

性检验验证, 归纳总结 SAS 的 5 个中医证候分型: 痰湿证、痰热壅肺证、脾气虚证、肺肾气虚证、瘀血证, 其中痰湿证与脾气虚证占了总比例超过 50%。研究纳入病例绝大部分属于广东地区患者, 独特的地域气候特征, 独特的人群体质, 不排除对于该病的中医证型分布的影响。《岭南卫生方》亦有记载“岭南既号炎方, 而又濒海, 地卑而土薄。炎方土薄, 故阳燠之气常泄; 濒海地卑, 故阴湿之气常盛。”<sup>[9]</sup>其中“阳燠之气常泄”和“阴湿之气常盛”较好地总结了岭南气候对人群体质影响的特点; 重点突出了热则耗气, 湿则碍脾, 二者均与脾胃相关。邓铁涛教授则认为, 岭南这种每年长达半年或更长的炎热潮湿的气候, 经历千百年来逐渐形成了岭南人脾气虚弱兼有痰湿的特有体质。因此广东地区 SAS 的证候的形成特点, 与岭南地域气候特点有一定的相关性。

SAS 的中医辨证治疗可从气虚、痰湿、痰热、

瘀血的病机出发, 以益气活血、化湿、清热化痰、宣肺、健脾补肾等为原则。而结合广东地区的地域特点及发病证型规律, 健脾祛湿化痰应贯穿在整个治疗过程中。

#### [参考文献]

- [1] Ferini-Strambi L, Fantini ML. Epidemiology of obstructive sleep apnea syndrome [J]. *Minerva Med*, 2004, 95(3): 187-202.
- [2] Zhou XS, Rowley JA, Demirovic F, et al. Effect of testosterone on the apneic threshold in women during NREM sleep [J]. *J Appl Physiol*, 2003, 94(1): 101-107.
- [3] 释继洪. 岭南卫生方·李侍制瘴疟论(影印本)[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1983: 1-2.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 胃炎汤与莫沙比利联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎疗效对比观察

唐小芳

嵊州市康复护理医院, 浙江 嵊州 312400

**[摘要]** 目的: 观察胃炎汤与莫沙比利联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的疗效对比情况。方法: 将 124 例胆汁反流性胃炎患者随机分为观察组和对照组各 62 例, 对照组给予枸橼酸莫沙比利与铝碳酸镁咀嚼片联合方案治疗, 观察组给予胃炎汤治疗, 2 组均治疗 2 月。观察 2 组的治疗效果、临床症状积分和 24 h 反流总次数。结果: 治疗总有效率观察组为 91.94%, 对照组为 88.71%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组临床症状评分和 24 h 反流总次数均较治疗前减少 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后 2 项指标比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 胃炎汤治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效与莫沙比利联合铝碳酸镁治疗方案相当, 均可有效改善患者的临床症状, 减少反流总次数, 值得在临床推广使用。

**[关键词]** 胆汁反流性胃炎; 胃炎汤; 枸橼酸莫沙比利; 铝碳酸镁咀嚼片

**[中图分类号]** R571 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0086-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.033

胆汁反流性胃炎属于消化内科的常见疾病, 是由于幽门括约肌的功能失调或者手术因素导致含有胆

汁、胰液等的十二指肠内容物反流到胃后, 胃酸破坏了胃黏膜的屏障, 最终引发患者胃酸弥散增多, 造成

[收稿日期] 2014-07-23

[作者简介] 唐小芳 (1974-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中医内科。

胃黏膜发生慢性炎症<sup>[1]</sup>。目前,现代医学主要采取抑制胃和十二指肠逆蠕动,加速胃排空,减少胆汁反流的治疗方法,可以起到胃黏膜保护效果,但是随着药物的广泛应用,部分患者疗效一般,而且容易出现复发<sup>[2]</sup>。近年来,中医药治疗本病取得显著的效果,因此,笔者考虑采用中药方胃炎汤治疗。本观察对比了胃炎汤同莫沙比利与铝碳酸镁联合方案在治疗胆汁反流性胃炎方面的效果,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 符合胆汁反流性胃炎诊断标准,临床症状可见上腹部灼热、胀闷、疼痛,伴有恶心呕吐、食欲不振,服用碱性药物无法缓解,经胃镜检查可见胃黏膜呈现不同程度水肿、充血、粗糙或者糜烂,表面可见黄绿色胆汁<sup>[3]</sup>。中医诊断:症状可见胃脘疼痛、胀满,可伴有烧心、胸闷纳差、嗝气吞酸,胃痛攻窜两胁肋,进食辛辣后可加重或者复发,舌红、苔黄腻,脉弦。年龄 18~70 岁。自愿接受临床治疗,签署知情同意书。

1.2 排除标准 有食管、胃、十二指肠、胆囊疾病手术病史;胃切除术后引发继发性胆汁反流性胃炎的患者;伴有严重心、肝、肾功能不全的患者;恶性肿瘤和胃泌素瘤患者;孕妇及哺乳期妇女。

1.3 一般资料 124 例观察病例均来源于 2013 年 5 月~2014 年 5 月本院消化内科收治的胆汁反流性胃炎患者,按照随机数字表法随机分为观察组和对照组各 62 例。观察组男 41 例,女 21 例;年龄 31~69 岁,平均(53.15±5.27)岁;病程 1~7 年,平均(3.63±1.28)年。对照组男 42 例,女 20 例;年龄 34~69 岁,平均(53.52±5.17)岁;病程 1~8 年,平均(3.58±1.31)年。2 组性别、年龄等一般资料比较,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方案

2.1 对照组 给予莫沙比利联合铝碳酸镁治疗。枸橼酸莫沙比利(山西亚宝医药经销有限公司,国药准字 H20090158),每次 5 mg,每天 3 次,餐前 30 min 服用;铝碳酸镁咀嚼片(修正药业集团长春高新制药有限公司,国药准字 H20065569),每次 0.5 g,每天 1 次,睡前咀嚼后服下。治疗 2 月。

2.2 观察组 给予胃炎汤加减治疗,具体用方如下:党参、茯苓、醋柴胡、醋香附、枳实、白芍各 15 g,白术 12 g,甘草、陈皮、法半夏、竹茹、黄连各

6 g。胃脘胀满者加木香、莱菔子;疼痛明显者加延胡索;反酸明显者加白及;嗝气明显者加代赭石。上述药物每天 1 剂,水煎,取药液 300 mL 分早晚 2 次温服。治疗 2 月。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用 4 级评分法对患者临床症状进行评分,分别包括腹痛、饱胀感、食欲下降、烧心、嗝气、呕吐 6 个症状,依据无、轻、中、重记为 0、1、2、3 分。采用胃内胆红素监测记录 2 组 24 h 反流总次数情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS19.0 软件进行统计学分析,计量数据均以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验;计数数据均以百分率表示,应用  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  作为存在统计学差异。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准<sup>[4]</sup> 痊愈:临床症状完全消失,胃镜检查胆汁反流消失,黏膜组织病变完全恢复正常;有效:临床症状和体征明显改善,胃镜检查胆汁反流减少,黏膜组织病变好转;无效:临床症状和体征无变化或者加重,胃镜检查胆汁反流加重,黏膜组织病变未见改善或者加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗总有效率观察组为 91.94%,对照组为 88.71%,2 组比较,差异无显著性意义( $P>0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效率(%)
		痊愈	有效	无效	
观察组	62	41(66.13)	16(25.81)	5(8.06)	91.94
对照组	62	38(61.29)	17(27.42)	7(11.29)	88.71

4.3 2 组治疗前后临床症状评分和 24 h 反流总次数比较 见表 2。治疗后,2 组临床症状评分和 24 h 反流总次数均较治疗前减少 ( $P<0.05$ )。2 组治疗后 2 项指标比较,差异均无显著性意义( $P>0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后临床症状评分和 24 h 反流总次数比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	临床症状评分(分)		24 h 反流总次数(次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	62	15.73±1.59	6.63±0.88	36.79±19.65	18.95±11.23
对照组	62	16.01±1.51	6.78±0.89	37.09±18.98	19.66±11.25

与治疗前比较,① $P<0.05$

## 5 讨论

胆汁反流性胃炎是由于过多的含有胆汁、胰液等的十二指肠内容物反流到胃内引发的胃黏膜炎症反应,属于胃窦与十二指肠运动失衡的一种病理征象。正常生理状态下,胃和十二指肠运动很少发生胆汁的反流,但是当胃肠动力出现紊乱时,十二指肠发生逆蠕动,一旦幽门开放就会产生十二指肠、胃反流,当反流的频率升高且持续时间较长时就会引发胃损伤<sup>[5-6]</sup>。十二指肠液中含有的胆汁、胰酶均可以损伤胃黏膜屏障,而回流的胆汁刺激了胃泌素释放,进一步促进了胃酸分泌,加剧胃黏膜受损。此外,胆汁中的胆汁酸可以激活卵磷脂酶 A,使体内卵磷脂变为溶血卵磷脂,破坏胃黏膜上皮,最终发生胃黏膜的充血、水肿与糜烂,严重者还会引发溃疡甚至胃癌的发生<sup>[7]</sup>。现代医学主要以抑制胃与十二指肠逆蠕动、加速患者胃排空为主的治疗方案,减少胆汁的反流,保护胃黏膜,目前临床上最为常用的是莫沙比利联合铝碳酸镁方案,取得了较好的治疗效果,但部分患者临床治疗效果降低,部分患者治疗后容易出现复发。

中医学认为本病属于嘈杂、吐酸、胃脘痛等疾病范畴,病位在肝、胆、脾、胃,病因十分复杂,病机为饮食不节、过食肥甘厚味后,造成脾胃受损,肝失疏泄,胆汁排泄不畅,最终上逆于胃形成此病。中医学认为胆的生理功能为贮藏与排泄胆汁,可以起到助脾胃作用,胆汁为肝脏余气,分泌、排泄与肝脏的疏泄调节具有密切关系,因此,肝气郁结、肝气过旺均会造成胆汁不循常道,上逆于胃,损伤胃黏膜<sup>[8]</sup>。笔者采用自拟胃炎汤进行治疗,方中党参健脾益气,茯苓淡渗利湿、健脾,白术健脾燥湿,甘草缓急止痛;柴胡疏肝解郁、行气止痛,法半夏燥湿化痰、降逆止呕,两药合用能起到疏肝利胆、止呕的作用;陈皮可协助半夏消痞散积,白芍酸甘化阴,平肝缓急止痛,香附疏肝理气、解郁止痛,有增强柴胡疏肝理气之功,竹茹可以清热化痰,除烦止呕,枳实可以消痞,荡涤肠胃积滞,通腑理气;黄连大苦大寒,可泻中焦肝胆、脾胃之火<sup>[9-10]</sup>。诸药合用,共奏疏肝理气、补益脾胃之效,可以起到抗炎、增强胃黏膜防御功能的作用,同时还具备了增强胃肠动力、镇痛的功效,可明显减轻患者的临床症状,提高患者的生活质量。本

研究结果显示,观察组治疗总有效率为 91.94%,对照组为 88.71%,组间比较,差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),说明胃炎汤治疗的效果与经典的莫沙比利联合铝碳酸镁方案相当。2 组治疗后临床症状评分和 24 h 反流总次数均减少,说明胃炎汤可以有效改善患者的临床症状和体征,但是 2 组比较,差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),说明胃炎汤改善患者临床症状方面的疗效和莫沙比利联合铝碳酸镁方案相当,可以在临床上放心使用。

综上所述,胃炎汤治疗胆汁反流性胃炎临床疗效可靠,能够减少患者反流次数,有效改善患者临床症状,值得在临床上推广使用。

## [参考文献]

- [1] 苏畅,陈斌.联合应用泮托拉唑、铝碳酸镁和莫沙比利治疗胃食管反流病疗效观察[J].现代预防医学,2011,38(8):1567-1568,1571.
- [2] 赵新华,冯琦,冯凯祥,等.泮托拉唑联合铝碳酸镁治疗胆囊切除术后胆汁反流性胃炎的研究[J].现代消化及介入诊疗,2013,18(1):34-36.
- [3] 贾永红.莫沙比利联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎临床研究[J].中国民康医学,2013,25(2):35,113.
- [4] 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.
- [5] 黎可京,邱小蕾.莫沙比利联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的疗效分析[J].检验医学与临床,2014,11(8):1046-1047.
- [6] Peitz U, Wex T, Vieth M, et al. Correlation of serum pepsinogens and gastrin-17 with atrophic gastritis in gastroesophageal reflux patients: a matched-pairs study [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2011, 26(1): 82-89.
- [7] 张玲.莫沙比利联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎 50 例疗效分析[J].现代诊断与治疗,2012,23(7):1019-1020.
- [8] 马群,马健,马山.疏肝活血祛湿汤治疗胆汁反流性胃炎 50 例[J].中国中医急症,2013,22(10):1788-1789.
- [9] 毛靓瑶,邹维,张芳侠.半夏泻心汤加减治疗胆汁反流性胃炎 35 例[J].陕西中医,2013,34(9):1121-1122.
- [10] 何慧,王伟,彭卓瑜,等.加味柴芍六君颗粒治疗原发性胆汁反流性胃炎的临床观察[J].时珍国医国药,2013,24(11):2689-2690.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)