

道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 西医标准参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》<sup>[2]</sup>: ①持续胃痛或饱胀、嗝气、恶心或呕吐、胃灼热感、返酸或吐苦水; ②胃镜检查可见幽门有胆汁反流或胃粘液呈黄色; ③pH 值 3.0; 中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>: 分肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证 3 型。

**1.2 一般资料** 64 例患者均来自 2001 年 8 月~2004 年 6 月近三年间门诊病人, 采用随机表法随机分为 2 组, 治疗组 38 例, 其中男 28 例, 女 10 例; 平均年龄  $(41.65 \pm 11.16)$  岁; 病程 1 个月~15 年, 平均 10.2 年; 对照组 24 例, 其中男 15 例, 女 9 例, 平均年龄  $(39.08 \pm 12.30)$  岁, 病程 0.5~18 年, 平均 13.1 年。治疗组 38 例中慢性浅表性胃炎 23 例, 慢性萎缩性胃炎 9 例, 合并溃疡者 6 例。对照组 24 例中慢性浅表性胃炎 15 例, 慢性萎缩性胃炎 6 例, 合并溃疡者 3 例。全部病例均具有慢性上腹痛史, 按照中医“胃脘痛”辨证分型, 其中治疗组 38 例中肝胃不和 18 例, 脾胃湿热 9 例, 脾胃虚弱 11 例; 对照组 24 例中肝胃不和 11 例, 脾胃湿热 6 例, 脾胃虚弱 7 例。

两组在年龄、性别、病程、病情以及证型上均无显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

## 2 方法

**2.1 治疗组** 以舒肝理气, 和胃降逆为原则, 方选小柴胡汤加减: 柴胡 10g、黄芩 10g (或黄连 6g)、党参 10~20g、甘草 5g、生姜 3 片、红枣 3 枚。脾胃湿热者, 加竹茹 10g、蒲公英 20g; 脾胃虚弱者, 加黄芪 20~30g、白术 10g、苍术 10g、砂仁 5g; 久病兼有血瘀者, 加丹参 10~15g、乳香 6~10g、没药 6~10g; 胃脘胀满者, 加枳实 (或枳壳) 6~10g、香附 9g; 偏胃寒者, 加吴茱萸 3~6g; 疼痛较甚者, 加川楝子、佛手。水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。

**2.2 对照组** 给予雷尼替丁胶囊, 每日 2 次, 每次 150mg, 饭后服; 吗丁啉片, 每日 3 次, 每次 10mg, 饭前半小时服用。

两组均以 30d 为 1 个疗程。治疗过程中忌酒、忌辛辣、过热或过寒之品, 忌精神紧张, 注意保持良好情绪。两组病例均经过 2~3 个疗程的治疗, 其中 48 例治疗后经过纤维胃镜复查, 另有 8 例症状、体征明显改善者和 6 例无效者拒做胃镜检查。

**2.3 统计学处理** 组间比较采用成组  $t$  检验; 等级资料比较采用 Ridit 分析。

## 3 结果

**3.1 疗效判定标准** 参照文献<sup>[2]</sup>拟定: ①痊愈: 症状、体征基本消失, 复查胃镜胆汁反流消失, 胃粘膜组织学正常。②显效: 症状、体征明显改善, 复查胃镜胆汁反流明显减少, 胃粘膜组织学改变好转; ③有效: 症状、体征改善, 复查胃镜胆汁反流减少, 胃粘膜组织学改变减轻或无变化; ④无效: 症状、体征及胃镜所见均无改变或加重。

**3.2 临床疗效比较** 经 Ridit 分析, 两组临床疗效比较有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组优于对照组; 治疗组总有效率为 86.84%, 对照组总有效率为 66.67%, 两组比较差异显著,  $P < 0.05$ , 具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 (n·%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	38	7(18.42)	16(42.11)	22(28.94)	4(10.53)	89.47*
对照组	24	2(8.33)	6(25.00)	8(33.33)	8(33.33)	66.67*

注: 与对照组比较, \*  $P < 0.05$ , 有显著性差异。

## 4 讨论

胆汁反流性胃炎属中医学胃脘痛、嘈杂、呕吐等范畴, 为临床常见多发病之一, 主要涉及肝胆脾胃诸脏。《素问·至真要大论》曰: “木郁之发, 民病胃脘当心而痛”。中医理论认为, 胃主纳, 脾主运, 其功能的正常与否, 除依赖脾胃之气外, 尚与肝胆之疏泄密切相关。肝气疏泄条达, 则脾胃升降和顺; 肝气失于疏泄而横逆犯胃, 则胃气失于和降, 便会产生肝胃不和之证。由于肝气郁结, 日久化热化火, 又见嘈杂, 口干, 口苦, 苔黄等肝胃郁热之象。笔者认为本病中医辨证的重点, 在于肝失疏泄这个病理环节, 治

疗上应从疏肝和胃入手，以达到“治肝可以安胃”的目的。本组病例大多具有胃脘胀满，疼痛连胁，口干，口苦，嘈杂，暖气，呕吐，舌质暗或暗红，舌苔黄或黄腻及脉弦等症状，与祖国医学中肝胃不和或肝胃郁热之“胃脘痛”证型相符。

小柴胡汤为《伤寒论》中治疗少阳病的主要方剂，以“往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、默默不欲饮食、口苦、咽干、目眩、脉弦细等”为主要脉症，合称“柴胡八证”。胆汁反流性胃炎的主要症状，如胃脘胀满，疼痛连胁，口干，口苦，嘈杂等与“柴胡八证”极为相似。张仲景在《伤寒论》少阳篇之提纲云：“……有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”。而本病中医辨证的重点，在于肝失疏泄这个病理环节，治疗上应从疏肝和胃入手，以达到“治肝可以安胃”的目的。小柴胡汤虽为和解少阳而设，但其疏利肝胆、调达升降、疏通内外之功更有良效，深含殊义。方中柴胡、黄芩（黄连）疏肝解郁清热，抑木扶土；半夏、生姜和胃降逆；党参、红枣、甘草补中益气，顾护胃气，共奏疏肝理气、降逆养胃之功。临床观察

表明，疗效较好。

胆汁反流性胃炎目前西医尚缺乏满意的治疗方法。现代医学主要应用胃肠动力药进行治疗，其作用机制是通过调节幽门功能，增加胃窦蠕动，缩短排空时间而减少返流，但往往疗效欠佳。而中药以其抑制胆汁反流，副作用小的特点，越来越引起人们的重视<sup>[4]</sup>。本组病例以小柴胡汤加减为主方，在改善胃脘痛、饱胀、嘈杂、暖气等症状方面，取得了较为满意的效果。

## 参考文献

- [1] 张安田，刘寻，张桂芝，等. 碱性返流性胃炎的诊断和治疗[J]. 哈尔滨医科大学学报，1984，18（1）：27-30.
- [2] 周建中，陈泽民，危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准（试行方案）[J]. 中国中西医结合杂志，1990，10（5）：318-319.
- [3] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则（试行）[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002，124-129.
- [4] 王希利，刘林，巩艳春. 胃炎康治疗胆汁返流性胃炎的临床研究[J]. 辽宁中医杂志，2003，30（9）：732.

## 全国消化系统疾病中西医结合诊疗 新进展高级研修班

北京中医药大学临床医学院厦门市中医医院消化病专科是国家中医药管理局中医重点专科（慢性胃炎）建设单位，福建省中医脾胃病重点专科建设单位、厦门市中医脾胃病重点学科。经国家中医药管理局批准，由北京中医药大学临床医学院、厦门市中医医院消化病专科承办的“全国消化系统疾病中西医结合诊疗新进展高级研修”将于2005年11月24日~27日在厦门市举行。

本次研修班的内容广泛地包括了消化系统的食管、胃、肠等疾病的中西医结合诊断和治疗的最新进展以及中医脾胃学说理论的应用等。国内众多知名中西医消化病权威、专家将被邀请作专题报告。

本次研修班将授予国家级Ⅰ类继续教育学分。

热情欢迎你参加本次研修班，共同为促进中西医消化事业的发展做出贡献。

报名电话：0592-2056666；联系人：纪老师、洪老师

报名截止日期：2005年10月15日 招生简章备索