

疏肝清胆汤治疗胆汁反流性胃炎(胆火犯胃型)疗效观察

巩绪恒

新沂市中医医院, 江苏 新沂 221400

[摘要] 目的: 观察疏肝清胆汤治疗胆汁反流性胃炎(胆火犯胃型)临床疗效。方法: 将 80 例胆汁反流性胃炎患者, 随机分为 2 组, 各 40 例。治疗组予疏肝清胆汤口服; 对照组予铝碳酸镁片、伊托比利分散片口服。2 组均连续治疗 5 周。结果: 临床总有效率治疗组 95.0%, 对照组 77.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。胆汁反流总有效率治疗组 90.0%, 对照组 52.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 疏肝清胆汤治疗胆汁反流性胃炎(胆火犯胃型) 疗效显著。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 疏肝清胆汤; 铝碳酸镁片; 伊托比利分散片

[中图分类号] R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0062-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.028

胆汁反流性胃炎(Bile Reflux Gastritis, BRG)发病率较高, 目前西医的治疗方法仍不够理想。中医治疗本病具有一定的优势。笔者采用疏肝清胆汤治疗胆汁反流性胃炎(胆火犯胃型), 收到较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2012 年 6 月—2014 年 2 月本院胆汁反流性胃炎患者, 共 80 例, 随机分为 2 组。治疗组 40 例, 男 17 例, 女 23 例; 年龄 19~57 岁, 平均 40.6 岁; 病程 1 月~7 年, 平均 2.1 年。对照组 40 例, 男 14 例, 女 26 例; 年龄 20~56 岁, 平均 39.6 岁; 病程 1 月~7 年, 平均 2 年。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《胃肠动力学组胃食管反流病治疗共识意见(2007·西安)》^[1]标准。临床症状: 胃脘灼痛, 呃逆嗳气, 口苦而干, 嘈杂呕吐, 大便干结, 小便黄赤, 舌质红、苔黄, 脉弦数。均经胃镜检查确诊为胆汁反流性胃炎。中医辨证为胆火犯胃型。

1.3 分级标准 参照《实用中西医结合诊断治疗学》^[2]。级: 少量黄色泡沫从幽门口冒出; 级: 大量黄色泡沫从幽门口冒出; 黄色泡沫布满胃内大部。

1.4 排除标准 不能接受胃镜检查者; 有消化道溃疡和其它胃肠道器质性病变者; 合并有心血管和血液系统严重原发疾病及精神病患者; 妊娠或哺乳期妇女; 过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予以自拟疏肝清胆汤。方药: 柴胡 12 g, 白芍

10 g, 龙胆草 9 g, 栀子、制大黄各 6 g, 黄连、吴茱萸各 3 g, 白术、苏梗、瓦楞子各 15 g, 乌贼骨 20 g, 竹茹 30 g。加减: 胃脘灼痛, 口苦而干, 小便黄赤等症减轻后, 龙胆草减至 6 g, 去栀子加党参 10 g, 茯苓 15 g, 炙甘草 6 g。大便正常减制大黄。水煎服, 每天 1 剂, 每天 2 次。

2.2 对照组 予铝碳酸镁片 0.5g(拜耳医药保健有限公司生产), 三餐后 1 h 嚼服; 伊托比利分散片 50 mg(迪沙药业集团有限公司生产), 三餐前 0.5 h 服。

嘱患者戒烟酒, 饮食清淡, 畅情志, 2 组均连服 5 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组临床疗效及胆汁反流疗效。

3.2 统计学方法 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈: 胃镜检查胆汁反流消失, 炎症消退或基本消退; 症状消失, 半年后复查未复发者。显效: 胃镜检查胆汁反流减轻 1 个级度, 炎症明显好转; 症状基本消失, 半年后偶有发作, 疼痛症状减轻者。好转: 胃镜检查胆汁反流减轻 ≤ 1 个等级, 炎症减轻; 主要临床症状减轻。无效: 临床症状和胃镜检查无明显改善者或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。临床总有效率治疗组 95.0%, 对照组 77.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4.3 2 组胃镜检查胆汁反流疗效比较 见表 2。胆汁反流总有效率治疗组 90.0%, 对照组 52.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

[收稿日期] 2015-05-21

[作者简介] 巩绪恒 (1975-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 脾胃疾病。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	16(40.0)	13(32.5)	9(22.5)	2(5.0)	95.0
对照组	40	7(17.5)	10(25.0)	14(35.0)	9(22.5)	77.5

与对照组比较, ① $P < 0.01$

表 2 2 组胃镜检查胆汁反流疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	10(25.0)	11(27.5)	15(37.5)	4(10.0)	90.0
对照组	40	2(5.0)	8(20.0)	11(27.5)	19(47.5)	52.5

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

胆汁反流性胃炎属于中医学胃脘痛、嘈杂、呕吐范畴。《灵枢·四时气论》对胃脘痛伴口苦或呕苦有描述“善呕，呕有苦……邪在胆，逆在胃，胆汁泄则口苦，胃气逆则呕苦。”其病机要点正如《医宗金鉴》谓“肝胆之火逆于胃”，《长沙药解》云：“甲木之升，缘于胃气之逆”，后世《张世医通》又云：“邪在胆经，木善上乘于胃，吐则逆而胆汁溢，所以呕苦”。盖胆者，乃中精之腑，以通为用，功能为储藏和排泄胆汁以助消化。胃居膈下，与脾相表里，主受纳水谷之腐化，以降为顺。如果邪在胆，影响脾胃升降功能，肝胆因而乘之侮之，脾气当升不升，胃气当降不降，胆不随胃降，从而产生胆胃不和，胆火横逆犯胃，胃气不降，胆汁不循常道，反流于胃，则症见胃脘灼痛，口苦而干，嘈杂呕吐，呃逆暖气，大便干结，小便黄赤。黄元御《四圣心源》云：“肝气宜升，胆火宜降，然非脾气之上逆，则肝气不升，然非胃气之下行，则胆火不降。”总之，本病的病因病机是“邪在胆，逆在胃”，本病位在胃，但与肝胆关系密切。疏肝清胆汤基于“邪在胆，逆在胃”的病机组方。治疗原则疏肝清胆，降气和胃。方中柴胡为主药，疏肝利胆，升发脾气，有促进胃肠蠕动，加速胃排空，提高幽门括约肌收缩程度，防止反流的功用^[3]；白芍柔肝和营；苏梗行气顺气；龙胆草“专泄肝胆之火”（《药品化义》）；栀子为苦寒之品直折胆火之邪，能促进胆汁分泌，有利胆作用；制大黄、白术泻胃腑之热；竹茹清热和胃、降逆止呕；乌贼骨的主要成分为磷酸钙和胶质，属碱性，既能中和胃酸，又能扩张胃黏膜血管，具有促进炎症吸收、减轻疼痛、活血化

瘀和制酸作用^[4]；瓦楞子、黄连、吴茱萸疗嘈杂反酸。本方苦寒之品较多，久用易伤脾胃，故在治疗好转之后减少苦寒之品，同时加四君子汤以健运脾胃，勿使脾胃受损。诸药合用，火清热退，胃气和降，用于胆火犯胃疗效较好。

现代医学认为，胆汁反流性胃炎多因幽门功能性障碍导致胃排空能力降低引发十二指肠内压力升高，胆汁等十二指肠内容物反流刺激胃黏膜屏障引发胃黏膜损伤^[5]。铝碳酸镁片具有抗酸、保护胃黏膜的作用，对胆盐也有较强的吸附作用；伊托必利分散片通过对多巴胺 D₂ 受体的拮抗作用而增加乙酰胆碱的释放，同时通过对乙酰胆碱酶的抑制作用来抑制已释放乙酰胆碱分解，增强胃、十二指肠动力。以铝碳酸镁片、伊托必利分散片作为对照组，疏肝清胆汤明显为优($P < 0.01$)，说明疏肝清胆汤，不仅具有增强胃动力，促进胃肠排空的作用，还具有调整脾胃升降、纠正幽门括约肌功能、阻止胆汁反流作用，从而达到消除炎症、促进糜烂黏膜愈合的目的。笔者认为，本病治疗应以疏肝清除胆汁反流、和胃调整脾胃升降功能为主，佐以治炎的清胆火之品，体现了现代中医辨证求因，审因论治的治本出发点及精髓所在。本观察显示，在患者临床疗效、胃镜胆汁反流疗效治疗组优于对照组，因此疏肝清胆汤治疗胆汁反流性胃炎之胆火犯胃型在临床应用中值得推广。

[参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 胃肠动力学组胃食管反流病治疗共识意见(2007·西安)[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(10): 689-690.
- [2] 陈贵廷, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 435-438.
- [3] 高文芳. 中医疏肝和胃法治疗胆汁返流性胃炎体会(附 36 例)[J]. 医药前沿, 2012, 5(7): 83-85.
- [4] 燕东, 刘绍能. 四逆散合乌贝散加味治疗反流性食管炎 76 例临床观察[J]. 北京中医, 2007, 26(7): 389-390.
- [5] 张小红. 中西医结合治疗胆汁反流性胃炎临床观察[J]. 中国老年保健医学, 2014(4): 122-123.

(责任编辑: 马力)