

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.12.15

自拟清肝和胃汤治疗 96 例原发性胆汁反流性胃炎的疗效观察

袁 蒲, 周敏颖

(无锡市中医医院 脾胃病科, 江苏 无锡 214071)

摘要:[目的]观察自拟清肝和胃汤治疗原发性胆汁反流性胃炎(BRG)的临床疗效。[方法]将 96 例原发性 BRG 患者随机分为治疗组、对照组各 48 例。对照组给予奥美拉唑镁肠溶片+铝碳酸镁+多潘立酮治疗;治疗组予奥美拉唑镁肠溶片+自拟清肝和胃汤治疗。2 组疗程均为 30 d。治疗前后比较:①4 组上腹部隐痛、饱胀不适、恶心、呕吐苦水症状发作频率及程度(按无、轻、中、重度分别记 0、1、2、3 分);②比较治疗后的总有效率;③治疗前后观察内镜下胃体胆染情况。[结果]①治疗后总有效率治疗组(89.6%)、对照组(75.0%),差异无统计学意义($P>0.05$);②治疗组对饱胀不适、恶心、呕吐苦水症状的缓解较对照组明显,差异有统计学意义($P<0.05$);③治疗后内镜下胆染程度:2 组治疗后均有明显改善($P<0.05$),而治疗组改善程度不及对照组($P<0.05$),提示传统西药在抑制胆汁回流和中和胆汁方面中更具优势。[结论]原发性 BRG 多以肝胃不和、胆腑郁热为主证,自拟清肝和胃汤临床疗效肯定,能够明显缓解饱胀不适、恶心呕吐等症状。

关键词:原发性 BRG, 自拟清肝和胃汤, 临床疗效

中图分类号:R573.3

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2016)12-0949-03

The effect of Qinggan Hewei decoction on 96 primary bile reflux gastritis cases

YUAN Pu, ZHOU Min-ying

(Department of Gastroenterology, Wuxi Hospital of TCM, Wuxi 214071, China)

Corresponding author: YUAN Pu, E-mail: ypnini1219@sina.com

Abstract:[Objective]To observe the effect of Qinggan Hewei decoction on 96 primary bile reflux gastritis. [Methods]96 primary bile reflux cases were randomly divided into treatment group($n=62$) and control group($n=62$). The treatment group patients were treated with Omeprazole, Hydrotalcite and Domperidone. The control group patients were treated with Omeprazole, along with Qinggan Hewei decoction. The degree and frequency of four symptoms abdominal pain, distention, nausea and vomiting, recorded as 0, 1, 2, 3 score, were compared before and after treatment. The total effective rate were calculated and compared. The cover of bile of gastric body was observed under endoscope and compared. [Results]The total effective rate of the two group were 89.6% and 75.0% separately, which have no significant difference. The symptoms of distention, nausea and vomiting of the treatment group were significantly relieved compared with the control group. The cover of bile on gastric body of two groups were different evidently ($P<0.05$), which revealed that the effect of inhibiting bile refluxing and neutralizing bile of the treatment group was inferior to the western medicine. [Conclusion]The primary bile gastritis cases tend to be syndrome of incoordination between liver and stomach and heat of gallbladder. Qinggan Hewei decoction is effective and good at relieving syndrome of distention, nausea and vomiting.

Key words:primary reflux bile gastritis; Qinggan Hewei decoction; clinical effect

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)为十二指肠胆汁、肠液逆流入胃内造成胃黏膜损害的

疾病,分为原发性、继发性。原发性患者与幽门、十二指肠协调运动失调所致的十二指肠液体反流有关,后者继发于胃切除、胃肠吻合术后。部分患者无手术史,胆汁通过关闭不全的幽门反流入胃,多与幽门管、十二指肠瘢痕愈合有关。十二指肠液的反流与胃酸共同作用造成黏膜炎症、充血、糜烂。患者临

收稿日期:2016-07-06

作者简介:袁 蒲,女,本科,主治医师,研究方向:中西医结合消化病学,消化内镜

通讯作者:袁 蒲, E-mail: ypnini1219@sina.com

床主要症状为腹部饱胀、疼痛、胃灼热感、暖气吞酸、口苦、恶心呕吐；亦有表现为上腹部、胸骨后不适。临床上运用胃动力、抑酸及胃黏膜保护药物，可以有效保护胃黏膜、促进炎症愈合作用，但远期疗效欠佳，复发率较高。近年来笔者在西药常规治疗的基础上联合应用自拟清肝和胃汤治疗 BRG 96 例，取得了较好的疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 06 月~2016 年 04 月在我院门诊就诊的原发性 BRG 患者 96 例，按随机数字表法随机分为 2 组，每组各 48 例。其中治疗组男 27 例，女 21 例；年龄 37~72 岁，平均(54.5±5.79)岁；病程 1 个月~5 年，平均(2.2±0.6)年。对照组男 26 例，女 22 例；年龄 35~73 岁，平均(55.6±4.27)岁；病程 4 个月~6 年，平均(2.5±0.50)年。2 组患者的性别构成经 χ^2 检验，年龄及病程经过 t 检验，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

诊断标准：①上腹和(或)胸骨后持续性烧灼痛，餐后加剧，腹胀，暖气、口苦、呕吐胆汁样黄水；②内镜下见胃内胆汁存在，有胆汁斑，幽门口胆汁反流；③内镜病理显示：黏膜糜烂、出血、间质水肿、血管扩张，程度不一。

纳入标准：①年龄 ≥ 18 岁；②符合 BRG 的诊断标准；③均符合知情同意原则。

排除标准：①不符合上述诊断标准者；②妊娠或哺乳期妇女；③既往有胃、十二指肠手术史；④不遵医嘱或中途退出治疗者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组口服奥美拉唑镁肠溶片(洛赛克,阿斯利康,规格:20 mg)20 mg,早晚各 1 次,餐前 0.5 h 口服;铝碳酸镁片(达喜,拜耳医药保健有限公司,规格:0.5 g)1.0 g,餐后 2 h 口服;多潘立酮片(吗丁啉,西安杨森制药有限公司,规格 10 mg)每次 10 mg,3 次/d,餐前 0.5 h 口服。治疗组奥美拉唑镁肠溶片(用法同对照组)+自拟清肝和胃汤(春柴胡 6 g、黄芩 10 g、枳实 15 g、大黄 2 g、蒲公英 10 g、半夏 15 g、生白芍 15 g、木香 5 g、郁金 10 g、金钱草 10 g、苏梗 10 g、香附 10 g、甘草 5 g,天江药业颗粒剂),早晚饭前 0.5 h 温水泡服。疗程均为 30 d。

1.2.2 观察方法 治疗前后观察胃体的黏液湖胆染色程度,根据 Kellosoal^[1]等提出的标准分为 4 级:0 级,黏液湖清亮、透明,无染色;I 级,黏液湖清亮,淡黄色;II 级,黏液湖黄色清亮;III 级,黏液湖深绿色。0 级、I 级视为一般,II 级、III 级视为较重。

1.3 疗效标准

参照《慢性胃炎中西医结合治疗方案》^[2]、《中医病证诊断疗效标准》^[3]中 BRG 的拟定疗效标准。痊愈:症状、体征基本消失,治疗后胃镜胆汁反流消失、胃黏膜组织学改变或食管下段基本恢复正常或基本痊愈;显效:症状、体征明显改善,治疗后胃镜胆汁反流明显减少、胃黏膜组织学或食管下段好转;有效:症状、体征有所改善,复查胃镜胆汁反流有所减少、胃黏膜组织学或食管下段改变减轻或略有变化;无效:症状、体征无变化,胆汁反流无减少,黏膜组织学及食管下段无改变或加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 症状积分

治疗前后对 4 组症状:上腹部隐痛、饱胀不适、恶心、呕吐苦水,按发作频率和程度按 0、1、2、3 分。0 分:从未有过或偶发,症状不明显,不影响日常工作;1 分:偶发,症状不明显,不影响日常工作;2 分:间断发作,发作时症状明显,影响日常工作;3 分:发作较频,几乎每天,发作时症状明显,影响日常工作。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行分析,计量资料均以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组综合疗效观察

经 χ^2 检验,2 组总有效率比较,差异无统计学意义,见表 1。

表 1 2 组综合疗效观察 例(%)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	15(31.3)	16(33.3)	12(25.0)	5(10.4)	43(89.6)
对照组	9(19.0)	16(33.3)	11(22.9)	12(25.0)	36(75.0)

2.2 2 组治疗前后各症状积分

2 组治疗后各症状积分、总积分均较同组治疗前改善($P<0.05$);治疗组饱胀不适、恶心、呕吐苦水症状治疗后积分较对照组低($P<0.05$),改善效果具有优势;而 2 组上腹部隐痛症状比较,差异无统计学意义。见表 2。

2.3 2 组治疗前后内镜下胆染色程度

经秩和检验提示:2 组治疗后均有明显改善($P<0.05$),而治疗组改善程度不及对照组($P<0.05$),提示传统西药在抑制胆汁回流和中和胆汁方面中更具优势。见表 3。

表 2 2 组治疗前后各症状积分及总积分

分, $\bar{x} \pm s$

组别		上腹部隐痛	饱胀不适	恶心	呕吐苦水	总积分
治疗组	治疗前	1.37±0.13	2.05±0.71	1.98±0.13	1.32±0.13	4.53±1.01
	治疗后	1.03±0.31 ¹⁾	1.53±0.34 ¹⁾²⁾	0.97±0.51 ¹⁾²⁾	0.77±0.32 ¹⁾²⁾	3.15±0.51 ¹⁾
对照组	治疗前	1.56±0.32	1.92±0.43	1.30±0.23	1.28±0.22	4.96±0.86
	治疗后	1.02±0.23 ¹⁾	1.86±0.66 ¹⁾	1.01±0.47 ¹⁾	0.88±0.15 ¹⁾	3.87±0.65 ¹⁾

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后内镜下胆染色情况

例

组别	治疗前						治疗后					
	0 级	I 级	II 级	III 级	一般	较重	0 级	I 级	II 级	III 级	一般	较重
治疗组	5	20	17	6	25	23	20	15	13	0	35 ¹⁾²⁾	13
对照组	8	18	18	4	26	22	24	19	5	0	43 ¹⁾	5

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

BRG 患者胆汁与胃黏膜的直接接触并不会导致胃黏膜的损害,而胆盐与胃酸结合可增强酸性水解酶活性,破坏溶酶体膜,溶解脂蛋白而破坏胃黏膜屏障, H^+ 逆流,进入黏膜及黏膜下层,刺激分泌胃酸和胃蛋白酶^[4],因此常规治疗需使用抑酸剂。幽门、十二指肠运动节律失常导致胆汁不循肠道泛溢,因此需要使用促胃动力药。同时中和胆汁与胃黏膜保护剂也常规使用。

临床上单纯应用西药治疗 BRG,以促进胃排空、中和胆汁及胃酸,抑酸保护胃黏膜为主,疗效果不甚理想,且远期复发率较高。BRG 属祖国医学“胃脘痛”、“痞证”、“嘈杂”、“反胃”等范畴。(灵枢·四时气第十九)篇云:“善呕,呕有苦邪在胆,逆在胃,胆汁泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆。”本病病位虽在胃,但其病机主要在于邪犯肝胆,腑气不通,肝胆湿热不下行反上逆脾胃使脾胃升降失常。湿热为本病的关键病理产物^[5]。临床上本病以肝胃不和、胆腑郁热为主证居多。治疗上应疏肝和胃,通降腑气,利胆泻热。董老治疗 BRG,以“通降”为主要大法,“胃以降为顺,以通为用”,结合不同证型,疏肝和胃降逆、清热化湿通降、理气化痰和降、健脾和胃通补^[6]。

本研究结合古方大柴胡汤为基础加减,自拟清肝和胃汤。方含有柴胡、黄芩和解少阳,大黄、蒲公英清解胆腑郁热,大黄量轻,若有便秘、腹满患者可酌情加量;枳实、半夏、木香、苏梗、制香附行气降逆,

疏肝和胃;生白芍抑木扶土,缓急止痛,金钱草、郁金利胆通腑。

本研究结果显示在同时使用抑酸剂的情况下,自拟清肝和胃汤与多潘立酮+铝碳酸镁片疗效相似,肯定了自拟清肝和胃汤的疗效。同时,在改善腹满、恶心、呕吐症状上该方具有一定优势,可应用于临床。而在改善胆汁泛溢出、中和胆汁方面不及传统西药。

本研究尚有一些不足之处:纳入病例较少,观察周期较短等。有待大量本、长周期的进一步临床观察、研究。

参考文献

- [1] KELLOSALO J, ALVAIKKO MLAITIMEN S, et al. Effect of biliary tract procedures on duodenogastric reflux and the gastric mucosa[J]. Scand J Gastroenterol, 1991, 26:1272-1278.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合治疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2):172-175.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1995:125.
- [4] 胡品津. 胆汁反流性胃炎[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(1):45-46.
- [5] 范先靖,戴高中. 328 例胆汁反流性胃炎中医证型和内镜下分析[J]. 西部中医药, 2011, 24(12):86-88.
- [6] 王长洪. 董建华临床经验[M]. 北京:民军医出版社, 2008:143-148.