

## 辛开苦降法治疗寒热错杂型胆汁反流性胃炎疗效观察\*

张旖晴, 郭宇, 刘涛, 孙晓红, 苏晓兰, 刘登科, 张晓红, 魏玮<sup>△</sup>

中国中医科学院望京医院脾胃病科(北京 100102)

**摘要** 目的:探讨辛开苦降法治疗寒热错杂型胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将胆汁反流性胃炎患者应用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 54 例。治疗组给予半夏泻心汤口服,每日 1 剂,分 2 次服,对照组给予铝碳酸镁,3 次/d,2 片(1.0g)/次。4 周后评估患者在临床症状及胃镜下胃黏膜形态改变积分情况。结果:治疗组在临床疗效优于对照组,治疗组的总有效率为(92.3%)明显高于对照组(81.4%),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后结束后,观察组的胃镜黏膜炎症积分( $3.46 \pm 1.23$ )明显低于对照组( $5.84 \pm 1.37$ ),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:辛开苦降法治疗寒热错杂型胆汁反流性胃炎的临床效果肯定,值得临床应用。

**关键词** 胃炎/中医药疗法 半夏泻心汤 辛开苦降

中图分类号:R573.3 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1000-7369.2017.07.044

胆汁反流性胃炎主要以上腹痛、呕吐胆汁、腹胀及体重减轻等表现的综合征,由胆汁反流入胃引起,常见病因包括于胃切除及胃肠吻合术后,由于其症状、病理变化以及治疗反应与其他胃切除后综合征有所不同,所以将其从胃切除后并发症中分出单独列为一种独立的病症<sup>[1-2]</sup>。目前临床上常用的包括促进胃肠道动力药物(莫沙必利)、胃黏膜保护剂(硫糖铝)及抗酸剂(铝碳酸镁等),但效果不尽如人意。中医论证学认为胆汁反流性胃病属于中医范畴里的胆瘴、胃脘痛、痞证、吐酸等。该病多由患者情志受损或饮食饥饱、劳碌等原因,引起机体脾胃升降失调、疏泄肝失,肝胆之气挟胆汁上逆,造成胃脘痞满、疼痛、呕吐酸苦、暖气、嘈杂、纳呆等症状<sup>[3-4]</sup>。辛开苦降法是中医学的重要治法之一,临床应用十分广泛<sup>[5]</sup>。张仲景在《黄帝内经》的理论基础上创立了以半夏泻心汤为代表的辛开苦降方剂,首次将药物性味对立的辛温药和苦寒药并用,以治疗寒热错杂型痞证。本研究以半夏泻心汤为基础方加减,通过比较其与铝碳酸镁的效果差异评估其治疗效果。

#### 资料与方法

**1 一般资料** 选取中国中医科学院望京医院 2015 年 3 月至 2016 年 2 月脾胃病科门诊病人为研究对象,行电子胃镜检查确诊存在胆汁反流,共收集病例 108 例,采用随机数字表法将研究对象分为观察组 54 例,对照组 54 例。其中观察组男 27 例,女 27 例,年龄 48~86 岁,平均( $58.1 \pm 9.2$ )岁;对照组中男 28 例,女 26 例,年龄 46~85 岁,平均( $58.3 \pm 9.9$ )岁,两组患者在年龄、病程、及临床症状等方面的差异无统计学

意义,差异具有可比性( $P > 0.05$ )。

**中医诊断标准:**参照《中医消化病诊疗指南》<sup>[6]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>、制订:主症:①胃中灼热;②畏寒胃痛。次症:①肢冷畏寒;②反酸嘈杂;③口苦口干;④燥热心烦;⑤脉沉细数。证候确定具备主症,同时加 2 项以上次症。

**2 治疗方法** 观察组口服中药汤剂,对照组口服铝碳酸镁片。中药汤剂组成如下(本院中药房统一煎药):清半夏、干姜、黄芩、黄连、生姜、大枣各 10 g,太子参、炒谷芽、炒麦芽、旋覆花(包煎)、代赭石(先煎)、白术各 30 g,郁金 18 g,每天 1 剂,制成每包 125 ml 的真空包装,每次 1 包,分早晚 2 次服用。铝碳酸镁片(批号:H20013410);3 次/d,2 片(1.0g)/次,饭后。两组疗程均为 4 周,并进行 2 个月随访。

**3 观察指标** ①临床症状的变化:临床疗效的判定标准:中医临床症状基本或全部消失,证候积分 $\geq 95\%$ 则认为痊愈;中医症状得到明显改善,证候积分 $\geq 70\%$ 则认为显效;中医症状均好转,证候积分减少 $\geq 30\% < 70\%$ 则认为有效;中医临床症状均无明显改善加重,证候积分减少 $< 30\%$ 则认为无效,有效率=(痊愈+显效+有效)/总研究对象数。②胃镜下胃黏膜的变化:胃镜黏膜炎症总积分为黏膜出血及糜烂情况及红斑以及胆汁反流积分之和。③远期疗效评定。

**4 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 统计学软件分析,所有计量资料均以  $\bar{x} \pm s$  表示,多组间比较采用 One-Way ANOVA 单因素方差分析,数据两组间用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

#### 结果

**1 两组患者治疗前后中医证候积分比较** 治疗 4 周后对两组的中医证候积分有效率进行评价,结果

\* 国家自然科学基金资助项目(81273746)

<sup>△</sup>通讯作者

显示,治疗组在中医证候积分方面有效率显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医证候积分的比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	54	10(18.5)	26 (48.1)	14 (25.9)	4(7.4)	51(92.3)*
对照组	54	6(11.1)	30(55.5)	8(14.8)	10(18.5)	41(81.4)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

2 两组患者治疗前后胃黏膜积分比较 对两组患者治疗后进行胃镜下黏膜炎症积分比较两组患者胃镜下黏膜炎症积分治疗前差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗 4 周后,观察组的胃镜黏膜炎症积分明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后胃黏膜积分比较(分)

组别	治疗前	治疗后
观察组	7.28±1.92	3.46±1.23
对照组	7.35±1.99	5.84±1.37*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

### 讨论

胆汁反流严重并胃食管反流,特别是那些有严重的糜烂性食管炎和 Barrette 食管患者,是导致慢性胃炎胃黏膜病变的主要因素<sup>[1]</sup>。研究发现,高浓度胆汁酸与肠上皮化生的发生风险呈正相关性<sup>[2]</sup>但非手术治疗胆汁反流在很大程度上是无效的<sup>[3]</sup>。中医学具有其治疗成本较低、治疗疗效较好且不良反应发生率低等优点。因此,有必要找到适当中成药治疗胆汁反流。中医学认为胆汁反流性胃病属于中医范畴里的胆瘵、胃脘痛、痞证、吐酸等。该病多由患者情志受损或饮食饥饱、劳碌等原因,引起机体胃脾升降失调、疏泄肝失,肝胆之气挟胆汁上逆,造成胃脘痞满、疼痛、呕吐酸苦、暖气、嘈杂、纳呆等症状。半夏泻心汤主要由清半夏、干姜、生姜、大枣、炒谷芽、黄芩、黄连、太子参、炒麦芽、白术、旋复花、代赭石、郁金组成,本组方中清半夏、干姜具有辛温除寒作用<sup>[4-5]</sup>,和胃止呕;黄连、黄芩具有苦寒泄、降除热作用,清肠燥湿;太子参、大枣具有补中益气,养胃;白术具有健脾化湿;炒谷芽、炒麦芽具有健脾开胃,和中消食;生姜具有温中止呕,旋复花降气止呕,

代赭石具有平肝潜阳,重镇降逆,郁金行气解郁,全方共奏和胃降逆,散结消痞之功<sup>[8]</sup>。通过研究其与铝碳酸镁的效果差异评估其治疗效果。

本研究结果表明,治疗 4 周后,服用半夏泻心汤患者临床症状明显得到改善,其治疗有效率明显高于服用铝碳酸镁的对照组,差异有统计学意义;而两组胃镜下黏膜炎症积分情况比较,治疗 4 周后,半夏泻心汤的观察组的积分明显低于对照组,说明服用半夏泻心汤患者胃黏膜得到明显修复,与观察组相比较,差异具有统计学意义。

### 参考文献

[1] Sifrim D. Management of Bile Reflux[J].Gastroenterology & Hepatology, 2013,9: 179.

[2] Zhang Y, Yang X, Gu W. et al. Histological features of the gastric mucosa in children with primary bile reflux gastritis[J].World J Surg Oncol,2012,10: 27.

[3] 王 莉.胆汁反流性胃炎 78 例病因及诊治分析[J].陕西医学杂志,2012,41(4):457-459.

[4] 李 欣,林 琳,魏 玮.夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 60 例临床观察[J].中华中医药杂志,2013,34(4)876-878.

[5] 李艳平.半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1507-1509.

[6] 国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134-139.

[7] 李乾构,周学文,单兆伟.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006:28-32.

[8] 蔺焕萍,李守朝.辛开苦降法在脾胃病中的应用[J].陕西中医,2006,26(9):1102-1103.

(收稿:2017-01-13)

(上接第 882 页)

的生成而达到抑制肿瘤生长、转移及复发的目的。

### 参考文献

[1] 姚晓军,刘伦旭.肺癌的流行病学及治疗现状[J].现代肿瘤医学,2014,22(8):1982-1985.

[2] 潘改燕,张 妮.扶正强肾方联合含铂化疗方案治疗老年晚期非小细胞肺癌 77 例[J]. 陕西中医,2016,37(7):842.

[3] 中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M].2 版.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合

出版社,1991:1-2.

[4] 王 阶.中医诊疗常规[M].北京:中国医药科技出版社,2013:160-163.

[5] 于世英,胡国清.肿瘤临床诊疗指南[M].北京:科学出版社,2005:412-413.

[6] 赵 静,戴 随,李会强.肿瘤标志物联检与肺癌诊断及肺癌与中医辨证分型关系探讨[J].陕西中医,2014,35(2):184.

(收稿:2017-01-10)