

加减四逆散治疗幽门螺杆菌相关性胆汁反流性胃炎疗效观察

吴宜华

(江苏省苏州市相城区中医医院脾胃病科 苏州 215000)

摘要:目的:探究采用加减四逆散治疗幽门螺杆菌相关性胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:选取 2016 年 1 月~2018 年 6 月收治的 106 例 Hp 相关性胆汁反流性胃炎患者,按随机数字表法分成对照组与观察组,各 53 例。对照组埃索美拉唑+阿莫西林+克拉霉素标准三联治疗,观察组在对照组治疗基础上加用加减四逆散治疗。比较两组治疗前后中医证候积分、临床疗效及 Hp 清除率与复发率。结果:治疗后,观察组胃痛、胃胀、灼烧感、反酸等中医证候积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗总有效率、Hp 清除率高于对照组,复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:与标准三联疗法比较,标准三联疗法联合四逆散加减治疗 Hp 相关性胆汁反流性胃炎可提高治疗效果,进一步改善中医证候,提高 Hp 根除率,降低复发率。

关键词:幽门螺杆菌相关性胆汁反流性胃炎;加减四逆散;中医证候积分

中图分类号:R573

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.006

胆汁反流性胃炎是幽门括约肌功能失调、胃幽门手术等多种原因引起胆汁、胰液等物质反流至胃中,导致胃黏膜糜烂、出血,以上腹部疼痛、灼烧感、嗝气、反酸等症状为临床表现的胃部炎性疾病,严重影响患者生活质量。患者合并幽门螺杆菌(Hp)感染与未合并幽门螺杆菌感染的治疗方案有较大差别。如合并存在 Hp 感染应首先根除 Hp,临床多采取西医标准三联疗法,可有效清除 Hp,但对反流症状无显著治疗效果^[1]。有关研究指出,四逆散加减治疗胆汁反流性胃炎具有较好的临床疗效^[2]。本研究探讨在标准三联疗法治疗基础上加用四逆散加减治疗 Hp 相关性胆汁反流性胃炎的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 1 月~2018 年 6 月收治的 106 例 Hp 相关性胆汁反流性胃炎患者,按随机数字表法分成对照组与观察组,各 53 例。对照组男 28 例,女 25 例;年龄 38~69 岁,平均(55.62±6.65)岁;病程 6 个月~10 年,平均(5.21±0.25)年。观察组男 27 例,女 26 例;年龄 38~70 岁,平均(55.64±6.59)岁;病程 6 个月~10 年,平均(5.18±0.27)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准,入选患者均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)西医诊断符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[3]相关诊断标准。(2)中医诊断符合《幽门螺杆菌相关性胃炎患者中医病、证规律研究》^[4]中痞满证型诊断标准。主症:上腹部疼痛、胸闷不适、反酸、嗝气、口干;次症:食欲减退、恶心呕吐,苔薄白,脉弦细。(3)均经胃镜检查及¹⁴C 尿素呼气试验证实为 Hp 相关性胆汁反流性胃炎。排除标准:(1)有胃部手术、胆囊手术、胆结石病史,患有糖尿病;(2)伴有严重心、肝、

肾功能不全;(3)对治疗药物过敏。

1.3 治疗方法 对照组采用标准三联疗法:埃索美拉唑(国药准字 H20046379)口服,40 mg/次,1 次/d;阿莫西林(国药准字 H43020265)口服,1.0 g/次,2 次/d;克拉霉素(国药准字 H19990104)口服,1.0 g/次,1 次/d。连续治疗 6 周。观察组在对照组治疗基础上加用加减四逆散治疗。方剂组成:陈皮、醋柴胡、生姜、生甘草各 6 g,麸炒白芍、香附、枳实各 10 g,代赭石 25 g,旋覆花 30 g。随症加减:胃脘冷痛、喜按便溏者,生姜改炮姜 8 g,白术 10 g;嘈杂泛酸者加吴茱萸 8 g,黄连 3 g;积食者加焦山楂、神曲各 10 g;显著腹胀者加碎槟榔 10 g;胃脘灼痛者加红藤 15 g。日煎 1 剂,去渣留汁 300 ml,分早晚 2 次服用,连续服用 6 周。

1.4 评价指标 (1)比较两组治疗前与治疗 6 周后中医证候积分。中医证候积分参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]评定,包括胃痛、胃胀、灼烧感、反酸等症状,以 0、2、4、6 分别表示症状无、轻微、中度、重度。(2)比较两组临床疗效。疗效标准^[5],显效:胃脘痛、反酸、灼烧感等症状消失,胃镜检查显示正常,¹⁴C 尿素呼气试验显示为阴性;有效:胃脘痛及其他症状减轻,发作次数明显减少,胃镜检查胃黏膜好转,¹⁴C 尿素呼气试验为阳性;无效:临床症状无改善,胃镜检查胃黏膜无改变,¹⁴C 尿素呼气试验为阳性。总有效率=显效率+有效率。(3)比较两组 Hp 清除率,6 个月后复发率。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件。计数资料以%表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 治疗后,观察组胃

痛、胃胀、灼烧感、反酸等中医证候积分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃痛		胃胀		灼烧感		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	3.62± 1.15	1.42± 0.57*	3.68± 1.32	1.35± 0.53*	2.94± 1.23	1.14± 0.33*	3.26± 1.43	1.22± 0.45*
观察组	53	3.58± 1.12	0.72± 0.28*	3.71± 1.29	0.76± 0.42*	2.99± 1.19	0.82± 0.26*	3.31± 1.37	0.85± 0.17*
t		0.181	8.025	0.118	6.352	0.213	5.545	0.184	5.600
P		0.856	0.000	0.906	0.000	0.832	0.000	0.855	0.000

注:与同组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率 96.23%(显效 33 例,有效 18 例,无效 2 例)高于对照组的 83.02%(显效 24 例,有效 20 例,无效 9 例),差异有统计学意义($\chi^2=4.970, P=0.026$)。

2.3 两组 Hp 清除率及复发率比较 观察组 Hp 清除率高于对照组,复发率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 Hp 清除率及复发率比较[例(%)]

组别	n	Hp 清除	复发
对照组	53	50(94.34)	8(15.09)
观察组	53	41(77.36)	1(1.89)
t		6.290	4.371
P		0.012	0.015

3 讨论

Hp 是一种常见的革兰阴性菌,多出现在慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃癌等消化系统疾病中。胆汁反流性胃炎合并 Hp 感染的发病率较低,但有关研究指出,Hp 感染可导致胃泌素的释放量增加,抑制幽门括约肌收缩,这是引发胆汁反流的重要因素之一。

西医治疗 Hp 感染多采用埃索美拉唑、阿莫西林与克拉霉素标准三联方案。其中埃索美拉唑是一种质子泵抑制剂,对胃食管反流性疾病具有良好疗效,与相应抗菌疗法联合使用,可提高 Hp 根除率,防止与 Hp 相关性消化系统疾病复发;阿莫西林是一种常见的半合成抗生素,具有较强的杀菌作用及细胞膜穿透力,对 Hp 具有较强的抗菌活性;克拉霉素为大环内酯类抗生素,体内抗菌活性较强。三种药物联合用于 Hp 相关性胆汁反流性胃炎的治疗可增强抗菌效果,有效根除患者体内 Hp,但对反流症状的治疗效果不甚理想^[6-7]。

胆汁反流性胃炎属于中医学“痞满、胃脘痛”等范畴,病机为饮食积滞、中焦气机受阻、胃阳渐虚,进而导致气滞血瘀于胃,通降下行之功丧失,故治疗应以温阳理气、健脾祛湿为主。有关研究指出,四逆散加减治疗胆汁反流性胃炎具有良好疗效,可有效改善患者临床症状^[8]。本研究采用标准三联疗法与四逆散加减疗法联合治疗 Hp 相关性胆汁反流性胃炎患者,结果显示观察组治疗后胃痛、胃胀、灼烧感、反

酸等中医证候积分、复发率均低于对照组,治疗总有效率与 Hp 清除率均高于对照组,表明在标准三联疗法治疗基础上,加用四逆散加减治疗可改善患者临床症状,提高治疗效果及 Hp 清除率,降低复发率。四逆散出自《伤寒论》,主要用于治疗肝胃气滞。方剂中柴胡主升,具有疏肝解气、通达阳气的作用;枳实主降,具有行气散结、宣通胃络的功效;芍药与甘草可和脾制肝、益阴缓急;香附具有理气宽中、疏肝解郁的功效;旋覆花可补中下气;代赭石可平肝降逆;陈皮具有燥湿化痰、理气健脾之效;生姜可温中止呕。全方共奏降逆和胃、疏肝理气之功^[9]。现代药理研究证实,柴胡具有抗菌、抗炎、抗病毒、利胆保肝的作用;枳实可有效抑制胆汁反流,改善幽门状态;芍药可有效抑制胃液分泌^[10]。

综上所述,与标准三联疗法比较,采用标准三联疗法联合四逆散加减治疗 Hp 相关性胆汁反流性胃炎,可显著提高治疗效果,改善中医证候,提高 Hp 根除率,降低复发率。

参考文献

- [1]孙天燕,吴作艳,张越溪,等.幽门螺杆菌与胆汁反流性胃炎的关系研究[J].医学研究杂志,2016,45(7):146-149,152
- [2]魏国清.中西医结合治疗胆汁反流性胃炎疗效观察[J].湖北中医杂志,2017,39(1):31-32
- [3]张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064
- [4]金晨曦,吴琼,陈海燕,等.幽门螺杆菌相关性胃炎患者中医病、证规律研究[J].中医学报,2018,33(3):477-480
- [5]汪楠,王垂杰,李玉锋.中药联合“四联疗法”治疗 Hp 阳性慢性胃炎疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2017,37(4):406-409
- [6]骆定海,毛鑫礼,邵颖颖,等.三联疗法与胃炎灵联合治疗胃溃疡幽门螺杆菌感染的临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(2):105-107
- [7]王海燕,王柏青,李甜甜,等.雷贝拉唑三联疗法在萎缩性胃炎并发幽门螺杆菌感染患者中的应用效果[J].中华医院感染学杂志,2017,27(9):2001-2004
- [8]熊艳.中西医结合治疗胆汁反流性胃炎临床观察[J].实用中医药杂志,2018,34(2):177-178
- [9]丁宁.四逆散加味治疗肝胃不和型胆汁反流性胃炎 50 例[J].河南中医,2015,35(3):486-488
- [10]陈振江.四逆散联合奥美拉唑治疗肝郁脾虚型慢性胃炎[J].北方药学,2016,13(12):33-34

(收稿日期:2019-06-04)