

中西医结合治疗对胃食管反流病食道动力及酸反流的影响

张丽贤^{*}, 袁双珍, 陈玉梅, 闫玉红, 王丽华
(河北省衡水市哈励逊国际和平医院, 河北 衡水 053000)

[摘要] **目的:**探讨气滞胃痛颗粒和木香顺气丸联合奥美拉唑镁肠溶片及盐酸伊托必利片的治疗对胃食管反流病(GERD)食道动力及酸反流的影响。**方法:**90例GERD患者采用随机按数字表法分为西药组和观察组各45例。西药组服用奥美拉唑镁肠溶片,20 mg/次,早、晚各1次;盐酸伊托必利片,50 mg/次,3次/d。观察组在西药组治疗的基础上加服气滞胃痛颗粒,5 g/次,3次/d;木香顺气丸,6 g/次,3次/d。两组疗程均为8周。进行治疗前后反流性疾病问卷(RDQ)量表评分;进行治疗前后食管测压和24 h食管pH监测。**结果:**治疗后两组上食管括约肌(UES)和下食管括约肌(LES)静息压较治疗前增高,观察组增高更为显著($P < 0.01$),两组湿咽成功率较治疗前提高,观察组高于西药组($P < 0.01$);观察组酸反流总次数、酸反流 > 5 min的次数、总计 $pH < 4$ 的百分比、卧位 $pH < 4$ 的百分比、最长反流时间和DeMeester评分均较治疗前减少($P < 0.01$),治疗后观察组酸反流总次数和DeMeester评分少于西药组($P < 0.01$);观察组反流性疾病问卷(RDQ)量表烧心、反流、非心源性胸痛、反酸评分及总分均低于西药组($P < 0.01$)。**结论:**中西医结合治疗能增强食管体部蠕动功能、改善食道动力及减少酸反流,从而减轻GERD临床症状,疗效优于单纯的西医治疗。

[关键词] 胃食管反流病; 气滞胃痛颗粒; 木香顺气丸; 食道动力; 酸反流

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)23-0205-04

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2014230205

Influence on Esophageal Motility and Acid Reflux in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease Using Integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine Therapy

ZHANG Li-xian^{*}, YUAN Shuang-zhen, CHEN Yu-mei, YAN Yu-hong, WANG Li-hua
(Harrison International Peace Hospital of Hengshui City in Heibei Province, Hengshui 053000, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the influence of Qizhi Weitong granules and Muxiang Shunqi pills combined with omeprazole magnesium enteric-coated tablets and itopride hydrochloride tablets on esophageal motility and acid reflux in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). **Method:** Ninety GERD patients were randomly divided into western medicine group (45 cases) and observation group (45 cases) by random number table. Patients in western medicine group took 20 mg omeprazole magnesium enteric-coated tablets orally morning and night and 50 mg itopride hydrochloride tablets 3 times daily. Based on the treatment of western medicine group, patients in observation group added 5 g Qizhi Weitong particle 3 times daily, and 6 g Muxiang Shunqi pills 3 times daily. All patients in two groups received 8-week course of treatment. Score of reflux disease questionnaire (RDQ) scale was recorded before and after the treatment. Esophageal manometry and 24 h esophageal pH monitoring were conducted. **Result:** The resting pressure of upper and lower esophageal sphincter in both groups were increased after treatment. Besides, the observation group obtained better results ($P < 0.01$). Success rate of wet swallowing in both groups was increased as compared with that before, and the success rate in observation group was higher than that in western medicine group ($P < 0.01$). The total number of acid reflux, the number of acid reflux > 5 min, the percentage of total $pH < 4$, the percentage of decubitus $pH < 4$, the longest reflux

[收稿日期] 20140806(198)

[通讯作者] * 张丽贤, 硕士, 主治医师, 从事胃肠病的临床研究, Tel: 15933180138, E-mail: zhanglixian2013@aliyun.com

time and DeMeester score in observation group were decreased after treatment ($P < 0.01$). Besides, total number of acid reflux and DeMeester score in observation group were less than those in western medicine group ($P < 0.01$). RDQ scale heartburn, reflux, non cardiac chest pain, anti acid score and total score in observation group were inferior to those in western medicine group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Integrated traditional Chinese medicine and western medicine therapy can strengthen function of esophageal peristalsis, improve esophageal motility, reduce acid reflux, and relieve GERD symptoms. The curative effect of this therapy is superior to using western medicine treatment alone.

[Key words] gastroesophageal reflux disease; Qizhi Weitong granules; Muxiang Shunqi pills; esophageal motility; esophageal acid reflux

胃食管反流病(GERD)为临床常见慢性疾病,易反复发作,严重影响患者的生活质量。具数据显示北京 GERD 的患病率为 10.19%,上海为 7.76%,西安为 16.89%^[1]。GERD 的发病机制主要是抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜的攻击作用增强所致,其中食管动力功能障碍和酸反流被认为是其发病机制中的重要环节^[2]。现代医学主要采用抑酸药物和促动力药物治疗,其疗效有限,且停药后复发率高达 70%~80%^[3]。近年来中医药对本病也进行了广泛深入的研究,其临床疗效确切,可很快缓解症状,能减少复发,展现了中医药在该研究领域潜力和优势,具有广阔的前景。

气滞胃痛颗粒具有舒肝和胃之功,木香顺气丸具有行气化湿,健脾和胃之功,笔者在临床上用气滞胃痛颗粒+木香顺气丸配合抑酸药物和促动力治疗 GERD 取得较好的效果,本研究观察了气滞胃痛颗粒和木香顺气丸联合奥美拉唑镁肠溶片和盐酸伊托必利片的中西医结合治疗方案对食道动力及酸反流的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择哈励逊国际和平医院消化内科 2012 年 9 月—2013 年 12 月的 90 例患者作为研究对象,采用随机按数字表法分为西药组和观察组各 45 例。西药组男 26 例,女 19 例;年龄 26~63 岁,平均(41.4±8.8)岁;病程 6~53 个月,平均(20.4±14.7)个月;观察组男 23 例,女 22 例;年龄 29~64 岁,平均(42.7±9.2)岁;病程 9~62 个月,平均(22.8±15.5)个月。两组年龄、性别、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 2006 年制定的“中国胃食管反流病共识意见”^[4],有典型的食管症状综合征,如明显烧心、胸骨后疼痛、反酸、反食等;进行内镜检查证实;质子泵抑制剂(PPI)诊断性治疗

阳性。

1.2.2 肝胃不和辨证标准^[2] 反酸,暖气,胃脘胀满,双肋疼痛,胸闷,暖气频繁,食欲不振,大便不畅,舌苔薄白,脉弦。

1.3 纳入标准 ①符合 GERD 西医诊断标准;②符合肝胃不和辨证者;③年龄 18~65 岁;④取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①消化性溃疡、有上消化道手术史、消化系肿瘤、卓—艾综合征等其他消化系统疾病;②其他原因引起的食管病变;③妊娠或哺乳期妇女;④入选前 2 周内未服用过促胃肠动力剂或抑酸剂者;⑤合并严重心、肝、肾、血液等系统严重和精神障碍疾病者;⑥不愿意配合检查治疗者。

1.5 治疗方法 西药组服用奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 J20030104),20 mg/次,早、晚各 1 次;盐酸伊托必利片(哈药集团制药六厂,国药准字 H20030195),50 mg/次,3 次/d。观察组在西药组治疗的基础上加用气滞胃痛颗粒(辽宁华润本溪三药有限公司,国药准字 Z21021522),5 g/次,3 次/d;木香顺气丸(成都九芝堂金鼎药业有限公司,国药准字 Z51020971),6 g/次,3 次/d。两组疗程均为 8 周。

1.6 观察指标

1.6.1 食管测压 采用美国 Given Imaging 公司的胃肠动力测压系统。患者禁食至少 8 h 后平卧位检测,经鼻腔插入测压导管,调整导管深度,使显示屏上显示食管近端和远端 2 个高压带,分别为上食管括约肌(UES)和下食管括约肌(LES),记录 UES 和 LES 静息压、蠕动波传导速度、湿咽成功率^[6]。治疗前后的各评价 1 次。

1.6.2 24 h 食管 pH 监测 24 h 食管动态记录酸反流的总次数、酸反流 > 5 min 的次数、总计 pH < 4 的百分比、立位 pH < 4 的百分比、卧位 pH < 4 的百分比、最长反流时间。结果判定标准:pH < 4 总时间

百分比 < 4.5% 且 DeMeester 计分 < 14.72 定义为生理性酸反流 (pH^-), 否则为病理性酸反流 (pH^+)^[4]。

1.6.3 症状评分 采用反流性疾病问卷(RDQ)量表^[4]即耐信量表,对烧心、反流、非心源性胸痛、反酸等症状的程度及频率进行评分,治疗前后各进行1次评价。

1.7 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 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后食管测压情况比较 治疗后两组 UES 和 LES 静息压比治疗前有所增高,观察组增高更为显著 ($P < 0.01$);两组蠕动波传导速度较治疗前增快,但差异无统计学意义;两组湿咽成功率较治疗前提高,观察组高于西药组 ($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组治疗前后食管测压情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	时间	UES 静息压/mmHg	LES 静息压/mmHg	蠕动波传导速度/ $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$	湿咽成功率/%
西药	治疗前	53.7 ± 8.4	18.4 ± 4.43	3.54 ± 0.83	43.9 ± 8.5
	治疗后	58.3 ± 9.1 ¹⁾	22.7 ± 4.19 ¹⁾	3.61 ± 0.79	51.2 ± 10.5 ¹⁾
观察	治疗前	52.7 ± 9.5	19.1 ± 5.01	3.48 ± 0.92	44.6 ± 7.7
	治疗后	64.5 ± 10.7 ^{1,2)}	26.4 ± 4.83 ^{1,2)}	3.76 ± 0.85	59.4 ± 11.4 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与西药组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 2 ~ 3 同)。

2.2 两组治疗前后 24 h 食管 pH 监测情况比较 治疗后西药组酸反流总次数和 DeMeester 评分较治疗前减少 ($P < 0.01$),其他指标变化无统计学意义;观察组酸反流总次数、酸反流 > 5 min 的次数、总计

pH < 4 的百分比、卧位 pH < 4 的百分比、最长反流时间和 DeMeester 评分均比治疗前减少 ($P < 0.01$);治疗后观察组酸反流总次数和 DeMeester 评分均少于西药组 ($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组治疗前后 24 h 食管 pH 监测情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	时间	酸反流总 /次	> 5 min /次	总计 pH < 4 /%	立位 pH < 4 /%	卧位 pH < 4 /%	最长反流 /min	DeMeester /分
西药	治疗前	87.2 ± 12.3	10.8 ± 2.5	8.38 ± 4.15	11.82 ± 4.93	6.72 ± 2.49	25.5 ± 6.3	40.3 ± 7.8
	治疗后	80.2 ± 9.6 ¹⁾	9.2 ± 2.9	7.27 ± 3.71	10.70 ± 4.23	6.44 ± 1.87	23.7 ± 5.7	32.7 ± 6.6 ¹⁾
观察	治疗前	92.4 ± 13.4	11.3 ± 2.7	9.13 ± 4.09	12.04 ± 4.82	6.85 ± 2.35	26.3 ± 6.9	41.1 ± 8.2
	治疗后	71.7 ± 7.5 ^{1,2)}	8.5 ± 2.0 ¹⁾	6.86 ± 3.25 ¹⁾	9.88 ± 4.63	5.59 ± 1.56 ¹⁾	20.1 ± 5.2 ¹⁾	25.2 ± 6.9 ^{1,2)}

2.3 两组患者治疗前后反流性疾病问卷(RDQ)量表评分比较 治疗后两组 RDQ 量表烧心、反流、非心源性胸痛、反酸评分及总分均比治疗前

下降 ($P < 0.01$),治疗后观察组 RDQ 量表各维度评分及总分均低于西药组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组治疗前后 RDQ 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	时间	反酸	反流	烧心	胸痛	总分
西药	治疗前	8.43 ± 2.75	5.14 ± 1.15	9.15 ± 2.74	6.95 ± 1.89	28.63 ± 4.75
	治疗后	2.78 ± 1.03 ¹⁾	1.95 ± 0.79 ¹⁾	2.86 ± 1.17 ¹⁾	2.47 ± 1.02 ¹⁾	8.43 ± 2.16 ¹⁾
观察	治疗前	8.67 ± 3.05	5.26 ± 1.20	9.36 ± 3.18	7.04 ± 1.83	29.24 ± 5.13
	治疗后	1.24 ± 0.75 ^{1,2)}	0.87 ± 0.46 ^{1,2)}	1.15 ± 0.91 ^{1,2)}	0.72 ± 0.44 ^{1,2)}	3.65 ± 1.29 ^{1,2)}

3 讨论

GERD 是一种上消化道动力障碍性疾病,其发病机制复杂目前尚未研究清楚。目前认为多因素促成了 GERD 的发生,包括抗反流防御机制降低,如

LES 功能障碍,食管清除功能下降,食管组织抵抗力减弱;胃酸、胃蛋白酶、胆汁等攻击因子对食管黏膜的损害;幽门螺旋杆菌感染及社会心理因素等等^[7]。GERD 的治疗目标是缓解症状,治愈食管炎,

提高生活质量,预防复发和并发症,主要治疗药物包括抑酸药、促动力药、胃黏膜保护剂等^[4]。

GERD 属于中医“食管瘿”、“吐酸”、“嘈杂”等病证范畴。其病位在食管和胃,与肝胆脾肺关系密切,其基本病机概括为肝胆失于疏泄,胃失和降,胃气上逆^[2]。气滞胃痛颗粒由柴胡、延胡索(炙)、枳壳、香附(炙)、白芍、炙甘草等组成,临床上用于肝郁气滞、胸痞胀满、胃脘疼痛,具有抗溃疡、抗炎镇痛和促胃动力作用^[8-9]。木香顺气丸中青皮、香附疏肝调气、理气止痛,木香、砂仁、枳壳、槟榔健脾理气,和胃止痛;陈皮、厚朴、苍术健脾燥湿,理气和中,甘草调胃和中。具有疏肝健脾、理气消滞的功效^[10]。本组资料显示治疗后观察组 RDQ 量表烧心、反流、非心源性胸痛、反酸等症状评分明显下降并低于西药组,提示了气滞胃痛颗粒和木香顺气丸的使用,更有利于 GERD 临床症状的控制。

PPI 是强力的抑酸药物,是治疗 GERD 首选药物,对初治患者临床疗效显著。由于 GERD 存在明显的 LES 等动力障碍,因此临床也经常使用胃肠动力配合 PPI 以提高疗效^[11]。但由于目前的疗法无法根治本病,GERD 呈反复发作特点,因而 PPI 随着使用频率的增加,其疗效逐渐下降,即使每日使用 2 次,仍有高达 54% 的 GERD 患者没有完全控制症状^[12],因此寻找新的治疗方案成为临床必然要求。

本组资料显示治疗后观察组 UES 和 LES 静息压比西药组增加,观察组湿咽成功率较高于西药组,提示了加用气滞胃痛颗粒和木香顺气丸后的中西医结合疗法能改善食管与胃动力障碍。治疗后观察组酸反流总次数、酸反流 > 5 min 的次数、总计 pH < 4 的百分比、卧位 pH < 4 的百分比、最长反流时间和 DeMeester 评分均较治疗前减少;其中酸反流总次数和 DeMeester 评分少于西药组,提示了中西医结合疗法更且助于改善 GERD 酸反流,从而有利于临床症状的减轻。

综上,本研究显示,采用气滞胃痛颗粒和木香顺气丸联合奥美拉唑镁肠溶片和盐酸伊托必利片的中

西结合治疗方案能改善 GERD 患者烧心、反流、胸痛、反酸等症状,其机制可能与增强食管体部蠕动功能、改善食道动力及减少酸反流有关,其疗效优于单纯的西医治疗,值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 唐旭东,王萍,卞立群,等. 胃食管反流病的流行病学研究[J]. 现代消化及介入诊疗,2008,13(1):22.
- [2] 张声生,李乾构,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.
- [3] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:370.
- [4] 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.
- [5] 罗云坚,余绍源. 消化科专病中医临床诊治[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:4.
- [6] Pandolfino J E, Ghosh S K, Rice J, et al. Classifying esophageal motility by pressure topography characteristics: a study of 400 patients and 75 controls [J]. Am Gastroenterol,2008,103(1):27.
- [7] 方莉,孟立娜. 胃食管反流病的发病机制相关因素及其药物治疗[J]. 胃肠病学,2008,13(11):696.
- [8] 崔亚玲,孟宪生,包永睿,等. 气滞胃痛颗粒促胃肠动力有效物质组分协同关系及作用机制研究[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2014,16(1):2014.
- [9] 许雯雯,王帅,孟宪生,等. 神经网络结合灰色关联度法对气滞胃痛颗粒复方药材抗炎活性谱效关系研究[J]. 中国中药杂志,2013,38(11):1806.
- [10] 黄建东,农田泉. 木香顺气丸治疗原发性肝癌术后腹胀气疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(24):3046.
- [11] 李丽梅. 兰索拉唑联合莫沙必利对胃食管反流患者的胃食管动力学及胃电活动指标的影响研究[J]. 海南医学院学报,2013,19(5):620.
- [12] Chey W D, Mody R R, Izat E. Patient and physician satisfaction with proton pump inhibitors (PPIs): are there opportunities for improvement? [J]. Dig Dis Sci, 2010,55(12):3415.

[责任编辑 何希荣]