机;竹茹能清热除烦止呕,与枳壳合用可降胆胃之气,吐酸之根本病机为胃气上逆,因此枳壳与竹茹能从根本上降逆下气;浙贝母、海螵蛸为乌贝散的主要成分,具有明显的制酸止痛作用;败酱草有清热化湿解毒功效,能缓解反酸烧心症状。全方共奏寒热并调、调畅气机、制酸止痛之功。

现代药理学研究表明,半夏能降低胃酸浓度,抑制胃蛋白酶活性,保护胃黏膜;黄连对大鼠实验性胃溃疡具有良好的防治作用^[5];干姜可增强胃黏膜的防御能力^[6];甘草能抑制胃酸分泌,具有抗消化性溃疡的作用;党参能抑制胃酸分泌,促进胃粘液分泌,增加内源性前列腺素含量,具有抗溃疡的作用^[7];枳壳能

使胃肠道的收缩运动节律增加,促进胃肠道正向蠕动;木香能促进小肠的运动,对胃黏膜有保护作用^[8];浙贝母具有抗溃疡和镇痛作用^[9];海螵蛸的主要成分为碳酸钙,具有中和胃酸、保护消化道粘膜、抗溃疡的作用^[10]。

该研究结果显示,用半夏泻心汤化裁治疗寒热错杂型胃食管反流病患者,其临床疗效显著优于单纯用西药治疗者。但仍有部分患者症状不能得到有效的缓解,故仍应探索能进一步提高临床疗效的方法,今后可进行更大样本量的研究,观察中西药合用能否进一步提高临床疗效。

参考文献

- [1]姜璇,司国民.袁红霞方剂辨证治疗反流性食管炎规律初探[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(8):1113-1115.
- [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]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(2010)[J].中国中西医结合杂志,2011,31(11):1550-1553.
- [4]熊莉娜,杨旭辉.枳术宽中胶囊治疗老年人糜烂性胃食管反流病的临床观察[J].时珍国医国药,2017,28(9):2179-2181.
- [5]蒋俊,贾晓斌,陆晓晖,等.黄芩对大鼠实验性胃溃疡的影响[J].中华中医药杂志,2010,25(12):2130-2132.
- [6]蒋苏贞,廖康.干姜醇提取物对实验性胃溃疡的影响[J].中国民族民间医药,2010,19(8):79-80.
- [7]宋丹,王峥涛,李隆云,等.党参炔苷对胃溃疡模型大鼠胃黏膜损伤保护作用的研究[J].中国中医急症,2008,17(7):963-964+986.
- [8]林明侠.木香的药理及临床研究概况[J].中医药信息,2005,22(3):18-19.
- [9]张明发,沈雅琴.浙贝母药理研究进展[J].上海医药,2007,28(10):459-461.
- [10]沈亚芬,沈金银.中药海螵蛸药理作用研究进展[J].中国药业,2010,19(10):87-88.

(收稿日期:2018-04-28)

(本文编辑:金冠羽)