

# 柴胡温胆汤治疗胆汁反流性胃炎湿热型疗效观察

王海燕, 王健

深圳市宝安区中医院, 广东 深圳 518133

**[摘要]** 目的: 观察柴胡温胆汤治疗胆汁反流性胃炎湿热型的临床疗效。方法: 将符合纳入标准的 60 例胆汁反流性胃炎湿热型患者按照随机原则分为治疗组和对照组各 30 例, 对照组给予常规西药处理, 治疗组给予柴胡温胆汤。疗程均为 4 周。治疗前后观察各主要症状积分。结果: 各症状积分治疗前比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。各项症状积分治疗后与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 与对照组治疗后比较, 治疗组除泛酸或吐苦水症状外, 其他各症状积分改善均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 柴胡温胆汤治疗胆汁反流性胃炎湿热型, 可以有效改善患者的主要临床症状。

**[关键词]** 胆汁反流性胃炎; 柴胡温胆汤; 湿热型

**[中图分类号]** R571 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)07-0055-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.026

胆汁反流性胃炎是由于胆汁反流而引起胃黏膜损伤的慢性胃炎, 是胃炎的一种特殊的类型, 也是消化内科常见病。目前尚无特效治疗方法, 临床多选用质子泵抑制剂、抗生素和胃动力药等, 但远期疗效并不理想。笔者应用柴胡温胆汤治疗胆汁反流性胃炎湿热型患者, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 3 月~2013 年 11 月收治的胆汁反流性胃炎湿热型患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例, 男 15 例, 女 15 例; 年龄 27~77 岁; 病程 1~13 年。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 26~74 岁; 病程 0.5~12 年。2 组年龄、性别、病情等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《胆汁反流性胃炎》<sup>[1]</sup>及《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》<sup>[2]</sup>拟定。胆汁反流性胃炎诊断标准: ①临床主要表现为持续性或频发性上腹部疼痛、闷胀, 餐后不缓解或加重, 胃部有灼热、嗝气、呕恶; ②经胃镜检查可见胆汁反流入胃, 幽门口松弛、关闭不全, 胃黏膜充血水肿或糜烂, 黏液呈黄绿色混浊。脾胃湿热型诊断标准: 主症: 胃脘灼热胀痛, 口苦口臭, 脘腹痞闷、渴不欲饮, 舌质红、边尖深红、苔黄厚或腻; 次症: 胃黏膜急性活动性炎症、充血糜烂明显, 小便黄, 脉滑或濡数。证型确定: 具备主症 2 项加次症 1 项。

1.3 排除标准 不能接受胃镜检查者; 有消化性溃疡和其他胃肠道器质性病变者; 有严重心肝肾功能不全、酗酒者; 妊娠

或哺乳期妇女; 入选前 1 月内服用抗生素、抑酸剂及其他影响胃肠动力药者, 有药物过敏史者。

## 2 治疗方法

所有患者常规戒烟酒, 忌食脂肪丰富的食物, 睡觉时抬高床头, 而且在睡前 3 h 时避免进食。

2.1 对照组 口服枸橼酸莫沙必利分散片(新络纳), 每次 5 mg, 每天 3 次, 餐前 30 min 温开水送服; 铝碳酸镁(达喜), 每次 1 g, 每天 3 次, 餐后嚼碎服下。

2.2 治疗组 给予柴胡温胆汤口服, 处方: 柴胡、黄芩、法半夏、陈皮、竹茹各 10 g, 茯苓、枳实各 20 g。由本院煎药室自动煎药机煎煮为 1 剂 2 包, 每次 1 包, 每天 2 次。呕吐甚者加用生姜; 下腹胀者加平胃散; 嗝气明显者加旋复花、代赭石; 反酸者加黄连、吴茱萸、海螵蛸; 食滞纳呆者加焦三仙、鸡内金、莱菔子; 口干口苦者加藿香、佩兰; 伴有夜寐欠佳者, 法半夏加量至 15 g, 茯苓可加量至 40 g, 同时可酌情选用酸枣仁、合欢花等安神定志之品。

疗程为 4 周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状积分判定标准: 将胃脘疼痛或痞胀、恶心或呕吐、泛酸或吐苦水、嗝气等临床症状的严重程度及发作频率进行详细记录和评分。按临床症状严重程度区分: 轻度为 1 分, 患者需经他人提醒才能想起有上述临床症状; 中度为 2 分, 患者主诉有上述不适症状, 但对日常生活无明显影响; 重度为 3 分, 患者主诉有上述不适症状, 且对日常生活有较大

[收稿日期] 2014-01-23

[作者简介] 王海燕 (1977-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中医药防治老年病。

的影响。按症状发作频率区分：轻度为1分，间隔3~4天临床症状发作1次；中度为2分，隔日临床症状发作1次；重度为3分，临床症状每日均有发作。

3.2 统计学方法 计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用成组比较的 $t$ 检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 治疗结果

2组治疗前后各项主要症状积分比较，见表1。各症状积分治疗前比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。各项症状积分治疗后与治疗前比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；治疗组与对照组治疗后比较，除泛酸或吐苦水症状外，其他各症状积分比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后各项主要症状积分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	时间	胃脘疼痛或痞胀	恶心或呕吐	泛酸或吐苦水	嗝气
治疗组	治疗前	3.56±0.51	2.75±0.61	2.25±2.15	1.41±0.49
	治疗后	0.32±0.12 <sup>①②</sup>	0.15±0.34 <sup>①②</sup>	0.65±0.94 <sup>①</sup>	0.12±0.24 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	3.57±0.53	2.66±0.77	2.20±2.03	1.30±0.50
	治疗后	0.87±0.14 <sup>①</sup>	0.47±0.36 <sup>①</sup>	0.75±0.89 <sup>①</sup>	0.52±0.20 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

#### 5 病案举例

刘某，女，45岁。主诉：胃脘痞胀不适，反复发作5年。患者胆汁反流性胃炎病史5年，就诊时，胃脘痞胀，偶有胃痛，泛酸，口苦，嗝气，恶心欲吐，同时伴有头昏目胀，夜寐欠安，胃纳欠佳，脉滑，苔白厚质红。辨证为痰热内结，胃失和降。手足少阳经皆上头，皆与耳目相关，今湿热熏蒸于上，故出现头昏目胀。治宜清热化痰，调畅枢机，方用柴胡温胆汤。处方：柴胡、黄芩、陈皮、黄连、当归、川芎、天麻、鸡内金各10g，法半夏、海螵蛸各15g，茯苓40g，枳实25g，吴茱萸6g，钩藤30g。每天1剂，水煎服。服药2周后，胃痛、嗝气、恶心、泛酸、口苦等基本缓解，胃脘痞塞感、头昏较前减轻，夜寐好转。予原方另加炒莱菔子15g，甘松10g，又2周后，症状消失。

#### 6 讨论

胆汁反流性胃炎在消化系统疾病中较常见，临床表现为胃部严重不适，饭后症状明显加重，同时可伴有呕吐、恶心、反酸、腹胀、嗝气、肠鸣、消瘦、食欲减退等症状，症状严重者可出现胃出血。反流的胆汁酸可严重损害非特异性组织，直接损失胃黏膜屏障，最终引起反流性胃炎<sup>[3]</sup>。胃黏膜损伤是多因素协同作用的结果，主要损害部位在胃窦部<sup>[4]</sup>。反流胆汁中含有大量非结合胆汁酸和胆盐，破坏上皮细胞脂蛋白层，降低胃黏膜上皮的跨膜电位，使胃黏膜表皮细胞大量溶解，造成永久性损伤；胆汁中的胆盐溶解胃黏膜上皮细胞的脂质成分，削弱胃黏膜表面的黏液层，还在胃窦部刺激胃泌素释放，增加胃酸分泌，加剧胃黏膜损害；胆汁酸和胆盐可使线粒体内氧化磷

酸化过程脱耦联，并抑制ATP酶活性，使上皮细胞的 $H^+$ - $K^+$ 交换障碍，破坏胃黏膜屏障功能，使胃液中 $H^+$ 反向弥散入胃黏膜，激活胃蛋白酶原，使黏膜自我消化，同时刺激黏膜内的肥大细胞释放组胺，引起黏膜炎症、出血、糜烂、溃疡，甚至癌变<sup>[5-6]</sup>。因此，对胆汁反流性胃炎的积极治疗有重要意义。

本病属于中医学嘈杂、胃脘痛、痞满等范畴，《灵枢·四时气第十九》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。”其病位在胃，与肝、胆、脾等脏腑功能失调关系密切，而脾胃运化失常是本病发病的关键。饮食不洁、情志过激等因素导致肝胆气郁，脾失健运，胃失和降，胆汁不入肠中助脾运化反上逆于胃从而发为本病。脾胃失运渐酿湿生热，易致中焦湿热，故又以脾胃湿热型常见。柴胡温胆汤乃小柴胡与温胆汤之合方。梅国强<sup>[7]</sup>所用柴胡温胆汤之基本组成为柴胡、黄芩、法半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实，若呕恶者加生姜。因其少阳枢机不利，胆火内郁，更兼湿热阻遏，故去人参、甘草、大枣，并认为不论其来路如何，其病机均属湿(痰)热内阻，或影响胆胃，或上扰心窍、清阳，或使三焦不利。若属外感湿热，多呈湿热阻遏三焦之象，病在半表半里之间。其功效不仅是二者的叠加，而且依据湿热相火之病机规律，再随证加减。许多患者对于胃镜检查仍有畏惧情绪，因此治疗后许多患者未接受胃镜复查。但是柴胡温胆汤治疗胆汁反流性胃炎湿热型，对于缓解各项临床症状均有较好的疗效，可以在临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 胡品津. 胆汁反流性胃炎[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(1): 45-46.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172-175.
- [3] 高素华. 铝碳酸镁和多潘立酮治疗胆汁反流性胃炎30例[J]. 药物与临床, 2006, 7(3): 21.
- [4] 孙勇. 马来酸曲美布汀联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的疗效研究[J]. 临床消化病杂志, 2013, 25(3): 143-146.
- [5] 许国铭. 胆汁反流相关性疾病[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 127.
- [6] Bechi P, Amorosi A, Mazzanti R, et al. Reflux related gastric mucosal injury is associated with increased mucosal histamine content in humans [J]. Gastroenterology, 1993, 104: 1057.
- [7] 梅国强. 加减柴胡温胆汤临证思辨录[J]. 湖北中医杂志, 2008, 10(40): 78-81.

(责任编辑: 骆欢欢)