

加減黃連湯治療反流性食管炎 38 例臨床觀察

李 焱*, 鄭 玉

(昆明市中医医院內一科, 昆明 650011)

[摘要] 目的:观察加減黃連湯治療反流性食管炎的臨床療效。方法:該病患者 70 例,隨機分為對照組(32 例)和治療組(38 例),治療組給予黃連湯加西藥基礎治療,對照組給予泮托拉唑和多潘立酮治療,兩組均治療,4 周後復查胃鏡並觀察臨床療效。結果:治療組臨床總有效率 97% (胃鏡觀察 95%),對照組臨床總有效率為 78% (胃鏡觀察 75%),兩組比較均有統計學差異($P < 0.05$)。結論:採用中西醫結合療法治療反流性食管炎有較好的療效。

[關鍵詞] 反流性食管炎;中西醫結合療法;加減黃連湯

[中圖分類號] R 285.6 **[文獻標識碼]** B **[文章編號]** 1005-9903(2010)06-0262-02

胃內容物(包括十二指腸液)反流入食管產生症狀或併發症時,稱為胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)。酸(碱)反流導致的食管黏膜破損稱為反流性食管炎。為臨床常見的消化系統疾病,典型的 GERD 症狀有如明顯燒心、反酸、胸骨後灼痛等,可伴有上腹部症狀如脹悶、疼痛等,以及咽炎、哮喘、中耳炎等食管外併發症狀,症狀較重時可嚴重影響患者工作及生活質量,長期不愈部分病人存在食管狹窄或癌病風險。西醫治療採用質子泵抑制劑(PPI)、 H_2 受體拮抗劑、黏膜保護劑及促動劑等藥物治療,但存在藥物在治療過程中敏感性下降、療程長及易復發等諸多問題。筆者於 2007 年 2 月至 2009 年 6 月採用中西醫結合療法治療反流性食管炎 38 例,並設對照組 32 例比較,取得很好的療效。

1 資料與方法

1.1 臨床資料 所選病例系本院住院及門診患者,共 70 例,採用分層隨機法分為治療組 38 和對照組 32 例。治療組男 23 例,女 15 例,年齡 18~74 歲,平均 47.5 歲,病程 2 個月~10 年;對照組男 19 例,女 13 例,年齡 19~73 歲,平均 45.9 歲,病程 3 個月~12 年。兩組患者一般資料比較,無顯著性差異($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 診斷標準 所有病例選擇均具有明顯反酸、

燒心及胸骨後灼痛或不適等症狀,並在本院行電子胃鏡檢查,符合中華醫學會消化內鏡學分會反流性食管炎診斷標準(2003 年)^[1];排除消化道潰瘍,消化道腫瘤,食管、胃手術史及嚴重心、肺、肝、腎功能不全者。

1.3 治療方法 對照組:泮托拉唑腸溶膠囊 40 mg,每日 1 次;多潘立酮片 10 mg,每日 3 次。治療組:在對照組基礎上給予自擬方加減黃連湯:炒黃連 8 g,炮姜 9 g,枯芩 9 g,吳茱萸 6 g,桂枝 9 g,太子參 18 g,醋半夏 12 g,薏苡仁 30 g,雞內金 15 g,赤芍 12 g,生麥芽 18 g,桔梗 9 g,炒枳殼 9 g,九香蟲 6 g,甘草 6 g。加減:胸脘灼熱,加淡豆豉 10 g,炒梔子^(沖) 10 g;胸脘刺痛,加川芎 12 g,胃脘隱痛喜溫按,減黃連量為 4 g,加烏藥 12 g;胸悶,加薤白 15 g,瓜蒌殼 10 g,川芎 15 g;口渴思飲,去醋夏,加天花粉 18 g,沙參 15 g;渴喜熱飲,芩、連的量減半,炮姜改干姜,加砂仁 6 g;大便干結,思冷飲,去姜、桂,加生石膏 60 g(軋細,先煎 0.5 h),知母 12 g,生地黃 30 g;久病乏力,自汗,口干不思飲,加黃芪 24 g,當歸 12 g;便溏,加炒白朮 15 g,懷山藥 18 g。前述藥物以冷水 1 200 mL,浸泡 0.5 h,煮取 500 mL,為 1 日量,作 3 服,每日 1 劑,每周 5~7 劑。兩組患者均囑其節制飲食,避免飽食,宜清淡,忌厚味肥甘及辛辣,盡量戒煙、戒酒。治療組和對照組均治療 4 周,4 周後隨訪觀察臨床症狀並復查胃鏡比較。

1.4 療效判定標準 臨床療效評定^[2]:臨床症狀消失為痊癒;症狀基本消失或明顯好轉為有效;症狀改善不明顯或加重為無效。內鏡判斷標準:按照中華醫學會消化內鏡學分會反流性食管炎診斷標準

[收稿日期] 20100109(001)

[通訊作者] * 李焱,研究方向為中西醫結合消化系病及消化內窺鏡, Tel:13888200657, E-mail:liiyao@yahoo.cn

(2003 年)进行诊断分级,内镜下食管炎消失者为痊愈;食管炎改善≥1 个等级为有效;无变化或加重为无效。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件包进行统计分析,等级资料均采用秩和检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	有效	无效	治愈率/%	有效率/%
治疗	38	25	12	1	66	97
对照	32	11	14	7	34	78

注:与对照组治疗后对比, $P<0.05$ (下同)。

2.2 内镜下疗效比较 见表 2。

表 2 两组内镜下疗效比较

组别	例数	痊愈/例	有效/例	无效/例	治愈率/%	有效率/%
治疗	38	20	16	2	53	95
对照	32	7	17	8	22	75

3 讨论

笔者在以往采用前人所述方法治疗该病时,发现有些时候疗效不满意,有时太过,有时又不及。近年来通过临床观察及对治未病思想的深入学习和体会后发现:①该病的病程呈慢性过程,治疗旷日持久,王道无近功;②该病病机和证候纷繁芜杂,脏腑、寒热、虚实、气血、湿痰等诸因素,互为交织,兼证较多;很多病人在治疗过程中或因他病不可避免的服用多种西药,以及延治,从而使部份病人出现证候的传变,产生变证,治疗时易顾此失彼,而使治疗难度加大;③有部分病人仅有一个单一的反流或烧心症状,但通过四诊又难以确定病机病证,呈无证可辨之状。能否从其病机症状的共性作为治疗的契合点,抓主症,并结合“治未病—既病防传”的思想,“读经典,做临床”,从典型方(汤)证入手,以方证相关性研究方法,寻找一方(治)法呢?《伤寒论》:“伤寒,胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者,黄连汤主之。”从症状来看,颇似胃食管返流病的典型症状。宋金时成无己注曰:“胃中有邪气,使阴阳不交,阴不得升,而独治于下…… 阳不得降而独治于上,为胸

中热。与黄连汤,升降阴阳之气。”故按方证相关性研究方法,选择黄连汤治疗该病以观察疗效。成无己注方解:“上热者,治之以苦,黄连之苦寒以降阳;下寒者,散之以辛,姜、桂、半夏之辛温以升散;脾欲缓,急食甘以缓之,人参、甘草、大枣之甘以益胃。”另以吴茱萸配黄连苦辛降逆,《丹溪心法》立此方:“治嘈杂吞酸”;反流性食管炎内镜下均有不同程度充血、水肿、糜烂,西为中用,在此可借“内痛”的思路治之,赤芍伍薏苡仁活血消痈托毒,鸡内金引药入病所;枳壳、桔梗、生麦芽畅胸膈胃之气机以通上下;九香虫性温味咸,《本草纲目》谓其:治“胸脘滞气”,反流性食管炎病程长,叶天士所言:“久痛入于络”,此药虫类入络活血剔络,理气止痛。随证加减时应注意中病即止,勿使苦寒辛热太过而使病机及证候转归出现逆象。每周服用 5~7 剂,由病人掌握服药天数,病人对治疗依从性较高。该方重脾胃,存中气,兼顾血分,立足于中焦气机,谨守阴阳升降;明该病之常变微著,不偏不倚,清温调和之中固守中气,使正气不虚,证候也不致转逆,一定程度上体现了既病防传的思想,取得较好的疗效。另外①古代医学典籍浩如烟海,现代医学中的很多疾病均可在古代医籍中考证到相似的记载,老一辈中医工作者提出“读经典,做临床”的观点,可谓真知灼见,是很值得我们深思。②在该病的治疗中后期,发现大多数病人的证候均有不同程度的虚象,值得今后在证候的流行病学及证候的时相性研究方面作进一步的研究,以了解证候的时相性与动态性之间的联系,为该病的证治提供更为科学、合理的依据。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 8 (21): 221.
[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 37.

[责任编辑 邹晓翠]