

小陷胸汤合白虎汤加味治疗胃食管反流病远期疗效评价

● 郑 昱*

关键词 小陷胸汤合白虎汤加味 胃食管反流病 远期疗效

胃食管反流病(GERD)是胃内容物反流引起不适症状和(或)并发症的一种疾病。随着生活水平的提高,该病有发病率上升的趋势^[1]。因其较难治愈,且治疗后容易复发,从而导致患者生活质量下降。现代医学治疗多用胃酸抑制剂(H₂受体拮抗剂,质子泵抑制剂)加促胃肠动力药,但存在停药后半年复发,复发率可高达70%~80%^[2]的局限性。降低复发率是笔者根据GERD的临床表现,采用《伤寒论》小陷胸汤合白虎汤加味治疗本病30例,观察远期疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 样本量计算^[3] 根据前期预实验所获得小陷胸汤合白虎汤组(A组)复发率为35.0%;西药组(B组)为75.0%。令 π_A 组=35.0%, π_B 组=75.0%, π_c =55.0%, $\mu_{0.05}$ =1.645, $\mu_{0.10}$ =1.282,则 $n=(1.645+1.282)^2 \times 2 \times 0.55 \times (1-0.55)/(0.35-0.75)^2 \approx 27$ 例,即两组各需要观察27例,加上10%的失访或剔除病例,两组总计需要观察60例病人。

1.2 随机化方案

1.2.1 设患者就诊序号 取连续自然数1,2,3,……,60,为患者的就诊序号。

1.2.2 取随机数^[4] 用Cosio-fx180计算器随机数字键取随机数60次,并依次与患者就诊序号1-60相对应。

* 作者简介 郑昱,男,主任医师。从事中西医结合系统疾病的医、教、研工作。现为中华中医药学会脾胃病分会委员。

• 作者单位 山东省青岛市海慈医疗集团海慈医院肝胆内科(266033)

1.2.3 随机分组 凡随机尾数为奇数者归入A组;偶数者归入B组。并经1次调整,使两组的病例数相等,即每组30例。

1.3 病历选择

1.3.1 诊断标准 中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]:①痰热结胸证:胸骨后灼热、疼痛,甚则吞咽梗塞,呕吐苦水、酸水,口苦咽干,大便干结,伴有咳嗽,吐粘痰,舌质红,苔黄腻,脉弦数;②瘀血阻络型:胸脘胀闷,灼热疼痛,甚则咽下困难或疼痛,呕吐酸水或苦水,暖气不畅,有时疼痛累及后背,反复发作,面色晦黯无华,舌质紫黯有瘀斑,脉弦涩。

西医诊断标准:参照《内科学》^[2]诊断标准:①有明显的反流症状;②内镜下可能有GERD的表现;③食管过度酸反流的客观证据。

1.3.2 纳入标准 (1)症状表现:胸骨后灼热、疼痛,甚则吞咽梗塞,呕吐苦水、酸水,口苦咽干,大便干结,伴有咳嗽,吐粘痰,舌质红,苔黄腻,脉弦数;或有时胸骨后疼痛累及后背,反复发作,面色晦黯无华,舌质紫黯有瘀斑,脉弦涩;(2)内镜下可能有GERD的表现。

1.3.3 两组病例资料基线分析比较 入选病例均为青岛市海慈医院肝胆内科门诊患者60例。随机分治疗组和对照组。治疗组病例30例,其中男19例,女11例;年龄16~60岁,平均(42.84±8.20)岁;病程4.8~18.9个月,平均(13.90±8.04)个月。对照组30例,其中男18例,女12例;年龄17~59岁,平均(43.02±17.84)岁;病程3.5~23.1个月,平均(13.23±8.07)个月。两组一般资料对比,差别无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.4 治疗及观察方法

1.4.1 治疗方法 治疗组(A组):小陷胸汤合白虎

汤加味(清半夏 18g、黄连 6g、全瓜蒌 30g、生石膏 30g、知母 15g、旋覆花 30g、代赭石 30g、丹皮 15g、桃仁 9g、生甘草 10g)。由青岛海慈医院制剂室制作。每剂 3 袋,每袋 100ml。每日一剂,每剂三袋,早、中、晚各服一袋。

对照组(B组):兰索拉唑肠溶片 30mg(四川成都同道堂制药有限责任公司,国药准字:H20055184),口服,bid;莫沙比利片(鲁南贝特制药公司,国药准字:090312)10mg,口服,bid。

观察疗程:两组观察周期均为 20d,观察期间停用能影响本观察效果的中、西药。

1.4.2 观察方法

1.4.2.1 两组综合疗效 痊愈:烧心、胸痛、吞咽困难、反胃等症状消失,停药 3 个月未复发,24h 食管 pH 动态监测无异常酸反流,胃镜检查食管炎分级降低 1 级以上;好转:烧心、胸痛、吞咽困难、反胃等症状部分消失,24h 食管 pH 动态监测有或无异常酸反流,胃镜检查食管炎分级降低 1 级以上;无效:烧心、胸痛、吞咽困难、反胃等症状无明显改善,胃镜检查食管炎分级无降低。

1.4.2.2 两组治疗前后症状积分比较

1.4.2.3 两组不良事件发生情况 密切观察两组不

表 2 两组主要症状缓解时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	口苦呕恶	胃脘灼痛	嘈杂	胃鸣胀痛	暖气吞酸
A 组	30	4.80 ± 1.73	4.00 ± 1.69	7.20 ± 1.90*	8.30 ± 2.20	9.00 ± 1.20*
B 组	30	5.00 ± 1.80	4.20 ± 1.80	8.50 ± 2.00	9.10 ± 2.00	10.30 ± 1.00

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后症状积分对比 结果见表 3。

表 3 两组治疗前后症状积分对比($\bar{x} \pm s$)

症状	A 组(n=30)		B 组(n=30)	
	疗前	疗后	疗前	疗后
烧心	1.38 ± 0.26	0.58 ± 0.28 [▲]	1.38 ± 0.31	0.63 ± 0.30 [△]
反酸	1.67 ± 0.59	0.89 ± 0.32 [▲]	1.56 ± 0.58	0.91 ± 0.58 [△]
胸骨后疼痛	1.64 ± 0.48	0.46 ± 0.39 [▲]	1.61 ± 0.54	0.68 ± 0.28 [△]

注:与本组治疗前对比,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,▲ $P > 0.05$ 。

2.4 两组治疗后半年复发情况对比 治疗组半年后有 27 例复查,脱失 3 例,符合要求。有 8 例复发,复发率 26.67%;对照组有 26 例复查,脱失 4 例,符合要求。有 22 例复发,复发率 73.33%,两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.63, P < 0.05$)。

良事件及不良反应,纪录其发生时间、表现程度、处理经过及结果,注意有无严重不良事件及不良反应发生。

1.5 统计学处理 全部数据资料均按规范录入电脑,运用 EpiData2.1a 软件建立数据库。用 SPSS11.0 软件进行统计分析,计数资料用率表示,组间分析比较用 χ^2 检验。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较用配对样本 t 检验,组间比较用独立样本 t 检验;显著性检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 表示差异具有显著性意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 两组治疗 GERD 均有效,经卡方检验,差别无统计学意义($\chi^2 = 2.56, P > 0.05$)。结果见表 1。

表 1 两组疗效比较(n)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
A 组	30	15	11	3	86.67
B 组	30	14	14	2	93.33

注:与对照组比较, $\chi^2 = 2.56 P > 0.05$ 。

2.2 两组主要症状缓解时间比较 结果见表 2。

3 讨论

现代医学认为 GERD 的发生多由于食管下括约肌(LES)一过性松弛,食管清除作用异常,食管黏膜屏障作用下降等因素所导致^[2]。治疗多采用胃酸抑制剂(H₂受体拮抗剂,质子泵抑制剂)加促胃肠动力

药,但存在停药后半年复发,复发率可高达 70% ~ 80%^[2]的局限性。

GERD 多属于中医“嘈杂”“吞酸”“胸痹”之范畴,多因患者饮食过于肥腻,伤及脾胃,情怀不畅,肝气郁滞,日久郁而化火,肝火犯胃,而发为吞酸和反流;如患病久,土虚木贼,脾气虚弱,不能运化水湿,聚而成痰,痰与火相搏,上升而发为嘈杂、吞酸。胃属阳明,为多气多血之腑,气为血帅,气行则血行,气滞则血瘀,瘀血阻遏经络,不通则痛。《内经》有:“诸呕吐酸,皆属于热”的记载;朱丹溪的《局方发挥》:有“吐酸是吐出酸水如酢,平时津液随上升之气,郁积而成,郁积日久,湿中生热,故从火化,随作酸味”记载;近代名医郑树珪所留遗稿《七松岩集》^[6]的吞酸篇中记载:“湿、热、痰与新进水谷之气,三合而成也。”以上论述足以说明痰湿、血热、瘀血是导致本病的基本病机,所以采用清热涤痰,祛瘀止痛之治,以小陷胸汤合白虎汤加味治疗本病,切合本病病机。方中半夏降逆和胃,化痰开结;黄连清泻胃火;瓜蒌清热涤痰,下气宽胸;生石膏、知母清中上焦之热;旋覆花辛开苦降,善降胃气以止呕噎;代赭石可降上逆之胃气而止呕,二药合用,调畅气机,逆气降则诸症除;桃仁、丹皮活血祛瘀止痛,诸药合用,从痰、热、湿、瘀论治而达到缓解

吞酸、反流、疼痛的目的。现代药理学证实,黄连、丹皮、半夏^[7]具有明显的抗应激性溃疡和抑制胃酸分泌的作用。从临床观察的结果看,无论是总有效率、症状缓解时间、症状积分等方面,治疗组与对照组无统计学意义($P > 0.05$);但在复发率方面,治疗组明显优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明“小陷胸汤合白虎汤加味方”可能是从多层面、多靶点治疗 GERD,从而体现出良好的远期疗效。

参考文献

- [1]李兆申.中国胃食管反流病研究现状[J].解放军医学杂志,2000,25(2):313-315.
- [2]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:370-373.
- [3]刘建平.临床试验样本含量的计算[J].中国中西医结合杂志,2003,23(7):536-538.
- [4]张定华,郑昱主编.中医药现代科研方法论[M].甘肃:甘肃文化出版社,2006:9-10.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:114-117.
- [6]王满城,陈孟恒.七松岩集[M].石家庄:河北人民出版社,1980:59.
- [7]李仪奎,姜名瑛.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,1993:43-159.

中医文化

医书常见典故拾萃

医学典故常常困扰我们对文章的理解,医书常有典故命名者,现将常见的典故收录如下:

橘井:以喻良药之典。《神仙传·苏仙公》云,苏仙公得道仙去时,谓其母曰:“明年天下疾疫,庭中井水,檐边橘树,可以代养。井水一升,橘叶一枚,可疗一人。”翌年果疫疾,远近求治者悉活。后遂以“橘井”为良药之典。以此命名者有明代王章祖的《橘井元珠》。

青囊:为古代医家的书囊,喻指医书。唐·刘禹锡《闲坐忆乐天经诗问酒熟未》云:“案头开缥帙,肘后检青囊。唯有达生理,应无治老方。”后遂将青囊喻医书。以此命名者有明代邵以正的《青囊杂纂》、清代赵濂的《青囊秘效方》。

折肱:喻指良医。《左传·定公三十年》曰:“三折肱知为良医。”《楚辞·九章》曰:“九折臂而成医兮,吾至今乃知其信然。”朱熹集注:“人九折臂,更历方药,乃成良医,故吾于今,乃知作忠造怨之语,为诚然也。《左传》曰:三折肱为良医。亦此意也。”后遂以“三折肱”、“九折臂”以喻良医。以此命名者,如明代吴承昊《折肱漫录》。

和缓:喻指良医。医和、医缓,为春秋时秦国两个名医,后人常并称之为“和缓”。如晋挚虞《疾愈赋》曰:“讲和缓之余论,寻越人之遗方。”故以和缓喻良医。以此命名者,如清代全子久《和缓医风》。

春脚:喻指医者。五代王仁《开元天宝遗事·有脚阳春》云:“宋璟爱民恤物,朝野归美,时人咸谓璟为有脚阳春。言所至之处,如阳春煦物也。”此以医者喻以有脚之春,可予病者以春阳也。以此命名者,如清代孟文瑞《春脚集》。

珠尘:为传说中的仙药。晋·王嘉《拾遗记·虞舜》云:“(凭霄雀)常游丹海之际,时来苍梧之野,衔青砂珠,积成皐阜,名曰珠丘。其珠轻细,风吹如尘起,名曰珠尘……仙人方迴《游南岳七言赞》曰:珠尘圆洁轻且明,有道服者得长生。”此言“珠尘”为轻细如尘的青砂珠,为传说中的仙药,服之可以长生。以此为书名者为清代吴省三的《艺海珠尘》。(张灿岬 余小波)——摘自“医药网”