

## 和胃降逆汤加减治疗胃食管反流病64例

周海新\*

(海南省中医院,海口 570203)

**[摘要]** **目的:**观察和胃降逆汤加减治疗胃食管反流病(GERD)(肝胃郁热证)的近期和远期疗效及对生活质量的影响。**方法:**随机按数字表法将128例GERD患者分为西药组和观察组各64例。西药组服用奥美拉唑镁肠溶片,20 mg/次,早、晚各1次;枸橼酸莫沙必利片,5 mg/次,3次/d。观察组服用奥美拉唑镁肠溶片同西药组,并采用和胃降逆汤加减治疗,1剂/d。两组疗程均为8周。进行治疗前后肝胃郁热证评分、食管黏膜内镜和反流性疾病问卷(RDQ)量表及生活质量评价;对痊愈患者进行6个月的随访观察,计算复发率及复发时食管黏膜内镜评分。**结果:**观察组中医证候疗效总有效率为93.75%,优于西药组的81.25% ( $P < 0.05$ );观察组内镜下炎症疗效总有效率为90.62%,优于西药组的75.0% ( $P < 0.05$ );观察组治疗后肝胃郁热证评分、食管黏膜内镜评分和RDQ量表评分均低于西药组 ( $P < 0.01$ );治疗后观察组SF-36健康量表除身体疼痛维度外其他维度评分均高于西药组 ( $P < 0.01$ );随访6个月,观察组复发率为23.5% 低于西药组的64%,观察组复发时食管黏膜内镜评分也低于西药组 ( $P < 0.01$ )。**结论:**在质子泵抑制剂治疗的基础,和胃降逆汤加减能减轻GERD(肝胃郁热证)近期症状,提高治愈率,提高患者生活质量,并能降低远期复发率。

**[关键词]** 胃食管反流病; 和胃降逆汤; 肝胃郁热证; 复发率; 生活质量

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)18-0204-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2014180204

## Addition and Subtraction Treatment of Hewei Jiangni Decoction in Treating Gastro-esophageal Reflux Disease (Stagnancy Heat of the Liver and Stomach) with 64 Cases

ZHOU Hai-xin\*

(Hainan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570203, China)

**[Abstract]** **Objective:** Short-term and long-term effects of modified Hewei Jiangni decoction in treating Gastro-esophageal reflux disease (GERD) (stagnancy heat of the liver and stomach type) and to quality of lives were investigated. **Method:** One hundred and twenty-eight patients with GERD were randomly divided into western medicine group and observation group (64 cases, respectively). Patients in western medicine group received Omeprazole Magnesium enteric-coated tablets, 20 mg each time, taken at the morning and evening. Mosapride citrate tablets, 5 mg each time, three times per day. Patients in observation group received Omeprazole Magnesium enteric-coated tablets and the dose was same as which in western medicine group, and also received treatment of modified Hewei Jiangni decoction, 1 dose per day. Course of treatment in both groups was 8 weeks. Scores of symptoms of stagnancy heat of the liver and stomach, endoscopic of esophageal mucosa, reflux diagnostic questionnaire (RDQ) and life quality were evaluated before and after treatment. Recovered patients received a 6-month follow-up, recurrence rates and scores of endoscopic of esophageal mucosa were graded. **Result:** The total effective rate of improvement of traditional Chinese medicine syndrome in observation group was 93.75%, which is superior to that in western medicine group (81.25%) ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of elimination of inflammation in observation group was 90.62%, which is superior to that in western medicine group (75%)

**[收稿日期]** 20140527(167)

**[通讯作者]** \*周海新,副主任医师,从事中西医结合胃肠病临床工作, Tel:13398966887, E-mail:hdhtatt@163.com

( $P < 0.05$ ). Scores symptoms of stagnancy heat of the liver and stomach, endoscopic of esophageal mucosa and RDQ in observation group were all lower than those in western medicine group ( $P < 0.01$ ). Except for score of physical pain, the SF36 scores of health scale in observation group were higher than those in western medicine group ( $P < 0.01$ ). During the 6-month follow-up, recurrence rate in observation group was 23.5%, which is lower than that in western medicine group (64%), and when it relapse, score of endoscopic of esophageal mucosa in observation group was lower than that in western medicine group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Based on the treatment of proton pump inhibitor, treatment of modified Hwei Jiangni decoction not only relieve short-term symptoms of GERD (stagnancy heat of the liver and stomach type), but also improve cure rate and quality of lives, furthermore reduce long-term recurrence rate.

**[Key words]** gastroesophageal reflux disease; Hwei Jiangni decoction; stagnated heat of liver and stomach type; recurrence rate; quality of life

胃食管反流病(GERD)包括非糜烂性反流病(NERD)、糜烂性食管炎(EE)和 Barrett 食管(BE)3 种类型。调查显示我国广东社区人群研究显示每周有烧心症状的患病率为 6.2%;北京和上海两地同时进行的人群调查结果显示 GERD 的患病率为 5.77%<sup>[1]</sup>。GERD 在消化系统疾病中占 29.4%,已成为最常见的胃肠功能紊乱性疾病之一<sup>[2]</sup>。GERD 的治疗目标为治愈食管炎,缓解症状,提高生活质量和预防并发症,目前临床仍以药物保守治疗为主,包括采用抑酸药物治疗和促动力药物治疗<sup>[1]</sup>。GERD 是慢性疾病,在 6 个月内复发率高达 80%~90%<sup>[3]</sup>,因此从控制症状、预防并发症和减少复发率的角度而言对 GERD 采取维持治疗<sup>[1]</sup>。

GERD 属于中医“食管瘿”等范畴,认为本病病因与生活方式和情志变化等关系密切,病位在食管和胃,与肝胆、脾、肺相关。中医采取辨证治疗、针灸及情志、饮食调节等综合疗法在控制反流,缓解症状,巩固疗效,防止复发方面显示了一定的优势,并形成了“胃食管反流病中医诊疗共识意见”指导临床<sup>[4]</sup>。和胃降逆汤是笔者临床治疗 GERD 的经验方,本研究观察了和胃降逆汤加减对 GERD(肝胃郁热证)近期疗效及复发的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 128 例患者均来自海南省中医院消化科 2011 年 10 月—2013 年 9 月,随机按数字表法分为西药组和观察组各 64 例。西药组男 37 例,女 27 例;年龄 23~65 岁,平均(36.8±12.7)岁;其中 NERD 22 例,EE 30 例;BE 12 例;病程 14~65 个月,平均(29.3±14.5)个月;观察组男 40 例,女 24 例;年龄 25~62 岁,平均(35.3±13.1)岁;其中 NERD 20 例,EE 31 例;BE 13 例;病程 12~69 个月,平均(30.5±16.2)个月。两组在年龄、性别、类型及病程等一般资

料比较差异无统计学意义,具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照“中国胃食管反流病共识意见”<sup>[1]</sup>制定,①内镜证实为 EE;②有典型的烧心反酸等症状,内镜检查无食管黏膜破损,24 h 食管 pH 监测显示病理性酸反流;③质子泵抑制剂(PPI)诊断性治疗阳性。符合上述任一条件者即可诊断为 GERD。

**1.2.2 中医肝胃郁热证辨证标准** 参照“胃食管反流病中医诊疗共识意见”<sup>[4]</sup>,主症:①烧心;②反酸。次症:①胸骨后灼痛;②胃脘灼痛;③脘腹胀满;④暖气反流;⑤心烦易怒;⑥嘈杂易饥;⑦舌红、苔黄,脉弦。

**1.3 纳入标准** ①符合 GERD 诊断且辨证为肝胃郁热证者;②年龄 18~65 岁;③治疗前 2 周停用影响本试验的药物如质子泵抑制剂,胃肠动力药;④取得患者知情同意。

**1.4 排除标准** 排除其他原因引起的食管病变,如药物性食管炎、霉菌性食管炎、腐蚀性食管炎、免疫相关的食管病变、贲门切除术后、贲门失弛缓症、幽门梗阻等疾病所致者;合并严重心、肝、肾、血液等系统严重疾病者;精神障碍疾病者;合并肿瘤者;妊娠或哺乳期妇女。

**1.5 治疗方法** 生活方式改变,包括抬高床头、睡前 3 h 不再进食、避免高脂肪食物、戒烟、戒酒、减肥等。西药组服用奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,批号 20121562),20 mg/次,早晚各服 1 次;枸橼酸莫沙必利片(鲁南贝特制药有限公司,批号 20120575),5 mg/次,3 次/d。观察组服用奥美拉唑镁肠溶片同西药组,同时服用和胃降逆汤加减治疗,药物组成:党参 20 g,柴胡、法半夏、黄芩、青木香、柿蒂各 10 g,茯苓 15 g,黄连 3 g,甘草 5 g,大枣 5

枚;随证加减:热盛者加蒲公英 15 g,龙胆草 6 g;腹胀者加大腹皮 15 g;恶心甚者加陈皮、竹茹各 12 g;烧心重者加百合 15 g,煨瓦楞子 30 g<sup>(先煎)</sup>;糜烂病变者加梔子 12 g;溃疡者加黄芪 15 g,白及 15 g,三七粉 6 g<sup>(冲服)</sup>,阿胶珠 10 g<sup>(烱化)</sup>。两组疗程均为 8 周。

**1.6 观察指标** ①肝胃郁热证评分 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>,症状轻重分为 4 级,主症分别记录 0,2,4,6 分,次症分别记录 0,1,2,3 分。治疗前后各进行 1 次评价。②食管黏膜内镜<sup>[4]</sup> 0 级(0 分):食管黏膜没有破损;I 级(1 分):1 个或 1 个以上食管黏膜破损,长径 ≤ 5 mm;II 级(2 分)1 个或 1 个以上食管黏膜破损,长径 > 5 mm,但没有融合性病变;III 级(3 分):黏膜破损融合,但 < 75% 的食管周径;IV 级(4 分):黏膜破损融合,至少达到 75% 的食管周径。③反流性疾病问卷(RDQ)量表,针对烧心、反流、非心源性胸痛、反酸 4 种反流相关症状,进行症状发作频率及严重程度评分<sup>[4]</sup>,治疗前后各进行 1 次评价。④生活质量 采用 SF-36 健康量表<sup>[4]</sup>,治疗前后各进行 1 次评价。⑤复发情况

对达到痊愈患者进行 6 个月的随访观察,计算复发率及复发时食管黏膜内镜评分。

**1.7 疗效标准** ①中医证候疗效<sup>[5]</sup> 采用尼莫地平法计算,疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。临床痊愈:疗效指数 ≥ 95%。显效:疗效指数 ≥ 70% 但 < 95%。有效:疗效指数 ≥ 30% 但 < 70%。无效:疗效指数 < 30%。②胃镜下炎症疗效<sup>[4]</sup> 痊愈:内镜下食管黏膜正常。显效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为 2 分。有效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为 1 分。无效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为 0 分或为负值。

**1.8 统计学处理** 采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 中医证候疗效比较 观察组中医证候疗效总

有效率为 93.75%,西药组为 81.25%,经组间比较观察组优于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组中医证候疗效比较( $n = 64$ )

组别	临床痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
西药	28	14	10	12	81.25
观察	35	15	10	4	93.75 <sup>1)</sup>

注:与西药组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ (表 2 同)。

**2.2 胃镜下炎症疗效比较** 治疗后观察组胃镜下炎症疗效总有效率为 90.62%,西药组为 75%,经组间比较观察组优于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组胃镜下炎症疗效比较( $n = 64$ )

组别	痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
西药	25	12	11	16	75.00
观察	34	17	7	6	90.62 <sup>1)</sup>

**2.3 肝胃郁热证、食管黏膜内镜和 RDQ 量表评分比较** 治疗后两组肝胃郁热证、食管黏膜内镜和 RDQ 量表评分均比治疗前明显下降( $P < 0.01$ ),观察组治疗后肝胃郁热证、食管黏膜内镜和 RDQ 量表评分均低于西药组( $P < 0.01$ ),见表 3。

表 3 两组治疗前后肝胃郁热证、食管黏膜内镜和 RDQ 量表评分比较( $\bar{x} \pm s, n = 64$ ) 分

组别	时间	肝胃郁热证	食管黏膜内镜	RDQ 量表
西药	治疗前	24.5 ± 6.4	2.84 ± 0.43	23.9 ± 4.5
	治疗后	8.3 ± 2.7 <sup>1)</sup>	0.87 ± 0.19 <sup>1)</sup>	7.7 ± 3.6 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	25.3 ± 6.8	2.91 ± 0.51	24.4 ± 4.7
	治疗后	2.5 ± 1.1 <sup>1,2)</sup>	0.45 ± 0.17 <sup>1,2)</sup>	3.4 ± 1.8 <sup>1,2)</sup>

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与西药组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.01$ (表 4 同)。

**2.4 生活质量评分比较** 治疗后 SF-36 健康量表各维度评分均比治疗前显著升高( $P < 0.01$ ),治疗后观察组除身体疼痛维度外其他维度评分均高于西药组( $P < 0.01$ ),见表 4。

表 4 两组治疗前后生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s, n = 64$ ) 分

组别	时间	生理功能	生理职能	身体疼痛	总体健康	生命活力	社会职能	情感职能	精神健康
西药	治疗前	64.5 ± 15.3	60.2 ± 14.8	76.5 ± 13.4	58.7 ± 16.5	61.8 ± 17.6	58.4 ± 14.9	54.6 ± 17.1	55.6 ± 16.9
	治疗后	75.3 ± 16.7 <sup>1)</sup>	72.6 ± 16.3 <sup>1)</sup>	87.9 ± 18.1 <sup>1)</sup>	75.3 ± 16.2 <sup>1)</sup>	77.3 ± 18.5 <sup>1)</sup>	73.7 ± 17.5 <sup>1)</sup>	72.2 ± 20.4 <sup>1)</sup>	76.2 ± 17.3 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	62.9 ± 14.7	58.9 ± 15.5	74.7 ± 15.6	57.9 ± 15.7	60.6 ± 16.4	59.9 ± 16.3	56.5 ± 16.9	53.9 ± 15.7
	治疗后	87.2 ± 17.2 <sup>1,2)</sup>	86.3 ± 17.4 <sup>1,2)</sup>	90.6 ± 14.2 <sup>1)</sup>	88.6 ± 17.1 <sup>1,2)</sup>	89.4 ± 19.2 <sup>1,2)</sup>	88.1 ± 18.4 <sup>1,2)</sup>	91.5 ± 18.4 <sup>1,2)</sup>	88.3 ± 15.1 <sup>1,2)</sup>

**2.5** 两组复发情况及复发时食管黏膜内镜评分比较 随访 6 个月观察组复发率为 23.5%,西药组为 64%,观察组复发率低于西药组( $P < 0.01$ ),观察组复发时食管黏膜内镜评分也低于西药组( $P < 0.01$ ),见表 5。

表 5 两组复发情况及复发时食管黏膜内镜比较

组别	例数	复发/例	复发率/%	食管黏膜内镜/分 ( $\bar{x} \pm s$ )
西药	25	16	64.0	1.87 ± 0.65
观察	34	8	23.5 <sup>1)</sup>	1.16 ± 0.54 <sup>1)</sup>

注:与西药组比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

GERD 是一个由多因素引起的疾病,可能与一过性下食管括约肌松弛、食管清除能力降低、食管黏膜屏障功能的损害、食管内脏高敏感性、胃、十二指肠功能紊乱、幽门螺旋杆菌感染及社会心理因素有关,但发病机制复杂,尚未研究清楚<sup>[6]</sup>。现代医学针对酸反流的主要机制,主要采用强效抑酸药物质子泵抑制剂(PPI)抑酸治疗,辅以胃黏膜保护剂及促胃动力药物。PPI 初始治疗 GERD 效果显著,是治疗 GERD 首选药物,但 GERD 反复发作,又使其效应逐渐下降。现代中医学者根据不同临床表现分别将 GERD 归属于“吐酸”“嘈杂”“噎隔”“梅核气”等病证进行论治,其病机概括为肝胆失于疏泄,胃失和降,胃气上逆,临床常见肝胃郁热、胆热犯胃等 6 种证型<sup>[4]</sup>。有研究显示四川地区 GERD 患者中肝胃郁热证占 50.85%<sup>[7]</sup>,这可能与该地区多湿多热有关,笔者地处海南省为常年多湿多热之地,临床以肝胃郁热常见。因此宜治以疏肝泄热,和胃降逆之法。和胃降逆汤中以柴胡疏肝解郁,青木香行气解郁,柿蒂降逆下气,黄芩、黄连泻热解毒,配法半夏则辛开苦降,党参、茯苓健脾和胃化湿,甘草、大枣缓急和中。

本研究显示治疗后观察组肝胃郁热证评分、食管黏膜内镜评分和 RDQ 量表评分均低于西药组,观察组胃镜下炎症疗效和中医证候疗效均优于西药组,并提示了和胃降逆汤加减配合 PPI 能减轻 GERD 反流,缓解症状,近期疗效优于单纯西药治疗。

GERD 呈慢性、反复发作的特点,治疗效果欠佳,反酸、烧灼感和反食等症状及其他并发症严重影响着患者的生活质量。调查显示 GERD 患者生活

质量较正常健康人群明显下降,在 NERD、女性患者中更为突出,其中精神心理因素可能在 GERD 发病中起到一定作用<sup>[8]</sup>。20%~30% 的 GERD 人群生活质量因此受到严重影响,部分未经治疗的 GERD 患者症状相关生活质量的下降超过了未经治疗的心绞痛及高血压<sup>[9]</sup>。本研究显示采用和胃降逆汤加减治疗后,观察组 SF-36 健康量表除身体疼痛维度外其他维度评分均明显高于西药组,表明了本方具有显著提高 GERD 生活质量的功能,这可能与改善 RDQ 量表评分,减轻症状,并通过“疏肝解郁”改善患者负面情绪有关。

从 6 个月的随访观察还发现,观察组复发率低于西药组,复发时食管黏膜内镜评分也低于西药组,均显示了和胃降逆汤加减治疗对患者食管黏膜的修复更好,作用更持久,其远期疗效优于单纯的西医治疗。

### [参考文献]

- [1] 林三仁,许国铭,胡品津,等. 中国胃食管反流病共识意见(2006 年)[J]. 胃肠病学,2007,12(4):233.
- [2] 刘汶,王仲霞,韩假假,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.
- [3] 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.
- [4] 张声生,李乾乾,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.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124.
- [6] 涂蕾,侯晓华. 胃食管反流病的病因和发病机制[J]. 现代消化及介入诊疗,2011,16(1):37.
- [7] 李志,段国勋,陈拥军,等. 反流阳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.
- [8] 瞿国强,胡宏艳,李安,等. 胃食管反流病患者生活质量调查 187 例[J]. 世界华人消化杂志,2010,18(8):834.
- [9] Arihiro S, Kato T, Ito K, et al. Correlation between symptomatic improvement and quality of life in patients with reflux and dyspeptic symptoms[J]. J Clin Biochem Nutr,2012,50(3):205.

[责任编辑 何希荣]