

〔文章编号〕 1007-0893(2023)01-0053-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.01.016

自拟养胃顺逆汤治疗反流性食管炎患者临床疗效

陈俊超 王和龙 林吉庆

(安溪县龙涓中心卫生院, 福建 安溪 362400)

〔摘要〕 目的: 观察自拟养胃顺逆汤对反流性食管炎(RE)患者胃肠动力与炎症反应的影响。方法: 回顾性选取2020年1月至2022年6月期间在安溪县龙涓中心卫生院接受治疗的98例RE患者, 根据治疗方案差异分为对照组与观察组, 各49例。对照组患者给予常规单纯西药治疗, 观察组患者在对照组的基础上给予自拟养胃顺逆汤治疗。比较治疗前后两组患者中医证候积分、胃肠动力指标、血清炎症反应标志物水平的变化情况。结果: 治疗后两组患者各项中医证候积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者胃排空时间均有不同程度缩短, 胃排空率、肠排空率均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者胃排空时间短于对照组, 胃排空率、肠排空率高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、IL-8水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者TNF- α 、IL-6、IL-8水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 自拟养胃顺逆汤应用于RE治疗中, 能够增强患者胃动力、拮抗炎症反应, 从而进一步改善患者各项临床证候。

〔关键词〕 反流性食管炎; 自拟养胃顺逆汤; 多潘立酮; 雷尼替丁

〔中图分类号〕 R 571 〔文献标识码〕 B

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)为临床上一种常见的消化系统疾病, 是由各种诱因导致的胃、肠内容物发生反流逆向进入食管而导致的食管炎症疾病^[1-3]。RE以中老年人为主要发病群体, 本病如未能得到及时有效的治疗可能累及喉部及呼吸系统, 引发慢性咽炎、慢性气管炎、吸入性肺炎等继发病^[4-6]。西医西药治疗本病疗效欠佳, 且对于致病基础无显效疗效, 停药后复发率较高。中医中药在治疗本病方面具有病治根本、解除病机等独特优势。安溪县龙涓中心卫生院以中医理论为基础自拟养胃顺逆汤应用于RE的治疗中。现开展本研究以明确自拟方剂养胃顺逆汤对于RE患者胃肠动力及炎症反应的影响, 以期为今后临床治疗方案的制定提供新的思路与必要参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取2020年1月至2022年6月期间在安溪县龙涓中心卫生院接受治疗的98例RE患者, 根据治疗方案差异分为对照组与观察组, 各49例。对照组患者男性27例, 女性22例; 年龄29~64岁, 平均年龄(46.58±5.67)岁; 病程1~12年, 平均病程(6.37±1.29)年; 黏膜损伤分级: A级10例, B级14例, C级17例, D级

8例。观察组患者男性28例, 女性21例; 年龄28~65岁, 平均年龄(46.81±5.74)岁; 病程1~13年, 平均病程(6.41±1.32)年; 黏膜损伤分级: A级9例, B级15例, C级16例, D级9例。两组一般资料比较, 具有统计学可比性($P > 0.05$)。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医依据《2014年中国胃食管反流病专家共识意见》^[7]标准诊断; 中医依据《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]标准诊断; 黏膜损伤分级标准: 《实用内科学》^[9]相关标准, 划分为A、B、C、D共4级, D级黏膜损伤范围最大。

1.2.2 纳入标准

(1)符合上述中西医诊断标准; (2)内镜检查明确食管黏膜存在损伤; (3)入组前30 d内无相关治疗史; (4)资料完整; (5)患者及家属知情同意本研究。

1.2.3 排除标准

(1)其他诱因导致食管炎; (2)合并功能性胃肠道疾病、胃溃疡、肠道溃疡; (3)合并食管-胃静脉曲张; (4)有消化系统手术史; (5)合并恶性肿瘤; (6)入组时处于感染性疾病急性期、各种慢性炎症急性发作、创伤或术后14 d以内、心脑血管疾病急性发作期; (7)对于研究用药过敏或过敏体质; (8)合并沟通障碍、精神科疾病、认知功能障碍。

〔收稿日期〕 2022-11-03

〔作者简介〕 陈俊超, 男, 主治医师, 主要研究方向是内科疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用西药治疗。多潘立酮（浙江昂利康制药公司，国药准字 H20093779）10 mg · 次⁻¹，3 次 · d⁻¹，于 3 餐前 15 ~ 30 min 口服。雷尼替丁（广东逸舒制药公司，国药准字 H44022805）0.15 g · 次⁻¹，2 次 · d⁻¹，分别于晨起、夜晚睡前口服。连续用药 2 个月为 1 疗程。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予自拟养胃顺逆汤治疗。组方：代赭石 24 g，茯苓 18 g，党参 15 g，炒白术、陈皮、半夏、厚朴、枳壳、炙甘草各 10 g，旋覆花 10 g（包煎），丁香、柿蒂、黄连各 6 g。随症加减：反酸严重加煅瓦楞 24 g、海螵蛸 10 g；伴胃疼加延胡索 10 g；膨闷胀饱、消化不良加鸡内金 15 g、焦神曲 10 g；便秘难解加火麻仁 10 g、生大黄 6 g。1 剂 · d⁻¹。诸药加凉水 1000 mL 浸泡 30 min，以水煎法煎制为汤剂 400 mL，分早晚各温服 200 mL，连续用药 2 个月为 1 疗程。

1.4 观察指标

治疗 1 疗程后，比较两组患者治疗前后中医证候积分，胃肠动力指标：胃排空时间及钡餐检查胃排空率、肠排空率，血清炎症反应标志物：肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）、白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）、IL-8 水平的变化情况。（1）中医证候积分依据《中医病证诊断疗效标准》^[10] 计算，观察中医证候：胃脘不适、暖气频繁、烧心、泛酸，无计 0 分、轻度计 3 分、中度计 6 分、重度计 9 分。（2）胃肠动力指标，采用腹部 X 线平片统计钡餐数据，计算各项指标；（3）血清炎症反应标志物，于治疗前、后采集全部患者空腹外周静脉血样 3 mL，使用离心机，参数设置：转速为 3000 r · min⁻¹，时间为 10 min，离心半径为 12.5 cm，分离取得血清，按免疫酶联吸附法检测各标志物水平。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者各项中医证候积分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

2.2 两组患者治疗前后胃肠动力指标比较

治疗后两组患者胃排空时间均有不同程度缩短，胃排空率、肠排空率均有不同程度提高，且治疗后观察组患者胃排空时间短于对照组，胃排空率、肠排空率高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 1 两组患者治疗前后中医证候积分比较（*n* = 49， $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	时间	胃脘不适	暖气频繁	烧心	反酸
对照组	治疗前	6.39 ± 0.68	5.89 ± 0.59	5.99 ± 0.61	6.39 ± 0.69
	治疗后	2.07 ± 0.21 ^a	2.87 ± 0.31 ^a	2.53 ± 0.27 ^a	3.01 ± 0.34 ^a
观察组	治疗前	6.41 ± 0.69	5.61 ± 0.62	6.02 ± 0.63	6.41 ± 0.72
	治疗后	1.53 ± 0.17 ^{ab}	2.12 ± 0.27 ^{ab}	1.82 ± 1.96 ^{ab}	2.32 ± 0.26 ^{ab}

注：与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

表 2 两组患者治疗前后胃肠动力指标比较（*n* = 49， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	胃排空时间/min	胃排空率/%	肠排空率/%
对照组	治疗前	46.98 ± 5.13	18.23 ± 2.34	54.47 ± 6.78
	治疗后	40.16 ± 4.32 ^c	38.29 ± 4.67 ^c	72.21 ± 8.86 ^c
观察组	治疗前	47.09 ± 5.21	18.19 ± 2.28	54.39 ± 6.67
	治疗后	35.21 ± 3.78 ^{cd}	50.48 ± 5.09 ^{cd}	86.72 ± 9.31 ^{cd}

注：与同组治疗前比较，^c*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症反应标志物比较

治疗后两组患者 TNF-α、IL-6、IL-8 水平均有不同程度下降，且治疗后观察组患者 TNF-α、IL-6、IL-8 水平均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清炎症反应标志物比较

（*n* = 49， $\bar{x} \pm s$ ，pg · mL⁻¹）

组别	时间	TNF-α	IL-6	IL-8
对照组	治疗前	51.48 ± 4.18	65.79 ± 7.49	29.63 ± 3.12
	治疗后	32.05 ± 3.27 ^e	42.48 ± 5.03 ^e	20.59 ± 2.25 ^e
观察组	治疗前	51.52 ± 4.21	65.83 ± 7.52	29.82 ± 3.09
	治疗后	19.86 ± 2.46 ^{ef}	32.62 ± 4.37 ^{ef}	13.54 ± 1.67 ^{ef}

注：TNF-α 一肿瘤坏死因子-α；IL-6 一白细胞介素-6。与同组治疗前比较，^e*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^f*P* < 0.05。

3 讨论

RE 主要可见胸骨后部明显烧灼感、胸痛、反酸等表现^[11]。西医治疗本病主要从促进胃肠动力，增强食管下括约肌肌力以及抑制胃酸分泌等方面入手^[12-13]。西药西药治疗 RE 具有起效速度快、疗效确切等优势。但其对于致病基础尚无明显改善功效，因此停药后复发率较高，而反复用药治疗后易产生一定的耐药性，导致疗效下降。中医中药治疗本病历史悠久且经验丰富，且中药辨证论治、病治根本，能够从根本上改善患者发病基础。

中医理论认为本病属于“吐酸、吞酸、胸痹”等范畴，主要由饮食不节、情志失调而诱发，可致脾虚胃弱、肝气犯胃使胃失和降，从而导致胃气逆行瘀毒内结而形成本病^[14-15]。笔者以中医理论为基础总结中医临床治疗药案经验，自拟养胃顺逆汤应用于临床治疗中。方中党参补中益气、健脾益肺、养血生津功效，经常用于脾肺气虚血弱、食少倦怠等症的治疗。炒白术多用于脘腹胀满、脾虚食少、痰饮壅盛等症的治疗。茯苓健脾补中、利水

渗湿、宁心安神，对脾胃虚弱有较好的治疗作用。陈皮具有健脾、去湿除燥的功效，对于消化不良、胃腹满胀均有较好的治疗作用。半夏有降逆止呕、燥湿化痰、消痞散结的作用，可治疗胃寒、痰饮引起的胃气上逆性呕吐。厚朴有下气除满、燥湿消痰的功效，临床多用于治疗脘痞吐逆、湿滞伤中，腹胀便秘、食积气滞等症。旋覆花具有行水止呕、降气消痰的功效，临床多用于对胸膈痞闷、心下满胀、呕吐噎气等症的治疗。代赭石有平肝、镇逆、止血、重镇降逆的功效，临床用于由于胃气上逆引起的噎气、呕吐、呃逆、呕吐等症的治疗。丁香补肾助阳、温中降逆，用于脾胃虚寒、呃逆呕吐、心腹冷痛症的治疗。柿蒂有降逆止呃的功效，主治呃逆不止，柿蒂与丁香配伍应用，虽同为止呃之味，然丁香辛热而柿蒂苦平，配伍合用则可取寒热兼济之功。枳壳有行气消胀、理气宽中的作用，临床多用于治疗由胸胁气滞引起的胸闷、胃腹胀满、两胁胀痛的病症，有宽中理气的作用，可推动胃肠之气的运行，因此可治疗积食引起的噎腐、吞酸，促进胃的排空功能。黄连有泻火解毒、清热燥湿的功效，主治湿热痞满引起的呕吐吞酸、心烦不寐且效果明显。炙甘草安神补气、健脾益气、调和诸药等功效。

本研究表明，治疗后观察组患者胃动力指标优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示养胃顺逆汤具有进一步增强患者胃动力的作用。RE 作为一种炎症疾病，患者的血清炎症反应标志物可于疾病形成、进展全程中出现异常表达。本研究结果说明自拟养胃顺逆汤能够更有效的拮抗患者炎症反应，从而减轻食管黏膜水肿及炎症浸润程度，有利于黏膜损伤修复。基于上述机制观察组患者各项中医证候积分治疗后均低于对照组；提示养胃顺逆汤能够进一步改善 RE 患者临床症状，辅助提高 RE 的临床疗效。

综上所述，自拟养胃顺逆汤治疗 RE，能够有效增强患者胃动力、促进胃肠排空减少内容物反流，拮抗炎症反应，从而更好的改善患者各项临床证候。

〔参考文献〕

(1) 彭林艳, 冯利波. 反流性食管炎患者血清中 CGRP 的含量与胃肠激素、炎症反应的相关关系 (J). 海南医学院学报,

2018, 24(23): 16-19.

- (2) 茶剑媛. 康复新液联合多潘立酮治疗反流性食管炎效果分析 (J). 胃肠病学和肝病学杂志, 2018, 27(8): 909-911.
- (3) 马乾章, 刘鹏, 白光. 疏肝和胃降逆汤对胃食管反流病肝胃不和证患者食管黏膜蛋白酶激活受体-2 及环氧合酶-2 蛋白表达的影响 (J). 世界中医药, 2018, 13(10): 130-133.
- (4) 张树瑛, 钱晓云. 旋覆代赭汤合半夏厚朴汤治疗胃食管反流病痰湿内阻证临床研究 (J). 陕西中医, 2021, 42(S1): 97-98.
- (5) Song JI, Kim HK, Lee NK, et al. Prospective Single Arm Study on the Effect of Ilaprazole in Patients with Heartburn but No Reflux Esophagitis (J). Yonsei Med J, 2018, 59(8): 951-959.
- (6) 尚莹莹, 王文娟, 张莲, 等. 经皮穴位电刺激联合旋金降逆方治疗反流性食管炎肝胃郁热证的研究 (J). 现代中西医结合杂志, 2021, 30(34): 3769-3773.
- (7) 中华医学会消化病学分会. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见 (J). 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- (8) 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) (J). 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- (9) 陈灏珠. 实用内科学 (M). 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1849-1852.
- (10) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- (11) 黄秋思, 郭丹丹, 姚丹, 等. 金柴清肝汤联合西药治疗肝胃郁热型反流性食管炎的临床疗效研究 (J). 中国医药, 2021, 16(3): 389-392.
- (12) 陈霞, 石益海, 朱婵艳, 等. 自拟和中健脾汤结合西医常规疗法对反流性食管炎患者胃肠动力学及炎症细胞因子水平的影响 (J). 国际中医中药杂志, 2020, 42(3): 213-216.
- (13) 王光铭, 黄玉珍, 刘万里. 通降合剂联合雷贝拉唑肠溶胶囊治疗反流性食管炎 (J). 中国临床研究, 2020, 33(4): 531-535.
- (14) 王俊丽, 刘汶. 清胃降逆方联合西医常规疗法治疗反流性食管炎肝胃郁热证临床研究 (J). 中国中医药信息杂志, 2020, 27(3): 28-32.
- (15) 王健, 林柳兵, 沈莹, 等. 疏肝和中汤联合雷贝拉唑治疗肝胃郁热型反流性食管炎临床研究 (J). 陕西中医, 2020, 41(2): 168-171.