

# 旋复代赭汤加减治疗反流性食管炎 46 例临床观察

莫璐丽<sup>1</sup>, 黄红芳<sup>1</sup>, 刘敏<sup>2</sup>

1. 广州市东升医院, 广东 广州 510120; 2. 广州市荔湾区中医院, 广东 广州 510140

**[摘要]** 目的: 观察旋复代赭汤加减治疗反流性食管炎的临床疗效。方法: 将 92 例反流性食管炎患者按随机、对照的方法分为治疗组和对照组各 46 例, 治疗组采用旋复代赭汤为基本方, 辨证加减治疗, 对照组口服西沙必利片、奥美拉唑钠肠溶片、盐酸雷尼替丁胶囊治疗。2 组疗程皆为 6 周, 并随访 3 月。比较 2 组的近期疗效与远期疗效。结果: 治疗 6 周后, 2 组临床疗效比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 疗程结束后 3 月, 治疗组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用旋复代赭汤辨证加减治疗反流性食管炎的近期疗效和西药治疗相近, 远期疗效优于西药治疗。

**[关键词]** 反流性食管炎; 旋复代赭汤; 辨证治疗

**[中图分类号]** R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0062-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.028

反流性食管炎是消化系统的常见病、多发病。近年来, 随着人们生活节奏的加快, 生活方式、饮食结构都发生了较大的变化, 加之工作压力增大, 该病的发病率有逐年增高的趋势。西药治疗反流性食管炎主要是采用质子泵抑制剂和胃动力药来抑制胃酸分泌和提高胃排空能力, 近期疗效满意, 但是病情容易反复。笔者以旋复代赭汤为基础方加减治疗该病, 疗效满意, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年)》<sup>[1]</sup>反流性食管炎的诊断标准。临床表现有前胸痛、胸骨后灼热感、反酸、嗝气或者呕吐; 胃镜检查可见有不同程度的食管黏膜损伤。

**1.2 中医辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>的辨证标准。主症具备反酸、烧心、脘腹胀满或胀痛、嗝气、呃逆、脉弦表现中 4 项及以上者; 次症有纳差、抑郁、胃中嘈杂、善太息中 2 项或 2 项以上可诊断。根据次症的不同, 主要辨为肝胃郁热、胃阴不足、气滞血瘀 3 种证型。

**1.3 纳入标准** 符合以上诊断标准, 有典型的胃食管反流症状[反酸、反胃、烧心或(和)吞咽胸痛]; 病程在半年以上; 了解病情并自愿接受治疗, 完成疗程者。

**1.4 排除标准** 心绞痛、肋间神经痛、带状疱疹后遗神经痛等疾病所致胸痛的患者; 食管肿瘤、幽门梗阻、食管裂孔疝、胃溃疡引起反酸、呕吐、食难下咽症状的患者。

**1.5 一般资料** 92 例患者均来源于广州市东升医院中医科门诊和广州市荔湾区中医院消化内科门诊, 收集时间从 2009 年

1 月—2013 年 7 月, 按照来诊的顺序, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 46 例。治疗组男 28 例, 女 18 例; 年龄 19~60 岁, 平均 41.2 岁; 病程 6 月~16 年, 平均 3.6 年。对照组男 24 例, 女 22 例; 年龄 24~65 岁, 平均 41.2 岁; 病程 6 月~20 年, 平均 3.8 年。2 组性别、年龄、病程、中医证型等一般情况经统计学处理, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 给予中药煎剂。采用旋复代赭汤为基本方, 组成: 旋复花、炙甘草各 9 g, 党参、法半夏、代赭石、大枣各 6 g, 生姜 15 g。肝胃郁热加黄芩 9 g, 黄连 3 g; 胃阴不足加沙参、麦冬各 10 g; 气滞血瘀加郁金、丹参各 10 g。上述诸药先用水浸泡 30 min, 再加 400 mL 水煎煮至 200 mL, 对于伴有纳差、呕吐的患者则浓煎至 100 mL, 小量频服。每天 1 剂, 分早晚 2 次服。

**2.2 对照组** 西沙必利片(东北制药集团沈阳第一制药有限公司), 每次口服 5 mg, 每天 3 次; 奥美拉唑钠肠溶片(苏州中化药品工业有限公司), 每次口服 10 mg, 每天 2 次; 盐酸雷尼替丁胶囊(广东恒健制药有限公司), 每次口服 0.15 g, 每天 2 次。

2 组疗程皆为 6 周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察患者的症状变化, 定期复查上消化道钡餐 X 线摄片或胃镜, 记录检查结果。于治疗 6 周后进行疗效评定, 治疗结束 3 月后随访, 对于治疗无效的病例不纳入随

**[收稿日期]** 2015-02-20

**[作者简介]** 莫璐丽 (1962-), 女, 副主任中医师, 主要从事中医内科临床工作。

访范围,随访时疗效评定以症状为主要依据,治疗无效的病例须纳入统计分析。随访方法:对于纳入病例均登记工作单位、住址、联系方式等,安排专人负责随访工作,随访方式以电话为主。

3.2 统计学方法 所有数据应用 SPSS19.0 统计软件进行处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用  $t$  检验;等级资料用秩和检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》<sup>[8]</sup>制定。痊愈:症状消失,上消化道钡餐 X 线摄片或胃镜检查示恢复正常。显效:症状明显缓解,上消化道钡餐 X 线摄片或胃镜检查示明显好转。好转:症状改善,但时有反复,上消化道钡餐 X 线摄片或胃镜检查示有所改善。无效:临床症状、上消化道钡餐 X 线摄片及胃镜检查均无改善或反而加重。

4.2 2 组治疗 6 周后临床疗效比较 见表 1。经秩和检验,2 组临床疗效比较,差异无统计学意义( $Z = -0.719, P > 0.05$ ),提示 2 组在治疗 6 周后疗效相近。

表 1 2 组治疗 6 周后临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	46	8	19	17	2	58.70	95.65
对照组	46	7	26	10	3	71.74	93.48

4.3 2 组治疗结束 3 月后随访临床疗效比较 见表 2。经秩和检验,2 组临床疗效比较,差异有统计学意义( $Z = -3.151, P < 0.05$ ),提示在疗程结束后 3 月,治疗组疗效优于对照组。

表 2 2 组治疗结束 3 月后随访临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	46	7	16	21	2	50.00	95.65
对照组	46	4	10	14	18	30.43	60.87

#### 5 讨论

反流性食管炎是由于食管下段括约肌功能障碍,胃酸反流入食管引起胃、食管出现相关症状的疾病,临床上若见腹部胀闷、嗝气、反酸、烧心感、胸骨后烧灼痛或剧痛等,应高度考虑该病,及时进行胃镜检查。该病可散见于中医学吐酸、胸痹、噎食、反胃等病症中,属于痞满的范畴。多因情志抑郁或饮食不节,导致气滞、食积,化生湿热,蕴于胃中,胃失和降,上逆食管所致。根据临床症状与舌象、脉象,常分为肝胃郁热、胃阴不足和气滞血瘀证。初病常因肝郁化热,横犯于胃,胃气不降则为痞满、嗝气,久病则耗伤气血津液,易致胃阴不足而出现胃中嘈杂,灼热反酸;气滞常致血瘀,痛有定

处,发作有时。在《素问·至真要大论》中把“诸逆冲上”和“诸呕吐酸”皆归属于火热的病机,火热久郁则耗伤气阴,气机郁滞则营血难行。而脾胃升降失调,水谷不运则生痰湿,阻于中焦,变生为痞满之症<sup>[9]</sup>。无论何种证型,久病多为虚实夹杂,最终都影响胃的通降,故治宜着重于和胃降逆、理气消痞。笔者据此病机以旋复代赭汤为基础方加减,因旋复花、代赭石镇降逆气,消痰止噎。党参益气健脾,法半夏降逆化痰,生姜和大枣、炙甘草可补脾胃之虚、复中焦之升降,全方和胃降逆、消痞除满,切合本病病机,故可作为基础方。遵循辨证论治的思想,还当随证而加减。针对该病初有火热,久伤气阴的特点,肝胃郁热用黄芩、黄连清热燥湿,火热得清则逆气得降<sup>[9]</sup>;胃阴不足加用沙参、麦冬益阴养胃,胃阴充足则受纳有度;气滞血瘀配郁金、丹参行气止痛,气行则血行,通则不痛<sup>[9]</sup>,两药配合使用可增强理气活血止痛的功效,气顺则逆降。该病容易反复发作,中医药辨证治疗以其远期疗效稳定的优点,有良好的临床应用前景。本研究结果亦显示,治疗组的远期疗效优于对照组。

笔者认为,对于反复发作的慢性疾病,当谨守病机,拟定针对主要病机的方剂作为基本方并随证加减,坚持按疗程用药和随证加减结合,是辨证论治的继承和发扬<sup>[7]</sup>,值得今后进一步研究。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 108.
- [3] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998: 68.
- [4] 杨金国, 刘正旺, 王彦刚, 等. 清热养阴和胃降逆法治疗返流性食管炎 50 例[J]. 辽宁中医学院学报, 2003, 5(1): 21.
- [5] 陈继新. 柴胡疏肝散合黄连温胆汤治疗返流性食管炎临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(5): 96.
- [6] 吴娅妮, 赵婕, 赵丽华. 加味六磨汤治疗返流性食管炎疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(1): 23-25.
- [7] 吕晓华, 孙仁锴, 韩宁宁. 中西医结合治疗返流性食管炎 68 例[J]. 中国实用医药, 2012, 7(33): 156-157.

(责任编辑: 吴凌)