

柴胡疏肝散化裁治疗肝郁气滞型胆汁反流性胃炎临床观察※

● 涂志红 吴耀南 陈一斌

摘 要 目的:观察柴胡疏肝散化裁治疗肝郁气滞型胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:选取 2016 年 6 月至 2017 年 12 月在福建中医药大学附属厦门市中医院门诊或住院收治的肝郁气滞型胆汁反流性胃炎患者。按照患者来院就诊顺序将其随机分为治疗组和对照组,每组 60 例。治疗组采取柴胡疏肝散化裁治疗,对照组采取艾司奥美拉唑、铝碳酸镁、莫沙必利治疗,30d 为 1 个疗程,两组分别治疗 3 个疗程后观察并比较两组患者的疗效。结果:治疗组在症状积分方面比对照组降低更明显,两组比较具有统计学意义($P < 0.01$);而在胃镜下疗效评价方面,两组的效果相似,无统计学差异($P > 0.05$)。结论:柴胡疏肝散化裁能够有效改善肝郁气滞型胆汁反流性胃炎患者的症状。

关键词 柴胡疏肝散;肝郁气滞;胆汁反流性胃炎

胆汁反流性胃炎(Bile Reflux Gastritis, BRG)亦称碱性反流性胃炎,为慢性胃炎中的一种,是指由多种因素导致幽门括约肌功能失调,造成含有胆汁、胰液等十二指肠内容物流入胃,使胃黏膜产生炎症、糜烂和出血,减弱胃黏膜的屏障功能,引起 H^+ 弥散增加,而导致胃黏膜慢性病变。临床常表现为上腹胃脘部饱胀或疼痛、嘈杂反酸嗳气、烧心、呕吐胆汁等症状^[1]。祖国医学对该病的病因、病机及证治有着深刻的认识,治疗效果确切^[2]。本研究以柴胡疏肝散化裁治疗胆汁反流性胃炎,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取福建中医药大学附属厦门市中医院在 2016 年 6 月至 2017 年 12 月门诊和住院收治的肝郁气滞型胆汁反流性胃炎患者作为研究对象,按照患者就诊顺序将其随机分成治疗组($n = 60$)和对照组($n = 60$)。治疗组男 32 例,女 28 例;

年龄 21 ~ 64 岁,平均(38.6 ± 4.6)岁;病程 40d ~ 19 年,平均(4.6 ± 1.7)年。对照组男 31 例,女 29 例;年龄 21 ~ 62 岁,平均(38.3 ± 4.3)岁;病程 61d ~ 19 年,平均(4.6 ± 1.6)年。两组患者在性别、年龄及病程等方面比较均无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《中国慢性胃炎共识意见(2012)》^[3]制定胆汁反流性胃炎的诊断标准,具体如下:①内镜下可见含有胆汁的十二指肠液呈泡沫状或水流状从幽门口反流入胃,黏液糊,呈黄色或黄绿色,黏膜红斑,黏膜出血点或斑块,伴或不伴水肿及充血渗出等基本表现;②出现不规则上腹痛、早饱、嘈杂反酸、嗳气、呕吐胆汁等症状;③病理切片下可见胃黏膜以慢性炎性细胞(单个核细胞,主要是淋巴细胞、浆细胞)浸润为主。其中,只要符合①即可诊断为胆汁反流性胃炎,其余项目存在则更加支持诊断。

1.2.2 中医证候诊断标准 参考《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011)》^[4]中肝郁气滞型的诊断标准。(1)主症:①胃脘胀痛或痛窜两胁;②每于情志因素而痛作;③脉弦。(2)次症:①嗳气频繁;②胸闷喜太息;③不思饮食;④精神抑郁;⑤舌质淡红,苔薄白。(3)胃镜象:①蠕动活跃或减慢;②胃黏膜

※基金项目 福建省中医临床研究基地中医专科(专病)主要病种临床诊疗方案科研课题(No. z1cpw04)

• 作者单位 福建中医药大学附属厦门市中医院(福建 厦门 361009)

红斑,呈点、片状或条状;③胆汁反流。

证型确定:具备主症 2 项加次症 1 项,或主症第 1 项加次症 2 项,并结合胃镜象。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准;②年龄在 18~70 岁之间;③停止服用与本病相关的治疗药物 2 周以上,如 PPI 制剂、黏膜保护剂、铋剂、促动力等;④愿意配合并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①病理见萎缩、异型增生等癌前病变及伴有胃部分切除手术史的患者;②妊娠或哺乳期的女性患者或合并其它系统严重疾病的患者;③其它原因引起的胃炎患者;④精神病患者。

1.5 剔除和中止标准 ①受试者不配合或者自动要求退出;②治疗期间出现严重不良反应或病情加重。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 采用柴胡疏肝散化裁对患者进行治疗,方药如下:柴胡 10g,白芍 15g,枳壳 12g,香附 12g,郁金 12g,陈皮 10g,川芎 10g,木香 12g,海螵蛸 10g,炙甘草 6g。1 剂/日,3 次/日,饭后 30min 温服,30d 为 1 个疗程,连服 3 个疗程。

1.6.2 对照组 按照西医常规药物治疗,具体如下:艾司奥美拉唑肠溶胶囊(国药准字 H20130095,重庆莱美药业股份有限公司),每次 20mg,每日 1 次,于餐前半小时口服;铝碳酸镁(国药准字 H20013410,拜耳医药保健有限公司),每次 1g,每日 3 次,于餐后嚼服;枸橼酸莫沙必利片(国药准字 H19990315,江苏豪森药业集团有限公司),每次 5mg,每日 3 次,于餐前半小时口服。30d 为 1 个疗程,连服 3 个疗程。

1.7 评价指标

1.7.1 胃镜疗效 参照 2011 年《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[4]中胃镜疗效评价标准进行评价。①临床治愈:胃镜复查未见胆汁反流,胃黏膜红白相间,充血、水肿、糜烂等活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度;②显效:胃镜复查可见胆汁反流明显减轻,炎症好转;③有效:胃镜复查可见胆汁反流有所减轻,炎症减轻,病变范围缩小 1/2 以上;④无效:胃镜复查仍可见胆汁反流无明显改善,黏膜仍充血、水肿及糜烂等炎症反应。痊愈、显效及有效例数之和为总有效例数。

1.7.2 症状积分 选取《胃肠疾病中医症状评分表》^[5]中具有代表意义的症状(胃脘痛、反酸嘈杂、嗝气)进行评分: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严重影响);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 SPSS22.0 处理数据,计数资料以频数和率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 剔除和中止情况 治疗期间未有严重不良反应或病情加重情况,故未有剔除及中止病例。

2.2 两组胃镜疗效比较情况 治疗组的总有效例数为 52 例,总有效率为 86.7%;对照组的总有效例数为 50 例,总有效率为 83.3%。治疗组和对照组的胃镜疗效评相比较,无统计学差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组胃镜疗效比较情况(例·%)

| 组别 | 例数(n) | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|-------|----|----|----|----|-------|
| 治疗组 | 60 | 6 | 32 | 14 | 8 | 86.7% |
| 对照组 | 60 | 4 | 20 | 26 | 10 | 83.3% |

2.3 两组症状积分比较情况 治疗前,治疗组和对照组各症状积分相比,均无统计学差异($P > 0.05$)。治疗后,治疗组各症状积分与治疗前相比,均有统计学差异($P < 0.01$);对照组在胃脘痛、反酸嘈杂方面与治疗前比较有统计学差异($P < 0.01$),在嗝气方

面与治疗前比较无统计学差异($P > 0.05$)。治疗后,治疗组各方面的症状积分与对照组相比,均有统计学差异($P < 0.01$),说明在改善胃脘痛、反酸嘈杂、嗝气方面,治疗组优于对照组。见表 3。

表 3 两组症状积分比较情况(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 胃脘痛 | 反酸嘈杂 | 暖气 |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 2.26 ± 0.62 | 1.82 ± 0.71 | 1.69 ± 0.79 |
| | 治疗后 | 0.42 ± 0.30 ^{*#} | 0.31 ± 0.21 ^{*#} | 0.51 ± 0.16 ^{*#} |
| 对照组 | 治疗前 | 2.21 ± 0.76 | 1.79 ± 0.72 | 1.66 ± 0.78 |
| | 治疗后 | 0.96 ± 0.56 [*] | 0.85 ± 0.51 [*] | 1.41 ± 0.56 |

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

3 讨论

BRG 是常见的消化系统疾病,随着生活压力的增大及节奏的加快,BRG 的发病率逐年上升。由于西医对病因、病理生理尚未完全明确,目前主要分为胆囊疾病、胃切除术后和非器质性原因三大类^[6],故没有治疗 BRG 的特效药物。西医治疗上主要采取对症处理,常用促进胃肠道动力药物、抑酸和保护胃黏膜药物。

中医学将 BRG 归属于“胆瘕”“痞满”“胃脘痛”等范畴,常因情志失调、饮食内伤和脾胃虚弱等因素而发病,病位主要责之于脾胃,与肝胆密切相关。《医学求是》云:“肝木不升则克脾土,胆木不降则克胃土。”肝随脾升,胆随胃降。胆气、胆汁的正常疏泄有赖于肝的疏泄、胃的和降。情志失调、忧思恼怒等五志过极因素均可导致中焦气机不利,各脏腑升降失司,肝失疏泄,胃失和降。而木土相克,肝木失去疏泄之本性,胆失和降,则横逆来犯胃土。故曰:“木气郁塞,则胆病上逆。”^[7]针对肝郁气滞型胆汁反流性胃炎,本研究使用柴胡疏肝散化裁治疗。肝木本为将军之官,性刚强暴急,治宜疏肝、柔肝,故取柴胡以疏肝理气,白芍柔肝止痛;肝胃不和,肝木不能为胃土疏泄,不通则痛,气血不顺畅则见腹胀腹痛、暖气频频,故取香附、枳壳、陈皮、川芎以理其滞,与柴、芍共调中焦气机顺畅;而郁金、木香专为胆汁不循常道而设,郁金入肝胆经,利胆气,木香入胆走肠,两者

共引胆汁走循常道;海螵蛸制酸止痛,据现代化学成分分析主要含碳酸盐成分^[8],能够较好的中和胃酸,降低胃蛋白酶活性,促进溃疡面愈合;炙甘草调和诸药并缓急止痛。全方共奏疏肝利胆、和胃止痛之效。

在本研究中,运用柴胡疏肝散化裁治疗肝郁气滞型胆汁反流性胃炎与常规西药治疗相比,在胃镜疗效评价方面,两者效果相当;而在症状方面,柴胡疏肝散化裁能够明显改善临床症状,相比常规西药治疗,可取得更令人满意的效果。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].12版.北京:人民卫生出版社,2005:1861-1863.
[2]周静洁.加味柴芍六君子汤治疗肝郁脾虚型胆汁反流性胃炎临床疗效观察[D].南京中医药大学,2016.
[3]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5-16.
[4]张万岱,李军祥,陈治水,等.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.
[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]罗昭琼,朱永钦,朱永苹,等.胆汁反流性胃炎的病因和发病机制研究进展[J].广西中医药大学学报,2016,19(2):79-81.
[7]孙洽熙.黄元御医学全书-明清名医全书大成[M].中国中医药出版社,1999.
[8]李 兰,吴启南.海螵蛸的化学成分研究[J].现代中药研究与实践,2009,23(2):52-54.

(收稿日期:2018-06-25)
(本文编辑:蒋艺芬)