

## [参考文献]

- [1] 宋薇, 刘精东, 陈志雄, 等. 南昌地区 40 岁以上社区居民高尿酸血症和痛风的患病率调查及相关影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2014, 17(2): 181-184.
- [2] 林晟铠, 肖政, 范世平, 等. 四妙散加味灌肠对高尿酸血症疗效的临床观察[J]. 中医临床研究, 2014, 22(6): 51-53.
- [3] 奉红梅. 四妙散加味治疗无症状性高尿酸血症疗效观察[J]. 陕西中医, 2015, 18(3): 332-333.
- [4] 李朝晖. 四妙散加味治疗急性痛风性关节炎的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(9): 62-63.
- [5] 潘红英, 时乐, 徐立, 等. 加味四妙丸有效部位群抗高尿酸血症作用及其机制[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2014, 22(3): 380-385.
- [6] 张燕华. 四妙散加味治疗痛风性关节炎中的疗效观察[J]. 医学信息, 2015, 21(12): 198.

(责任编辑: 吴凌)

# 大柴胡汤治疗肝胃湿热证反流性食管炎临床观察

范文东, 李燕, 熊晓芳

龙岩市中医院, 福建 龙岩 364000

**[摘要]** 目的: 观察大柴胡汤治疗肝胃湿热证反流性食管炎(RE)的临床疗效。方法: 将 88 例 RE 患者随机分为对照组与治疗组各 44 例。其中, 对照组脱落 1 例, 剩 43 例; 治疗组脱落 2 例, 剩 42 例。对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊及枸橼酸莫沙必利胶囊治疗, 治疗组给予大柴胡汤治疗。比较 2 组的内镜积分和治疗前后中医证候积分变化。结果: 治疗 4 周后, 总有效率治疗组为 83.3%, 高于对照组的 72.1%; 治疗 8 周后, 总有效率治疗组为 90.5%, 高于对照组的 83.7%。2 组治疗 4、8 周后的总有效率比较, 差异均有统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗前, 2 组各项中医证候积分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 4 周后, 2 组各项中医证候积分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 组间比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 8 周后, 2 组各项中医证候积分均较治疗 4 周后降低 ( $P < 0.05$ ), 治疗组口干、口苦, 身体困倦, 大便不畅的证候积分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 大柴胡汤治疗肝胃湿热证 RE, 可缓解患者临床症状, 提高生活质量。

**[关键词]** 反流性食管炎 (RE); 肝胃湿热证; 大柴胡汤; 奥美拉唑肠溶胶囊; 枸橼酸莫沙必利胶囊

**[中图分类号]** R655.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 09-0042-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.020

反流性食管炎(RE)是由胃、十二指肠内容物反流入食管引起食管黏膜糜烂或溃疡的病证。其典型症状为烧心和反流, 多发于饱餐后, 卧位、弯腰或腹压增高时均可加重, 是消化内科的常见病<sup>[1]</sup>。临床以促进胃动力、抑酸等治疗为主, 但疗效欠佳且易引起不良反应。近年来, 笔者采用大柴胡汤治疗肝胃湿热证 RE, 疗效甚好, 报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 6 月—2015 年 12 月收治的 88 例 RE 患者为研究对象, 采用 SPSS18.0 统计学软件随

机分组法, 将患者随机分为对照组和治疗组各 44 例。治疗组脱落 2 例, 对照组脱落 1 例, 最终治疗组剩 42 例, 对照组剩 43 例。对照组男 21 例, 女 22 例; 年龄 18~67 岁, 平均(44.63±13.13)岁; 病程 1 月~23 年, 平均(6.65±5.09)年; 体重指数(BMI): 20.1~28.2, 平均(24.00±1.73); 内镜级别: 1 级 10 例、2 级 19 例、3 级 11 例、4 级 3 例。治疗组男 20 例, 女 22 例; 年龄 19~69 岁, 平均(46.38±14.49)岁; 病程 3 月~21 年, 平均(6.81±5.16)年; BMI: 21.23~27.36, 平均(23.93±1.36); 内镜级别: 1 级 11 例、2 级 19

[收稿日期] 2016-05-18

[作者简介] 范文东 (1972-), 男, 副主任医师, 主要从事脾胃病临床诊治工作。

例、3级9例、4级3例。2组性别、年龄、病程、BMI以及内镜级别等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),有可比性。

1.2 诊断标准 符合《反流性食管(病)炎诊断及治疗方案(试行)》<sup>[9]</sup>中的相关诊断标准。症见心窝部灼热疼痛,反酸、嗝气,烧心等。

1.3 辨证标准 符合肝胃湿热证的辨证标准。症见心窝部烧灼样疼痛,反酸,嗝气,烧心,口干,口苦,身体困倦,大便不畅,舌红、苔黄腻,脉弦数。

1.4 纳入标准 符合以上诊断标准和辨证标准;RE分级为洛杉矶四级;性别不限;年龄 $\geq 18$ 岁;小学文化以上学历者;患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.5 排除标准 不符合以上诊断标准和辨证标准;近期出现呕吐、体重下降、吞咽困难等症;患消化性溃疡;接受过胃、十二指肠手术或食管手术;患严重基础疾病。

## 2 治疗方法

2组均提供健康指导。①嘱患者注意睡姿,取仰卧位或左侧卧位,就寝时头位应抬高15~20 cm,以舒适为宜,避免饭后立即卧位休息;②嘱患者睡时身着宽松衣物;③嘱患者平时多运动;④嘱患者养成良好的饮食习惯,适量摄入膳食纤维,忌暴饮暴食;⑤嘱患者少摄入过多的酒水、咖啡、浓茶等

易诱发胃酸分泌的食物;⑥嘱患者注意调畅情志。

2.1 对照组 给予常规西药治疗。奥美拉唑肠溶胶囊(海南葫芦娃制药有限公司),每天口服1次,每次20 mg,晨起温开水送服;枸橼酸莫沙必利胶囊(上海信谊药厂有限公司),每天口服3次,每次10 mg,餐前15~30 min温开水送服。4周为1疗程,共治疗2疗程。

2.2 治疗组 给予大柴胡汤治疗。处方:柴胡、生姜各15 g,黄芩、白芍、法半夏、枳实各9 g,大黄6 g,大枣4枚。嗝气、腹胀、咽喉异物感较甚者,加半夏厚朴汤(处方:厚朴、茯苓各10 g,紫苏梗20 g);咽部、胸骨后烧灼感严重者,加梔子10 g。每天1剂,水煎取汁400 mL,分早、晚2次服用,4周为1疗程,共治疗2疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效,通过复查内镜积分进行评定;观察2组治疗前和治疗4、8周后的中医证候[主症(心窝部烧灼样疼痛、反酸、嗝气、烧心),次症(口干、口苦、身体困倦、大便不畅)]积分的变化。采用计分法计算,见表1。主症的每项分值根据轻、中、重度分别设定为3、6、9分,次症的每项分值根据轻、中、重度分别设定为1、2、3分,各项症状分数相加得中医证候积分,分数越高表示症状越严重。

表1 中医证候分级标准表

| 症状       | 轻           | 中             | 重            |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| 心窝部烧灼样疼痛 | 疼痛时间短,可自行缓解 | 疼痛时间较长,服药后可缓解 | 频繁发作,服药后难以缓解 |
| 反酸、嗝气、烧心 | 每天发作3次以下    | 每天发作4~9次      | 每天发作10次以上    |
| 口干、口苦    | 偶有发生        | 时有发生          | 经常发生         |
| 身重困倦     | 肢体稍感困重      | 肢体困重,不愿活动     | 肢体困倦,沉重难动    |
| 大便不畅     | 大便稍有不畅      | 大便不畅          | 大便明显不畅       |

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件分析数据,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)》<sup>[9]</sup>拟定。按内镜复查的积分判断疗效:显效:内镜积分减少2分;有效:内镜积分减少1分;无效:内镜积分无变化或增加1分以上。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。治疗4周后,总有效率治疗组为83.3%,高于对照组的72.1%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗8周后,总有效率治疗组为90.5%,高于对照组的83.7%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表3。治疗前,2组各项中医证候积分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗4周后,2组各项中医证候积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ),组间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗8周后,2组各

项中医证候积分均较治疗4周后降低( $P < 0.05$ ),治疗组口干、口苦,身体困倦,大便不畅的证候积分均低于对照组( $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较

| 组别  | n  | 时间    | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效率(%)           |
|-----|----|-------|----------|----------|----------|-------------------|
| 治疗组 | 42 | 治疗4 w | 13(30.9) | 22(52.4) | 7(16.7)  | 83.3 <sup>①</sup> |
|     |    | 治疗8 w | 32(76.2) | 6(14.3)  | 4(9.5)   | 90.5 <sup>①</sup> |
| 对照组 | 43 | 治疗4 w | 11(25.6) | 20(46.5) | 12(27.9) | 72.1              |
|     |    | 治疗8 w | 30(69.8) | 6(13.9)  | 7(16.3)  | 83.7              |

与对照组同期比较,① $P < 0.05$

## 5 讨论

RE为临床常见的消化道疾病,随着人们生活质量的提高,生活节奏的加快,饮食结构的变化逐年上升。该病的主要发病机制为食管对胃、十二指肠内容物反流的防御力降低,使得胃酸、胆盐、胃蛋白酶等对食管黏膜产生显著的攻击作用,

表3 2组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 时间     | 心窝部烧灼样疼痛                | 反酸、嗝气、烧心                | 口干、口苦                    | 身重困倦                     | 大便不畅                     | 分 |
|-----|----|--------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 治疗组 | 42 | 治疗前    | 4.43± 1.90              | 5.35± 2.04              | 2.14± 0.68               | 1.83± 0.33               | 1.74± 0.29               |   |
|     |    | 治疗 4 w | 2.14± 1.78 <sup>①</sup> | 2.64± 1.89 <sup>①</sup> | 1.05± 0.66 <sup>①</sup>  | 0.95± 0.53 <sup>①</sup>  | 0.93± 0.46 <sup>①</sup>  |   |
|     |    | 治疗 8 w | 0.79± 1.33 <sup>②</sup> | 0.93± 1.40 <sup>②</sup> | 0.40± 0.49 <sup>②③</sup> | 0.26± 0.54 <sup>②③</sup> | 0.24± 0.43 <sup>②③</sup> |   |
| 对照组 | 43 | 治疗前    | 4.12± 1.60              | 5.37± 2.02              | 2.02± 0.67               | 1.77± 0.32               | 1.63± 0.23               |   |
|     |    | 治疗 4 w | 2.16± 1.51 <sup>①</sup> | 2.86± 1.84 <sup>①</sup> | 1.19± 0.58 <sup>①</sup>  | 0.95± 0.61 <sup>①</sup>  | 1.02± 0.51 <sup>①</sup>  |   |
|     |    | 治疗 8 w | 1.26± 1.49 <sup>②</sup> | 1.19± 1.48 <sup>②</sup> | 0.74± 0.53 <sup>②</sup>  | 0.51± 0.55 <sup>②</sup>  | 0.65± 0.68 <sup>②</sup>  |   |

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与同组治疗 4 周后比较, ② $P < 0.05$ ; 与对照组治疗 8 周后比较, ③ $P < 0.05$

最终诱发炎症反应,引起上消化道出血,甚至在黏膜修复过程中形成癌前病变<sup>[1]</sup>。目前,西药治疗主要在抑酸基础上联合促胃肠动力药以改善食管蠕动功能、促进胃肠排空等,但存在一定的不良反应,故临床应用受限。

中医学认为 RE 归属于吐酸、嘈杂、胃痛等范畴,病机主要与肝失疏泄,胃失和降有关。然不同地区水土、气候以及生活方式的不同,亦会对人体的生理活动和病理变化产生不同的影响。龙岩市地处闽西,炎热多雨、气候潮湿,故外邪致病多为湿邪、热邪所致,加之生活节奏加快,现代人多压力大,情志不畅,致肝气郁结。故本病以肝胃湿热证多见,治疗宜以调和肝胃,清热利湿为主。

大柴胡汤出自东汉张仲景所著《金匱要略》,主要用于治疗少阳阳明合病,“呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”笔者观其证候描述与本病基本相符,反酸可视为呕吐的延伸,心窝部烧灼样疼痛与“心下急,郁郁微烦”相符,故用大柴胡汤化裁治疗。方中柴胡、黄芩善清肝胆湿热;枳实、大黄可内泻阳明热结;白芍一方面能协助柴胡、黄芩清肝胆之热,另一方面与枳实、大黄配伍可治腹中实痛;法半夏能和胃降逆;佐以生姜、大枣调和诸药。纵观全方,有清有泻,有降有和,可除烧心,可消胸痛,可止反酸,可顺嗝气。现代药理研究表明,柴胡能消炎利胆;枳实能促进胃肠蠕动及排空。两者合用,可降低迷走神经的兴奋性,增强幽门括约肌的张力,从而控制胆汁反流,抑制胃酸过度分

泌<sup>[2]</sup>;法半夏能抑制胃酸分泌及胃蛋白酶的活性,降低胃液总酸度和游离酸度,对急性胃黏膜损伤有保护和修复作用<sup>[3]</sup>;大黄能泻下、抗菌、利胆,并能抑制蛋白酶、脂肪酶及淀粉酶的活性,减轻对食管黏膜的攻击。

本研究结果表明,大柴胡汤治疗肝胃湿热证 RE,可有效缓解患者的临床症状,效果优于常规西药治疗,值得临床推广应用。需要指出的是,中药方剂的疗效与其药理作用并非简单的一一对应关系,临床采用的水煎制剂与现代药理研究的水煎剂提取物在人体的作用过程存在一定差异。中医以辨证论治为原则,不能简单依据现代药理作用生搬硬套。因此,临床上运用大柴胡汤治疗 RE 时,必须抓住肝失疏泄,胃失和降这一病机,不必拘泥于药理作用。

#### [参考文献]

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2014:357-359.
- [2] 中华医学会消化内镜学会.反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)[J].中华消化内镜杂志,2000,17(1):60.
- [3] 段素社,张学林.中医辨证治疗胃运动功能障碍的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2006,15(23):3216.
- [4] 刘守义,尤春来,王义明.半夏抗溃疡作用机理的实验研究[J].辽宁中医杂志,1992(10):42-45.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)