

效,可使胆清胃安,神宁气顺,反流自止。该方胆胃并重,亦可作为治疗GERD的基本方,烧心、反流明显者,加吴茱萸、煨瓦楞子、煨牡蛎化痰制酸;上腹痛甚,寒重冷痛者加高良姜、制香附、片姜黄温胃散寒;热重灼痛者加郁金、蒲公英清胃化痛;嗳气、恶心明显者,加煨代赭石、旋复花降胃止逆;饱胀感甚者,加炒党参、制厚朴、香橼皮理气健中。

本研究结果表明,宁神清胆汤治疗胆热扰胃型NERD,能有效缓解患者的嗳气反流、口苦咽干、烧心、反酸等症,改善患者的抑郁、焦虑状况,提高患者的生活质量,以及降低疾病的复发率,且用药安全。值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [2] Ho KY, Gwee KA, Khor JL, et al. Validation of a

graded response questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in an Asian primary care population[J]. J Clin Gastroenterol, 2008, 42(6): 680-686.

- [3] Shaw M, Dent J, Beebe T, et al. The reflux disease questionnaire: a measure for assessment of treatment response in clinical trials [J]. Health Qual Life Outcomes, 2008, 6(1): 1-6.
- [4] Chinese Gastroesophageal Reflux Disease Study Group. The value of reflux diagnostic questionnaires in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease[J]. Chin J Dig, 2003, 23(11): 651-654.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 366-368.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

旋复代赭汤合四逆散加味治疗胆汁反流性胃炎临床观察

郭瑞萍

解放军 150 中心医院, 河南 洛阳 471003

[摘要] 目的: 观察旋复代赭汤合四逆散加味治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法: 将 82 例胆胃不和型胆汁反流性胃炎患者随机分为对照组 38 例与治疗组 44 例。对照组给予常规西药治疗, 治疗组给予旋复代赭汤合四逆散加味治疗。结果: 疾病疗效总有效率治疗组为 93.2%, 对照组为 68.4%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。胃镜疗效总有效率治疗组为 88.6%, 对照组为 60.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 旋复代赭汤合四逆散加味治疗胆胃不和型胆汁反流性胃炎疗效显著。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 胆胃不和证; 旋复代赭汤; 四逆散

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0063-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.024

胆汁反流性胃炎是指含有胆汁、胰液等十二指肠内容物反流入胃, 使胃黏膜产生炎症、糜烂和出血等, 减弱胃黏膜屏障功能, 引起 H^+ 弥散增加, 而导致的胃黏膜慢性炎症。该病是胃炎常见类型之一, 发病率较高, 常规西药治疗效果不一。近来笔者采用旋复代赭汤合四逆散加味治疗胆胃不和型胆汁反流性胃炎, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月—2015 年 9 月在本院中医门诊就诊的 82 例胆胃不和型胆汁反流性胃炎患者为研究对

象, 随机分为对照组 38 例与治疗组 44 例。对照组男 20 例, 女 18 例; 年龄 14~72 岁, 平均 (29.5 ± 6.7) 岁; 病程 3 月~6 年。治疗组男 22 例, 女 20 例; 年龄 16~74 岁, 平均 (30.2 ± 7.4) 岁; 病程 3 月~7 年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《实用中医消化病学》^[1] 中胆汁反流性胃炎的诊断标准。胃镜检查可见胆汁反流, 胃黏膜充血、水肿, 或糜烂, 组织活检示胃黏膜炎; 符合胆胃不和证的辨证标准, 症见胃脘、胸胁胀闷疼痛, 嗳气, 嘈杂吞酸, 急躁易怒, 舌

[收稿日期] 2016-06-15

[作者简介] 郭瑞萍 (1976-), 女, 主治医师, 研究方向: 经方治疗疑难杂病。

红、苔薄黄，脉弦；患者自愿参与本研究，并签署知情同意书。

1.3 排除标准 依从性差者；有消化道器质性病变者；合并有心、肝、肾功能严重不全者；妊娠或哺乳期妇女；过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。奥美拉唑肠溶胶囊(阿斯利康制药有限公司)，每天2次，每次20mg，餐前口服；铝碳酸镁片(拜耳医药保健有限公司)，每天3次，每次0.5g，餐前嚼服；多潘立酮片[阿特维斯(佛山)制药有限公司]，每天3次，每次10mg，餐前口服。1周为1疗程，共服药4疗程。

2.2 治疗组 给予旋复代赭汤合四逆散加味治疗。处方：旋复花(包煎)12g，竹茹15g，制半夏、党参、柴胡、白芍、枳实、生姜、大枣各10g，代赭石、炙甘草各6g。随证加减：兼有脾胃虚寒者加干姜10g，吴茱萸6g；兼有实热者加黄连6g，蒲公英12g；兼有脾胃虚弱者加山药15g，白术12g；兼有气滞湿阻者加砂仁6g，厚朴10g；兼有大便干结者加大黄6g。每天1剂，水煎取汁300mL，分早、晚2次餐后温服，1周为1疗程，共服药4疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者上腹部灼痛、饱胀、食欲不振、嗝气、口苦等症状与电子胃镜下胆汁反流的改善情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0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 χ^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 ①胃镜疗效标准：参照《实用中医消化病学》^[1]拟定。临床痊愈：胃黏液糊清亮，幽门口未见黄绿色液体；显效：胃黏液糊清亮或呈淡黄色，幽门口偶尔可见少量淡黄色或黄绿色反流物；有效：胃黏液糊呈黄色清亮，较治疗前黄绿色潴留液有明显减轻，少量黄绿色反流物溢出；无效：胃黏液糊颜色呈现明显黄绿色，较治疗前未见明显好转。②临床疗效标准：参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]拟定。临床痊愈：胆胃不和的临床症状、体征消失或基本消失；显效：胆胃不和的临床症状、体征明显改善；有效：胆胃不和的临床症状、体征均有好转；无效：胆胃不和的临床症状、体征无改善，甚或加重。

4.2 2组胃镜疗效比较 见表1。总有效率治疗组为88.6%，对照组为60.5%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组胃镜疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	10(26.3)	6(15.8)	7(18.4)	15(39.5)	60.5
治疗组	44	16(36.4)	12(27.3)	11(25.0)	5(11.4)	88.6 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组为93.2%，对照组为68.4%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	12(31.6)	8(21.1)	6(15.8)	12(31.6)	68.4
治疗组	44	20(45.5)	12(27.3)	9(20.5)	3(6.8)	93.2 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

胆汁反流性胃炎多采用胃动力剂、胆盐络合剂以及胆盐吸收剂等治疗，病情较重或反复治疗效果不佳时会采用手术治疗，效果不一。中医学认为胆汁反流性胃炎属胃脘痛、心下痞等范畴，临床表现为胃脘、胸胁胀闷疼痛，嗝气，嘈杂吞酸，急躁易怒等症。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。”其道理为脾气上行则肝气随之上升，胃气下行则胆火随之下降。胆乃中精之腑，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，以降为顺。若邪在胆，影响脾胃升降功能，脾气当升不升，胃气当降不降，胆不随胃降，致胆胃不和，胆汁不循常道，反流于胃。治宜疏泄肝胆，运化脾胃。

基于此，笔者选用旋复代赭汤合四逆散治疗，方中柴胡归肝、胆经，具有疏肝利胆之效；白芍疏肝理气；枳实行气散结；旋复花、代赭石、制半夏降逆止呕；竹茹入肺、胃、胆经，可清热利胆止呕；生姜和胃止呕；党参、炙甘草、大枣健脾益气。诸药合用，共奏疏泄肝胆、运化脾胃之功。本研究结果显示，治疗组的疾病疗效和胃镜疗效均优于对照组($P < 0.05$)，提示旋复代赭汤合四逆散加味治疗胆胃不和证胆汁反流性胃炎疗效显著，可有效改善患者的临床症状和体征，值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 163-175.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 366-368.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)