

健脾和胃法治疗胃食管反流病 56 例

史成和¹,王秀娟^{2*},王春勇¹

(1. 北京大学第三医院中医科,北京 100191; 2. 首都医科大学中医药学院,北京 100069)

[摘要] 目的:观察健脾和胃法治疗胃食管反流病的临床疗效。方法:将 106 例胃食管反流病患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 56 例采用中药汤剂治疗;对照组 50 例采用奥美拉唑、吗丁啉治疗。两组疗程均为 1 个月,疗程结束 1 月后随访。观察两组患者治疗后临床疗效及症状积分情况。结果:治疗组临床总有效率为 98.21%;对照组为 94.0%。两组比较有显著性差异($P<0.05$),可以明显改善各单项症状的积分及反流性疾病问卷(RDQ)整体积分。治疗组临床总体疗效优于对照组;结论:健脾和胃法治疗胃食管反流病有良好疗效,可明显改善临床症状。

[关键词] 胃食管反流病;健脾和胃法;反流性疾病问卷

[中图分类号] R287 [文献标识码] A [文章编号] 1005-9903(2011)06-0257-04

Clinical Observation of 56 Patients with Gastroesophageal Reflux Disease by Reinforcing Spleen and Stomach

SHI Cheng-he¹, WANG Xiu-juan^{2*}, WANG Chun-yong¹

(1. Peking University Third Hospital Department of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100191, China;
2. College of Chinese Medicine and Pharmacy of Beijing Union University, Beijing 100069, China)

[Abstract] Objective: To observe the effect on the treatment for gastroesophageal reflux disease with reinforcing spleen and stomach. Method: One hundred and six cases are randomly divided to the therapy group (56 cases) and the control group (50 cases). The therapy group was treated by Chinese materia medica decoction. the control group was treated by omeprazole and domperidone. The course of treatment was 30 days. The follow-up was done 30 days after the treatment. Result: After a course of treatment, the effective rate of two groups was 98.2% and 94.0% respectively; the effective rate of the therapy group was higher than that of the control group, the difference between two groups had a distinct significance($P<0.05$). The therapy group obviously improved scores of each symptom and reflux diseases questionnaire. Conclusion: The effect of the treatment for gastroesophageal reflux disease with reinforcing spleen and stomach is sure.

[Key words] gastroesophageal reflux disease; reinforcing spleen and stomach; reflux diseases questionnaire

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是因胃内容物反流入食管而引起的食管与食管外的疾病,临床上以烧心、泛酸、口苦、胸骨后灼痛不适为主要表现,属于中医“吐酸”、“食管瘕”等

范畴^[1]。GERD 患病率为 5.77%^[2],并且近年来其发病率有升高趋势。该病反复发作,严重者可导致食管癌变。笔者以益气健脾、和胃降逆为法,用中药汤剂治疗 GERD,临床观察 56 例,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 8 月-2010 年 5 月在本院中医科和消化科门诊就诊的胃食管反流病患者 106 例,随机分为治疗组 56 例和对照组 50 例。治疗组男性 25 例,女性 31 例;年龄 24~67 岁,平均 40.8 岁;病程 2 个月~8 年,平均 2.5 年;40 例内镜下可

[收稿日期] 2010-12-09
[第一作者] 史成和,副主任医师,研究方向:消化专业, Tel: 13801095995, E-mail: athena1231@126.com
[通讯作者] *王秀娟,主任医师, Tel: 13681102775, E-mail: wxj0517@sina.com

见食管黏膜损伤。对照组 50 例中男性 24 例,女性 26 例;年龄 27 ~ 65 岁,平均 41.56 岁;病程 3 个月 ~ 7.5 年,平均 2.8 年;39 例内镜下可见食管黏膜损伤。两组在性别、年龄、病程、病情轻重等方面均无显著差异,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 2006 年加拿大蒙特利尔关于 GERD 达成的全球共识意见^[3]及 2006 年 10 月三亚中国胃食管反流病共识意见^[4]:有典型的 GERD 症状,如明显烧心、反酸、胸骨后灼痛等,无报警症状者需具备下列依据。①食管返流(RE)的内镜诊断及分级 0 级:食管黏膜内镜下表现正常(可有组织学改变);I a 级:呈点状或条状发红、糜烂 < 2 处,无融合现象;I b 级:呈点状或条状发红、糜烂 ≥ 2 处,无融合现象;II 级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性,融合 < 75%;III 级:病变广泛,发红,或溃疡,糜烂融合呈全周性,融合 ≥ 75%。②NERD 的诊断根据食道 24 h pH 监测 DeMeester 计分, > 15 分为阳性。

1.2.2 中医诊断标准 参照中华中医药学会脾胃病分会 2006 年颁布的《中医消化病诊疗指南》中胃食管反流病肝胃郁热型的诊断标准^[5]主症:①反酸烧心;①胸痛连及两胁。次症:①胃脘灼痛、嘈杂;②口干口苦;③大便不爽;④舌红苔黄;⑤脉弦数。具备主症 2 项加次症 2 项即可诊断。

1.2.3 反流性疾病问卷(RDQ) 采用中国胃食管反流疾病研究协作组制作的耐信量表^[6]标准进行评分。①发作频率计分:按胸骨后烧心感、胸口痛、口中酸/苦味、胃中不适感 4 种为统计症状,无症状为 0 分,症状出现频度 < 1 d/周、1 d/周、2 ~ 3 d/周、4 ~ 5 d/周以及 6 ~ 7 d/周分别记为 1, 2, 3, 4, 5 分。②按症状程度计分:统计上述 4 种症状,无症状为 0 分;症状不明显,经提醒后发现有 1 分;症状明显,影响日常生活,偶尔服药为 3 分;症状非常明显,影响日常生活,需长期服药治疗为 5 分。症状介于 1 分和 3 分之间为 2 分,介于 3 分和 5 分之间为 4 分。总积分为发作频率积分与症状程度积分之和, RDQ 积分 > 12 分即可诊断。

1.3 入选与排除标准

1.3.1 入选标准 ①符合上述西医诊断标准和中医证候诊断标准者;年龄 20 ~ 75 岁;②经内镜诊断为 RE;③或典型的症状(烧心、反酸、胸骨后灼痛)

且 24 h pH 监测 ≥ 15 分;④反流性疾病问卷(RDQ)积分必须 > 12 分且排除消化道占位性病变。

1.3.2 排除标准 ①合并有心脑血管、肝肾、内分泌、造血系统严重原发疾患,精神疾患者;②消化道肿瘤;③妊娠或哺乳期妇女;④过敏体质者或对多种药物过敏者;⑤未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者;⑥同时参加其他临床试验者。

1.4 治疗方法 治疗组采用益气健脾、和胃降逆法,由太子参、白术、黄连、吴茱萸、海螵蛸、天花粉、川贝、鸡内金、瓦楞子、莱菔子、半夏曲等组成。伴胆汁反流者,加用枳实、郁金、白芍;反酸严重且舌红者加用旋复花,代赭石;大便干燥者加酒大黄;肝郁者加柴胡、香附。每日 1 剂,水煎服,早晚各 1 次,饭后 0.5 h 服。对照组予奥美拉唑(山东新时代药业有限公司生产,批号 100303)20 mg,每日 2 次口服。吗丁啉(西安杨森制药有限公司生产,批号 100909847)10 mg,每日 3 次。共服药 1 月。服药期间停药影响本病观察的其他药物,疗程结束后观察疗效。疗程结束 1 月后随访。

1.5 疗效评定标准

1.5.1 临床症状疗效评定标准 主要单项症状(反酸、烧心、胸骨后疼痛或不适、嗝气反流等典型反流症状)的记录与评价。参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]有关标准拟定。按症状轻重分为 4 级(0, I, II, III),积分分别为 0 分, 1 分, 2 分, 3 分。采用尼莫地平法计算。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。痊愈:反流症状消失,疗效指数 ≥ 95%。显效:反流症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,疗效指数 ≥ 70% 但 < 95%。有效:反流症状未消失,但较以前减轻,疗效指数 ≥ 30% 但 < 70%。无效:反流症状未消失,程度未减轻,疗效指数 < 30%。

1.5.2 证候疗效评定标准 采用国际通用的诊断 GERD 的量表—反流性疾病问卷(RDQ),量表总分为症状程度和发作频率两部分,量表总分均最低为 0 分,最高为 40 分;症状频率及程度积分最低为 0 分,最高为 20 分。临床疗效评定①临床痊愈:症状、体征消失或基本消失, RDQ 总分减少 ≥ 90%;②显效:症状、体征明显改善, RDQ 总分减少 ≥ 70%, 但 < 90%;③有效:症状、体征均有好转, RDQ 总分减少 ≥ 30%, 但 < 70%;④无效:症状、体征均无明显

好转,甚或加重,RDQ 总分减少 <30%。

1.6 统计学处理 全部资料输入 epidata3.0 数据库,数据转化后采用 SPSS17.0 软件进行统计分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,符合正态分布者采用 t 检验,不符合正态分布采用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状积分比较 两组治疗后症状积分均明显下降 ($P < 0.01$),治疗后治疗组下降比对照组明显 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗前后症状发作频率积分比较 两组在治疗 4 周、随访 1 月症状发作频率积分与治

疗前相比差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。两组治疗第 4 周、疗程结束 1 月后随访时比较,口中酸/苦味积分、胃中不适感积分及总积分治疗组改善优于对照组 ($P < 0.01$),两胸骨后烧心感积分、胸口痛积分两组间差异无统计学意义。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗	56	16.25 ± 5.36	5.00 ± 2.83 ^{1,3)}
对照	50	18.63 ± 6.08	10.63 ± 5.72 ²⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与对照组比较³⁾ $P < 0.01$ (表 2 ~ 3 同)。

表 2 两组患者治疗前后症状发作频率积分变化比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

症状	治疗组 (<i>n</i> = 56)			对照组 (<i>n</i> = 50)		
	治疗前	治疗 4 周	随访	治疗前	治疗 4 周	随访
胸骨后烧心感	3.17 ± 0.98	1.68 ± 0.96 ²⁾	1.01 ± 0.55 ²⁾	3.5 ± 0.88	2.5 ± 0.86 ²⁾	1.4 ± 0.65 ¹⁾
胸口痛	2.84 ± 1.01	0.88 ± 0.54 ²⁾	0.51 ± 0.21 ²⁾	2.8 ± 1.0	1.6 ± 0.9 ²⁾	1.0 ± 0.8 ²⁾
口中酸/苦味	3.08 ± 1.2	0.72 ± 0.3 ^{2,3)}	0.4 ± 0.2 ^{2,3)}	3.0 ± 1.1	1.5 ± 0.8 ²⁾	1.0 ± 0.4 ²⁾
胃中不适感	3.52 ± 1.1	0.62 ± 0.9 ^{2,3)}	0.5 ± 0.8 ^{2,3)}	3.5 ± 0.5	1.2 ± 0.4 ²⁾	0.8 ± 0.32 ²⁾
总积分	12.61 ± 2.6	3.9 ± 0.6 ^{2,3)}	2.42 ± 0.5 ^{2,3)}	12.8 ± 2.7	6.8 ± 0.9 ²⁾	4.2 ± 0.8 ²⁾

2.3 两组患者治疗前后 RDQ 总积分比较 两组治疗 4 周时比较,治疗组 RDQ 总积分下降明显优于对照组 ($P < 0.01$);1 月后随访比较,在 RDQ 总积分变化方面组间差异仍有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组病例治疗前后 RDQ 总积分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗 4 周	随访
治疗	56	21.24 ± 4.9	8.2 ± 3.2 ^{2,3)}	6.4 ± 2.22 ^{1,3)}
对照	50	22.4 ± 5.6	14.0 ± 4.2 ²⁾	10.0 ± 3.0 ²⁾

2.4 两组患者临床总体疗效比较 治疗组显效率和总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者临床总体疗效比较 例 (%)

级别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 %
治疗	56	5	35 (62.5) ¹⁾	15	1	(98.21) ¹⁾
对照	50	1	20 (40.0)	26	3	(94.0)

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

胃食管反流病 (GERD) 病因复杂,其主要发病机制是食管抗反流防御机制下降,反流物对食管黏膜攻击并作用的结果。反流存在的时间越长,对食管黏膜造成的损伤越重^[8]。因此,及时正确治疗胃食管反流病具有重要意义。中医认为脾主运化,升则健,胃主受纳,降则和。肝随脾升,胆随胃降,诸脏和谐,纳化有常,升降协调,疏泄调达,脾胃功能才能

正常发挥。若脾胃升降失司,或由于情志不遂,思虑过度,以致肝胆失于疏泄,横逆犯胃;饮食不节,饮酒无度灼伤胃腑;或素罹胆病,胆邪犯胃,湿热中阻,以致浊阴不降,胃气反逆,导致本病的发生。名老中医高忠英教授提出本病的基本病因病机为脾虚胃燥,运化失健。借鉴现代医学先进的检查手段,结合胃镜和病理检查结果,做为治疗和评价临床疗效的重要依据。在治疗中,突出了辨病与辨证相结合的思想,辨病即结合胃镜下黏膜红肿、糜烂等现状,有针对性的选择临床用药;辨证即按照中医辨证论治的思路进行治疗。最终拟订出益气健脾、和胃降逆为治疗本病的基本治则。基本方中太子参为健脾益气之品,其滋补力缓,健脾养胃。白术健脾燥湿,益气,助太子参以益气健脾。太子参与甘草健中有保护食管黏膜之功。黄连、吴茱萸苦辛合并,清泻肝火抑制胃酸,舒肝和胃制酸止痛。半夏和胃降逆,瓦楞子、乌贼骨能抑制胃液分泌,降低总酸排出量及胃蛋白酶活性,具有修复溃疡的作用。川贝母、天花粉配伍,可修复受损的胃黏膜 (或糜烂或溃疡),并能养阴生津,改善胃燥诸证。临床加减应用中,伴胆汁反流者,加用枳实,郁金,白芍;三者相伍疏肝利胆,减轻腹压,柔肝缓中止痛。反酸严重且舌红者者加用旋复花、代赭石,和胃降气,减少食管反流;大便干燥

加味茵陈蒿汤联合西医常规治疗新生儿
病理性黄疸 68 例临床观察

杨芙蓉*

(荆门市第一人民医院新生儿科,湖北 荆门 448000)

[摘要] **目的:**观察加味茵陈蒿汤联合西医常规治疗新生儿病理性黄疸的临床疗效。**方法:**68 例新生儿病理性黄疸患儿,随机分为两组,其中对照组单纯予以西医常规治疗,治疗组在对照组基础上予以加味茵陈蒿汤治疗,治疗结束后比较两组患儿的临床疗效。**结果:**治疗组总有效率为 91.2%,对照组总有效率为 73.5%,治疗组临床疗效明显高于对照组($P<0.05$)。与对照组相比,治疗组血清总胆红素明显下降($P<0.05$);治疗组黄疸消退时间明显短于对照组($P<0.05$)。**结论:**采用加味茵陈蒿汤联合西医常规治疗新生儿病理性黄疸的疗效优于单纯西医常规治疗。

[关键词] 病理性黄疸;新生儿;茵陈蒿汤

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)06-0260-02

新生儿病理性黄疸是临床新生儿常见病、多发病,是由于胆红素代谢异常引起血中胆红素水平升高,临床主要以以新生儿出生后皮肤、面、目出现黄疸为特征。血中未结合胆红素过高在新生儿可引起胆红素脑病,可造成神经系统后遗症,甚则新生儿死亡^[1]。本文应用加味茵陈蒿汤联合西医常规治疗新生儿病理性黄疸,取得了不错的临床疗效。

[收稿日期] 2010-12-10
[通讯作者] * 杨芙蓉,研究方向:副主任医师,从事新生儿疾病研究,Tel: 0724- 2305120

者可加酒大黄泻下通便;肝郁者加柴胡、香附以疏肝解郁。全方共使中焦健运、气机调畅、燥热亦清而反流自止。胃气和降,食管黏膜破损得以修复。本方切中病机,故临床取效良好。临床实践证明,益气健脾和胃降逆法治胃食管反流病有良好疗效,可明显改善临床症状。我们在治疗中也发现在改善胸骨后烧心感和胸口痛两个方面,结束治疗初期,中药组无明显优势,但停药 1 月随访,中药组的远期疗效比西药组明显。

[参考文献]

[1] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志,2010,51(9):844.
[2] 潘国宗,许国铭,郭慧平,等. 北京、上海胃食管反流症状的流行病学观察[J]. 中华消化杂志,1999,19(4):223.

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院 2009 年 12 月 - 2010 年 9 月新生儿科住院病理性黄疸患儿,所有均符合新生儿病理性黄疸诊断标准^[2],并经实验室检查确诊。全部病例随机分为对照组和治疗组。其中对照组 34 例,男 21 例,女 13 例,胎龄(38.6 ± 3.5)周,出生体重(3.37 ± 0.36)kg;病程最长 13 d,最短 3 d;主要病因:感染因素 15 例、母乳性黄疸 9 例、溶血因素 6 例、头颅血肿 1 例,原因不明者 3 例。治疗组 34 例,男 19 例,女 15 例,胎龄(38.9 ± 3.2)周,出生体重(3.35 ± 0.33)kg;病程最长 15 d,最短 4 d;主要病

[3] 袁耀宗,邹多武,汤玉茗编译. 胃食管反流病的蒙特利尔(Montreal)定义和分类—基于循证医学的全球共识[J]. 中华消化杂志,2006,26(10):686.
[4] 林三仁,许国铭,胡品津,等. 2006 年中国胃食管返流病共识意见[J]. 胃肠病学,2007,12(4):233.
[5] 李乾乾,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.
[6] Lundell L R, Dent J, Bennette J R, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlate and further validation of the Los Angeles classification[J]. Gut,1999,45(2):172.
[7] 郑筱萸. 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.
[8] 王海勇,俞杏萍,郁敏敏. 莫沙必利治疗反流性食管炎的近期疗效[J]. 中国新药与临床,2002,21(40):604.

[责任编辑 何伟]