

抑木扶土法治疗胆汁反流性胃炎 67 例临床观察

王世荣

(滨海县中医院, 江苏滨海 224500)

摘要 目的:观察抑木扶土法治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将 132 例患者随机分为治疗组 67 例和对照组 65 例,治疗组予中药抑木扶土法治疗,对照组服用铝碳酸镁咀嚼片(仅服用 1 周)、雷贝拉唑、莫沙必利,2 组均治疗 4 周为 1 个疗程。结果:治疗后治疗组患者的症状疗效、胃镜疗效总有效率均明显高于对照组。结论:抑木扶土法治疗胆汁反流性胃炎疗效优于常规西药治疗。

关键词 胆汁反流性胃炎 抑木扶土 中药复方

中图分类号 R573.390.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0034-02

近年来,笔者运用抑木扶土法治疗胆汁反流性胃炎(bile refl u gastritis,BRG),效果满意,并与采用常规西药治疗的对照组作疗效比较,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 132 例均为 2010 年 9 月~2013 年 12 月我院消化科门诊患者,按照就诊时间顺序随机分为 2 组。治疗组 67 例:男 31 例,女 36 例;年龄 27~71 岁,平均年龄(52.7±13.2)岁;病程 1.5~5.3 年,平均病程(2.6±2.4)年。对照组 65 例:男 30 例,女 35 例;年龄 24~69 岁,平均年龄(51.5±12.9)岁;病程 1.7~4.9 年,平均病程(2.5±2.3)年。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[1]拟定:持续性上腹胀、疼痛、嘈杂、嗝气、恶心或泛苦水,胃镜检查见胆汁反流入胃,有黄绿色胆汁附着胃壁,黏液湖呈黄色或黄绿色,胃黏膜充血、水肿、糜烂。

1.3 纳入标准 符合诊断标准;胃镜下未见溃疡;幽门螺旋杆菌阴性;2 周内未用过中西药。

1.4 排除标准 合并心血管、肺、肝、肾、脑、造血系统等原发病者,恶性肿瘤、精神病或严重神经症患者,妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予抑木扶土法治疗,处方:醋柴胡 10g,白芍 15g,枳实 10g,党参 20g,白术 20g,砂仁 6g(后下),茯苓 12g,姜半夏 12g,陈皮 10g,木香 10g,佛手 12g,石斛 15g,蒲公英 20g,炙甘草 6g。嗝气呕

恶加代赭石 20g(先煎)、旋覆花 15g(包煎);嘈杂泛酸加乌贼骨 30g(先煎)、煅瓦楞 20g(先煎);口苦呕酸加吴茱萸 1.5g、黄连 3g;胁肋胀痛加徐长卿 12g、川楝子 10g;胃脘刺痛加五灵脂 10g、蒲黄 10g(包煎);口干舌红少津加乌梅 10g、麦冬 15g。每日 1 剂,分 2 次水煎服。

2.2 对照组 予铝碳酸镁咀嚼片(达喜,拜耳医药保健有限公司)1g/次,3 次/d,餐后 1~2h 嚼服;雷贝拉唑钠肠溶片(瑞波特,江苏豪森药业股份有限公司)20mg/次,1 次/d,早饭前 15~30min 服用;枸橼酸莫沙必利分散片(新络纳,成都康弘药业集团股份有限公司)5mg/次,3 次/d,饭前 15~30min 服用。

2 组均以治疗 4 周为 1 个疗程,其中对照组铝碳酸镁咀嚼片仅服 1 周。治疗期间均嘱忌烟酒、肥甘厚味和辛辣之物,停用其他治疗胃炎的药物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前后患者上腹胀、疼痛、嘈杂、嗝气、恶心或泛苦水等临床症状,根据症状严重程度不同记分。0 分:无上述不适症状;1 分:虽有上述不适症状,但间断出现,不影响生活和工作,可不服用药物;2 分:上述症状持续,需服药方可缓解,一定程度上影响生活和工作;3 分:上述症状明显,服药不能缓解症状,常需病假休息;4 分:上述症状明显,严重影响日常生活。

3.2 疗效标准

3.2.1 临床症状疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。采用尼莫地平法计算疗效

指数, 疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)]×100%。痊愈:症状、体征消失,症状积分减少≥95%;显效:症状、体征明显改善,症状积分减少≥70%;有效:症状、体征好转,症状积分减少≥30%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,症状积分减少<30%。

3.2.2 胃镜疗效判定标准 痊愈:胃镜复查黏膜充血、水肿、糜烂消失,无胆汁反流;显效:胃镜复查黏膜充血、水肿明显减轻或糜烂范围明显减小,胆汁反流明显减少;有效:胃镜复查黏膜充血、水肿减轻或糜烂范围减小,胆汁反流减少;无效:胃镜复查未见改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS11.5统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,分析采用 t 检验,有效率分析采用 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组患者临床症状疗效比较 见表1。

表1 治疗组与对照组临床症状疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	67	19(28.4)	28(41.8)	13(19.4)	7(10.4)	60(89.6)*
对照组	65	10(15.4)	24(36.9)	15(23.1)	16(24.6)	49(75.4)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者胃镜疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组胃镜疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	67	17(25.4)	26(38.8)	16(23.9)	8(11.9)	59(88.1)*
对照组	65	9(13.8)	22(33.8)	16(24.6)	18(27.7)	47(72.3)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

4 讨论

胆汁反流性胃炎指各种原因所致过多含有胆汁的十二指肠内容物反流入胃内引起的胃黏膜的慢性炎症,目前临床治疗以结合胆酸类药、抑酸药、保护胃黏膜药和促胃肠动力药为主,但常难以达到预期疗效。本病病因考虑为胆囊疾病和胃手术后引起,胆囊切除或胆囊多发结石时由于胆囊不能储存胆汁,胆汁随消化间期运动复活波Ⅲ后期的逆蠕动反流入胃。胃术后由于幽门被切除,破坏了胃窦—幽门—十二指肠的生理功能,使胃排空延缓,十二指肠逆蠕动增加,更易发生胆汁反流,此外还有不明原因,其发病机制是上消化道动力紊乱及抗胆汁反流的生理屏障减弱或丧失的结果^[3]。

本病属中医学“胃痛”“胃痞”“嘈杂”“呕胆”等范畴,多由劳倦过度、饮食不节、胃脘胆囊手术等损伤脾胃,或素体不强,脾胃失健,致脾不升清,胃

不降浊;情志不遂,肝胆失疏,横逆犯胃或素患胆病,胆汁不能入肠助脾运化,反逆入胃,影响脾运,胃失和降。因此,病位在胃涉及肝胆脾。病证特点总属本虚标实,虚实夹杂。本虚为脾虚胃弱,升降浊功能低下;标实以肝郁气滞、胆胃气逆,以及由此而导致的郁火上攻、热毒内蕴、胃络瘀阻等。故对于本病的治疗当标本兼顾,恰当补泻,注重调整气机升降^[4]。

笔者以“见肝之病……当先实脾”,“补脾之中,必宜疏肝”为指导,拟抑木扶土法治疗此疾。方取四逆散合香砂六君子汤加味。四逆散以柴胡疏肝解郁为君;枳实破气散结为臣;芍药柔肝敛阴为佐;炙甘草补脾益气为使。芍、甘相配以调和肝脾,又缓急止痛。四药散收互用,升降并施,共奏疏肝理脾、气血并调之功。香砂六君子汤由六君子汤加砂仁、木香而成。六君子汤益气健脾,燥湿化痰;砂仁化湿醒脾,行气温中;木香辛苦温通,行气止痛。此方功以益气补中、健脾和胃、理气止痛。佛手芳香醒脾,疏肝解郁,理气和中,清轻灵动,理气不伤气;石斛益胃生津,滋阴清热,以防辛燥太过,且“补五脏虚劳羸瘦,强阴,久服厚肠胃”;蒲公英性虽苦寒,但“苦不伤阴,寒不败胃”,清热泻火,用于肝木乘土犯胃,升降失司之虚中夹实之热^[5]。诸药合用辛苦相合,寒热互佐,升降并用,燥湿相济,气血兼调,遵循标本兼顾,恰当补泻,注重调整气机升降治则,且合“腑以通为用,胃以降为和”之理,具有疏肝利胆、健脾和胃之功。

5 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.慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案).中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:125
- [3] 夏玉亭,吴云林,房殿春,等.胃病诊治进展.上海:上海科技教育出版社,2005:9
- [4] 翟佳滨,李鸿涛.翟光诊治胆汁反流性胃炎经验.中医杂志,2013,54(4):343
- [5] 罗军.邵荣世辨证治疗胆汁反流性胃炎的经验.江苏中医药,2011,43(7):15

第一作者:王世荣(1970-),男,本科学历,副主任中医师,从事脾胃病临床诊治工作。wsr0834@163.com

收稿日期:2014-07-24

编辑:吴宁