

气滞胃痛颗粒联合奥美拉唑胶囊治疗胃食管反流病肝胃不和证临床观察

段国辉¹, 叶敏²

1. 余姚市低塘中心卫生院, 浙江 余姚 315490; 2. 余姚市人民医院消化内科, 浙江 余姚 315490

[摘要] 目的: 观察气滞胃痛颗粒联合奥美拉唑胶囊治疗胃食管反流病肝胃不和证患者的临床疗效。方法: 将 120 例患者随机分为观察组和对照组各 60 例。对照组口服奥美拉唑胶囊, 观察组在对照组治疗基础上每天加服气滞胃痛颗粒。2 组疗程为 8 周, 并于停药后 6 月复查。治疗前后评定临床症状、食管黏膜内镜评分; 计算复发率, 并记录复发时食管黏膜内镜评分。结果: 观察组临床疗效总有效率为 96.7%, 对照组为 83.3%, 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 观察组内镜疗效总有效率为 91.7%, 对照组为 78.3%, 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后观察组反流性疾病问卷 (RDQ) 量表反酸、反流、烧心、非心源性胸痛评分及总分均低于对照组 ($P < 0.05$); 经 6 月随访, 对照组复发率为 48.0%, 观察组复发率 25.8%, 对照组复发率高于观察组 ($P < 0.05$); 复发时对照组食管黏膜内镜评分高于观察组 ($P < 0.05$)。结论: 气滞胃痛颗粒联合奥美拉唑胶囊能减轻胃食管反流病肝胃不和证患者的临床症状, 近期和远期疗效均优于单用质子泵抑制剂治疗, 停药后复发率降低, 复发程度减轻。

[关键词] 胃食管反流病 (GERD); 肝胃不和证; 气滞胃痛颗粒; 质子泵抑制剂 (PPI); 复发

[中图分类号] R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0078-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.037

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流入食管引起不适症状的疾病, 可表现为反流性食管炎, 以及咽喉、气道等食管以外组织的损害。其典型临床表现为烧心和反酸。质子泵抑制剂(PPI)为西医治疗本病的首选药物, 此方案短期疗效确切, 但停药后易反复。GERD 6 月内复发率高达 80%~90%^[1], 且长期服用 PPI 有增加肠道感染、贫血、胃癌、骨折的风险。历代医家根据主症的不同, 将本病归于吐酸、吞酸、反胃、痞满、胃脘痛等范畴论治, 积累了丰富的临床经验。气滞胃痛颗粒具有疏肝和胃之功, 用于治疗肝郁气滞、胸痞胀满、胃脘疼痛诸症。本研究观察了气滞胃痛颗粒联合 PPI 奥美拉唑胶囊治疗 GERD 肝胃不和证患者的疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 120 例患者来自于 2013 年 1 月—2014 年 2 月余姚市低塘中心卫生院和余姚市人民医院消化内科。采用随机数字表法将患者分为 2 组。观察组 60 例, 男 35 例, 女 25 例; 年龄 20~63 岁, 平均(35.2±13.8)岁; 病程 10~67 月, 平均(28.1±16.7)月。对照组 60 例, 男 38 例, 女 22 例; 年龄 19~65 岁, 平均(35.3±14.8)岁; 病程 8~70 月, 平均(30.1±16.8)月。2 组性别、年龄、病程比较, 差异均无统计

学意义($P > 0.05$)。

1.2 西医诊断标准 参照《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)》^[2]中的诊断标准。患者有典型的反流症状, 内镜下具有反流性食管炎的特征, 有食管过度酸反流的证据。

1.3 中医辨证标准 肝胃不和证, 症见: 反酸, 暖气, 胃脘胀满, 双胁疼痛, 胸闷, 暖气频繁, 食欲不振, 大便不畅, 舌苔薄白, 脉弦。

1.4 纳入标准 ①符合 GERD 诊断标准, 且辨证为肝胃不和证; ②年龄 18~65 岁; ③完成上消化道内镜检查; ④取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①其他原因所致的食管炎, 如感染性食管炎(真菌性食管炎)、药物性食管炎、腐蚀性食管炎、碱性反流性食管炎、嗜酸性粒细胞性食管炎; ②食管动力性病变, 如失弛缓症、口咽部咽下困难、食管性咽下困难; ③消化性溃疡, 消化道梗阻, 胃、十二指肠手术史; ④严重心、肝、肾、血液等系统疾病, 精神疾病, 自身免疫性疾病, 内分泌疾病, 恶性肿瘤者; ⑤妊娠或哺乳期妇女; ⑥3 天内服用过抑酸药或促胃肠动力药; ⑦未按规定用药, 同时参加其他临床试验者。

2 治疗方法

2.1 对照组 奥美拉唑胶囊[华东医药(西安)博华制药有限公

[收稿日期] 2015-01-25

[作者简介] 段国辉 (1968-), 男, 主治医师, 主要从事内科的临床工作。

司], 每天 2 次, 每次 20 mg, 口服。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上, 口服气滞胃痛颗粒(辽宁华润本溪三药有限公司), 每天 3 次, 每次 5 g, 开水冲服。

2 组疗程均为 8 周, 并于停药后 6 月复查。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床症状评分: 采用反流性疾病问卷(RDQ)量表即耐信量表^[2], 对反酸、反流、烧心、非心源性胸痛的程度及频率进行评分, 治疗前后各评价 1 次。②食管黏膜内镜评分: 采用洛杉矶分级法^[2]对食管黏膜破损程度进行评分, 治疗前后各评价 1 次。③对达到痊愈、显效及有效的患者随访观察 6 月, 计算复发率, 记录复发时食管黏膜内镜评分, 复发定义为较治疗结束时疗效下降 1 个等级及以上。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)》^[3]拟定。①临床疗效评定。痊愈: 反流症状消失, 症状积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 反流症状基本消失, 虽偶有症状但很快消失, $70\% \leq$ 症状积分减少 $< 95\%$; 有效: 反流症状未消失, 但较以前减轻, $30\% \leq$ 症状积分减少 $< 70\%$; 无效: 反流症状未消失, 程度未减轻, 症状积分减少 $< 30\%$ 。②内镜疗效评定。痊愈: 内镜下食管黏膜正常; 显效: 食管黏膜内镜评分下降 2 分及以上; 有效: 食管黏膜内镜评分下降 1 分; 无效: 食管黏膜内镜评分不变或升高。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 96.7%, 对照组为 83.3%, 观察组疗效优于对照组($\chi^2 = 5.48, P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	23	15	12	10	83.3
观察组	60	31	17	10	2	96.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组内镜疗效比较 见表 2。观察组总有效率为 91.7%, 对照组为 78.3%, 观察组疗效优于对照组($\chi^2 = 4.44, P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	20	18	9	13	78.3
观察组	60	30	15	10	5	91.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 RDQ 量表评分比较 见表 3。治疗后, 2 组反酸、反流、烧心、非心源性胸痛评分和总分均较治疗前下降($P < 0.05$), 观察组各维度评分和总分均低于对照组

($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 RDQ 量表评分比较($\bar{x} \pm s, n=60$) 分

组别	时间	反酸	反流	烧心	胸痛	总分
对照组	治疗前	8.1±2.6	5.3±1.2	9.2±2.9	7.1±1.9	29.7±4.9
	治疗后	2.8±0.9 ^①	1.9±0.8 ^①	2.7±1.1 ^①	2.6±0.8 ^①	8.5±2.2 ^①
观察组	治疗前	8.3±3.1	5.4±1.2	9.4±3.0	7.0±1.8	29.5±5.2
	治疗后	1.3±0.7 ^②	0.9±0.5 ^②	1.1±0.9 ^②	0.8±0.5 ^②	3.8±1.4 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.5 2 组复发情况及复发时食管黏膜内镜评分比较 见表 4。经 6 月随访, 对照组复发率为 48.0%, 观察组复发率为 25.8%, 对照组复发率高于观察组($\chi^2 = 5.70, P < 0.05$)。复发时对照组食管黏膜内镜评分高于观察组($P < 0.05$)。

表 4 2 组复发情况及复发时食管黏膜内镜评分比较

组别	n	复发(例)	复发率(%)	内镜评分(分)
对照组	50	24	48.0	1.75±0.58
观察组	58	15	25.8 ^①	1.38±0.47 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

GERD 属消化道动力障碍性疾病, 其发病是抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜攻击作用的结果。西医主要采用抑酸药治疗, 包括 H_2 受体拮抗剂、PPI、抗酸药和促胃肠动力药, 其中又以 PPI 疗效最佳。从中医学角度分析, 本病病位在食道和胃脘, 与肝、脾关系密切, 病机总属肝胃失和, 胃气上逆而致本病, 因体质或病理因素的不同, 又可兼夹气虚、湿热、痰湿、瘀血, 治当疏肝理气, 降逆和胃。此与现代医学对 GERD 病机的认识和治疗策略不谋而合^[3-4]。

气滞胃痛颗粒组方来源于《伤寒论》中的四逆散, 由柴胡、白芍、枳壳、香附、延胡索、炙甘草 6 味药材组成。方中柴胡疏解肝郁、透热, 白芍柔肝敛阴、缓急止痛, 与柴胡相配, 使郁热透解而不伤阴; 枳壳行气散结, 香附疏肝解郁, 延胡索活血止痛, 炙甘草和中缓急。全方疏肝解郁、调和肝脾。现代药理研究表明, 此方具有抑制胃酸分泌、促进胃肠动力的作用^[5-6]。药理实验表明, 柴胡、枳壳、香附能降低胃肠平滑肌张力, 促进体外肠管蠕动^[7-9]; 柴胡和延胡索具有抑制胃酸分泌的作用^[7,10]。

本研究结果显示, 气滞胃痛颗粒联合 PPI 能减轻 GERD 肝胃不和证患者的反酸、反流、烧心、非心源性胸痛症状, 近期和远期疗效均优于单用 PPI 治疗, 停药后复发率降低, 复发程度减轻, 值得临床使用。

[参考文献]

[1] 牛春燕, 汪雯, 李雷, 等. 质子泵抑制剂联合伊托必利

- 治疗胃食管反流病 18 个月疗效观察[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(8): 744-748.
- [2] 张声生, 李乾构, 朱生, 等. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [3] 李志, 段国勋, 陈拥军, 等. 反流性胃食管反流病的中医证候研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(3): 223-225.
- [4] 刘汶, 王仲霞, 韩俚俚, 等. 中西医结合治疗胃食管反流病(下)胃食管反流病中医证候流行病学研究[J]. 北京中医药, 2008, 27(4): 243-244.
- [5] 王韶明, 张静, 贾云杰, 等. 气滞胃痛颗粒治疗餐后不适综合征型功能性消化不良 40 例[J]. 光明中医, 2013, 28(12): 2560-2561.
- [6] 刁云鹏, 韩凌, 李坤, 等. 气滞胃痛颗粒对胃肠动力作用的影响[J]. 中成药, 2011, 33(8): 1307-1311.
- [7] 陈亚双, 孙世伟. 柴胡的化学成分及药理作用研究进展[J]. 黑龙江医药, 2014, 27(3): 630-633.
- [8] 章斌, 金剑, 金芝贵, 等. 枳壳的药理作用与临床应用进展[J]. 医药导报, 2013, 32(11): 1462-1464.
- [9] 黄凯玲, 肖刚, 黄建红, 等. 香附化学成分及药理作用研究进展[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3): 491-492.
- [10] 王红, 田明, 王淼, 等. 延胡索现代药理及临床研究进展[J]. 中国药学报, 2010, 38(6): 108-110.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

胃炎 1 号和胃炎 2 号颗粒制剂治疗慢性浅表性胃炎疗效观察

王智勇, 刘敏

广州市荔湾区中医医院消化内科, 广东 广州 510140

[摘要] 目的: 观察中药复方胃炎 1 号(清肝和胃止痛方)、胃炎 2 号(清热化湿舒胃方)颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床疗效。方法: 45 例肝胃不和型随机分为治疗组(30 例)和对照组(15 例), 50 例脾胃湿热型随机分为治疗组(35 例)和对照组(15 例), 分别予中药复方胃炎 1 号、胃炎 2 号颗粒制剂; 对照组给予莫沙必利。4 周后观察治疗前后主要症状改善情况。结果: 在肝胃不和型患者中, 治疗组 7 个观察指标及总分治疗后均有改善 ($P < 0.05$), 对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分较治疗前改善 ($P < 0.05$), 治疗组患者在渴不欲饮、嘈杂、黄腻苔和总分的改善方面均优于对照组 ($P < 0.05$)。在脾胃湿热型患者中, 治疗组 7 个观察指标及总分治疗后均有改善 ($P < 0.05$), 对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分较治疗前改善 ($P < 0.05$), 治疗组在嘈杂、黄腻苔和总分的改善方面均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中药复方胃炎 1 号、胃炎 2 号颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性浅表性胃炎具有较好疗效。

[关键词] 慢性浅表性胃炎; 清肝和胃止痛方; 清热化湿舒胃方; 临床疗效

[中图分类号] R573.3⁺¹ **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0080-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.038

慢性浅表性胃炎(Chronic superficial gastritis, CSG)是由多种致病因素引起的慢性胃黏膜炎性病变, 是临床常见病、多发病^[1]。慢性胃炎病程迁延, 病情易反复而影响患者身心健康。慢性胃炎属中医学胃脘痛、痞满、嘈杂、腹胀等范畴, 临床上可出现多种证候, 其中肝胃不和、脾胃湿热证为常见证型。近年来, 笔者运用胃炎 1 号(清肝和胃止痛方)、胃炎 2 号(清热化湿舒胃方)颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性

浅表性胃炎, 取得较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月—2013 年 10 月本院门诊 CSG 患者, 共 95 例。所有患者均由两位副主任中医师按照诊断标准进行辨证, 肝胃不和型患者 45 例, 脾胃湿热型 50 例。采用随机分为治疗组和对照组, 肝胃不和型治疗组 30 例, 男 7 例, 女 23 例; 年龄(49.9±19.2)岁; 病程平均 18.8 年。对

[收稿日期] 2014-12-02

[基金项目] 广州市荔湾区科技局课题 (20121214026-2)

[作者简介] 王智勇 (1980-), 男, 主治中医师, 研究方向: 内科常见疾病。