

自拟健脾和胃方在脾虚气逆型反流性食管炎患者中的应用观察

马永俊

(河南省原阳县人民医院内科 原阳 453500)

摘要:目的:探讨自拟健脾和胃方治疗脾虚气逆型反流性食管炎(RE)患者的效果。方法:选取 2018 年 10 月至 2020 年 3 月收治的 92 例脾虚气逆型 RE 患者为研究对象,依照随机数字表法分为西医组和联合组,各 46 例。西医组以多潘立酮+法莫替丁治疗,联合组于西医组基础上联合自拟健脾和胃方治疗。比较两组临床疗效,治疗前后血清促胃动素、促胃液素、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-8 及白细胞介素-6 含量。结果:联合组治疗总有效率为 95.65%(44/46),高于西医组的 80.43%(37/46),差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后联合组血清促胃动素、促胃泌素含量均高于西医组,肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-8、白细胞介素-6 含量均低于西医组($P<0.05$)。结论:自拟健脾和胃方治疗脾虚气逆型 RE 效果确切,可改善患者胃肠动力,减轻炎症状态。

关键词:反流性食管炎;脾虚气逆型;健脾和胃方;胃肠动力

中图分类号:R571.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.016

反流性食管炎(Reflux Esophagitis, RE)为消化系统多发病,病程长、难根治、易反复,可继发食管出血、穿孔、狭窄等,严重危害患者健康和生活质量^[1-3]。RE 现阶段临床以抑酸药、促胃动力药治疗,虽能起到一定缓解作用,但疗程长、停药后复发率高,因此整体疗效不佳^[4-6]。RE 归属于中医学“泛酸”范畴,主要由脾胃虚弱、气机上逆而致,故常以降逆和胃、益气健脾治疗^[7-10]。自拟健脾和胃方具有理气和胃、健脾降逆之效。本研究选取脾虚气逆型 RE 患者,探讨自拟健脾和胃方治疗脾虚气逆型 RE 的效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 10 月至 2020 年 3 月收治的 92 例脾虚气逆型 RE 患者为研究对象,依照随机数字表法分为联合组和西医组,各 46 例。联合组男 21 例,女 25 例;年龄 34~63 岁,平均(48.26 \pm 7.04)岁;病程 1~8 年,平均(4.65 \pm 1.57)年;内镜洛杉矶分级:A 级 32 例,B 级 12 例,C 级 2 例。西医组男 19 例,女 27 例;年龄 35~64 岁,平均(49.67 \pm 7.06)岁;病程 2~7 年,平均(4.38 \pm 1.09)年;内镜洛杉矶分级:A 级 34 例,B 级 11 例,C 级 1 例。两组一般资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医

学伦理委员会批准,患者对本研究内容知情,自愿参与并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:经食管胃镜诊断证实为 RE,中医证型为脾虚气逆型;近 10 d 内未采用相关中药、抑酸剂治疗。(2)排除标准:胃镜检查阴性、反流症状群、上消化道出血、食管狭窄;幽门梗阻、十二指肠球部溃疡所致 RE;十二指肠、食管、胃部手术史;合并糖尿病、结缔组织病、器质性病变。**1.3 治疗方法** 西医组给予多潘立酮片(国药准字 H20123058)+法莫替丁片(国药准字 H43020096)治疗,多潘立酮饭前 30 min 口服,10 mg/次,3 次/d;法莫替丁饭后口服,20 mg/次,2 次/d。联合组于西医组基础上联合自拟健脾和胃方治疗。方剂组成:焦白术 10 g、党参 12 g、山药 15 g、代赭石 15 g、枳壳 10 g、法半夏 10 g、甘草 6 g、陈皮 10 g。纳呆加麦芽 15 g、神曲 12 g;噎气加刀豆子 15 g、旋复花 10 g;烧心、嘈杂加浙贝母 12 g;胀痛加郁金 10 g、川楝子 12 g。药物浸泡 30 min,煮开后改小火煮 30 min,煎煮 2 次,取药汁 300 ml。1 剂/d,分 2 次温服。两组均持续治疗 8 周。

1.4 检测方法 取 6 ml 静脉血,离心(半径 8 cm;时间 12 min;转速 3 000 r/min),分离,取上清液,以

放射免疫法测定两组血清胃动素 (MTL)、促胃液素 (GAS) 含量, 试剂盒由武汉博士德生物工程公司提供; 采用酶联免疫吸附法 (ELISA) 测定两组肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平, 试剂盒由北京热景生物技术公司提供。

1.5 疗效评定标准 采用中医症候积分评定, 反酸、烧心、嗝气、食少、脘胁胀痛、便溏不爽等症状根据无、轻、中、重分别记 0、1、2、3 分, 各症状积分和即为中医症候积分。中医症候积分降低 $\geq 95\%$ 为控制; 中医症候积分降低 70%~94% 为显效; 中医症候积分降低 30%~69% 为有效; 与上述标准不符为无效。总有效率 = (有效例数 + 显效例数 + 控制例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 观察指标 (1) 临床疗效。(2) 治疗前后 MTL、GAS 水平。(3) 治疗前后 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平。

1.7 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验; 计数资料以 % 表示, 用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 联合组治疗总有效率为 95.65%, 高于西医组的 80.43% ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	<i>n</i>	控制	显效	有效	无效	总有效
联合组	46	11 (23.91)	20 (43.48)	13 (28.26)	2 (4.35)	44 (95.65)
西医组	46	7 (15.22)	18 (39.13)	12 (26.09)	9 (19.57)	37 (80.43)
χ^2						5.060
<i>P</i>						0.025

2.2 两组治疗前后 MTL、GAS 水平比较 治疗前, 两组血清 MTL、GAS 水平对比, 无显著性差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组血清 MTL、GAS 水平较治疗前升高, 且联合组高于西医组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 MTL、GAS 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	MTL (ng/L)		GAS (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	46	243.67 \pm 36.52	325.85 \pm 47.15*	112.89 \pm 17.83	169.35 \pm 21.42*
西医组	46	239.74 \pm 34.48	289.37 \pm 40.68*	114.61 \pm 18.46	138.79 \pm 17.95*
<i>t</i>		0.531	3.973	0.455	7.417
<i>P</i>		0.597	0.000	0.651	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平比较 治疗前, 两组血清 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平对比 ($P >$

0.05); 治疗后, 两组血清 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平较治疗前降低, 且联合组低于西医组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TNF- α (pg/ml)		IL-8 (ng/L)		IL-6 (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	46	16.48 \pm 2.69	8.54 \pm 1.76*	23.36 \pm 4.21	12.65 \pm 3.18*	20.53 \pm 3.78	9.23 \pm 1.59*
西医组	46	17.15 \pm 2.87	12.35 \pm 2.14*	24.05 \pm 4.19	17.94 \pm 3.82*	19.41 \pm 3.12	14.72 \pm 2.28*
<i>t</i>		1.155	9.326	0.788	7.341	1.550	13.396
<i>P</i>		0.251	0.000	0.433	0.000	0.125	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

有研究表明, 食管下段括约肌功能紊乱, 十二指肠、胃内容物及胃酸反流到食管为 RE 发生的重要原因^[11]。因此西医认为减少胃酸分泌、恢复胃肠动力为治疗 RE 的关键。多潘立酮、法莫替丁为常用促胃动力药及胃酸抑制药^[12-13], 对治疗 RE 有积极意义,

短期效果较佳, 但停药后复发率较高。

RE 归属于中医学“胃脘痛、泛酸”范畴, 其中脾虚气逆型好发于老年人, 主要由脾胃不调、脾气受阻、胃气上逆所致, 因此以和胃降逆、健脾理气、抑酸止呕为主要治疗原则。陈霞等^[14]研究指出, 西医疗法基础上联合自拟和中健脾汤能促进 RE 患者胃肠动

力,增强治疗效果。本研究结果显示,联合组治疗总有效率为 95.65%,高于西医组的 80.43%,治疗后血清 MTL、GAS 水平均高于西医组 ($P<0.05$),可见自拟健脾和胃方可调节脾虚气逆型 RE 患者胃肠动力,提高疗效,与上述研究结果基本相符。分析原因在于自拟健脾和胃方由焦白术、党参、山药、代赭石、枳壳、法半夏、甘草、陈皮等中药组成,其中焦白术性温味甘,归胃、脾经,具有健脾止泻之效;党参性平味甘,可入肺、脾经,发挥健脾益肺、补中益气的作用;而山药性平味甘,归肾、脾、肺经,有补虚羸、益肺肾、降脾胃之功;法半夏性温味辛,能入肺、胃、脾经,有消痞散结、降逆止呕、燥湿化痰之效。诸药并用,随症加减,共奏和胃健脾、补中益气、降逆止呕之效。另外药理学研究表明,法半夏能降低胃蛋白酶活性、胃液酸度,发挥胃黏膜保护作用;陈皮、枳壳能改善胃肠蠕动,促进胃排空;而甘草能加速分泌胃黏液,提高氨基己糖水平,增强黏液、胃黏膜屏障^[15]。因此自拟健脾和胃方可保护胃黏膜,改善胃肠动力,促进胃排空,提高治疗效果。

RE 是一种食管慢性炎症疾病,和炎症反应有密切关系。其中 IL-8、IL-6 为炎症介质重要部分,可损伤食管屏障,加重反流症状。动物试验表明,RE 大鼠模型中 IL-8、IL-6 水平明显高于正常大鼠^[16]。而 TNF- α 是由活化巨噬细胞、单核细胞分泌,能诱导 IL-8、IL-6 等细胞因子产生。有研究表明,其能降低食管平滑肌细胞对乙酰胆碱、电刺激作用下的收缩反应^[17]。本研究结果显示,治疗后联合组血清 TNF- α 、IL-8、IL-6 水平均低于西医组 ($P<0.05$),表明自拟健脾和胃方可调控机体 TNF- α 、IL-8、IL-6 等炎症因子水平,减轻炎症反应,以促进病情转归。

综上所述,自拟健脾和胃方治疗脾虚气逆型 RE 患者以可有效调节胃肠动力,减轻炎症反应,增强疗效。

参考文献

- [1]Anis K,Chandnani A,Ahmed MU,et al.Retrospective Analysis of Eosinophilic Esophagitis in Patients with Refractory Gastroesophageal Reflux Disease[J].Cureus,2019,11(7):e5252.
- [2]Tanabe T,Hoshino S,Kawami N,et al.Efficacy of long-term maintenance therapy with 10-mg vonoprazan for proton pump inhibitor-resistant reflux esophagitis [J].Esophagus,2019,16 (4): 377-381.
- [3]Kinoshita Y,Kato M,Fujishiro M,et al.Efficacy and safety of twice-daily rabeprazole maintenance therapy for patients with reflux esophagitis refractory to standard once-daily proton pump inhibitor: the Japan-based EXTEND study [J].J Gastroenterol,2018,53 (7): 834-844.
- [4]余俊奇,孙晓娜,牛秋霞,等.中西医结合治疗反流性食管炎 43 例临床研究[J].江苏中医药,2018,50(6):37-39.
- [5]苏冬梅,李军祥,刘新平,等.基于胃底黏膜组织 Ghrelin 水平变化探讨参赭培气汤治疗反流性食管炎的疗效及机制[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(9):665-668.
- [6]翟晓刚,刘彩霞,马荣炜,等.胃苏颗粒联合奥美拉唑对反流性食管炎患者的疗效分析[J].辽宁中医杂志,2021,48(10):132-135.
- [7]王红梅,杨小茜,刘晶,等.健脾降逆汤治疗脾虚型反流性食管炎疗效评价[J].西部中医药,2019,32(8):85-88.
- [8]高玮,杜昕,王洪博.旋覆代赭汤加减联合穴位埋线对肝胃不和证反流性食管炎患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(11):3255-3257.
- [9]周军怀.泄热降逆汤联合兰索拉唑肠溶胶囊治疗肝胃郁热证反流性食管炎的疗效研究[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(8):1021-1024.
- [10]李泉静,程秉山,王妙.旋覆代赭汤合小陷胸汤治疗肝胃气逆型反流性食管炎疗效及对胃肠道自主神经功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(19):2142-2145.
- [11]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.
- [12]高舒达临床协作组.法莫替丁治疗反流性食管炎多中心临床观察 [J].中华消化杂志,2003,23(7):410-413.
- [13]樊雯.多潘立酮联合康复新液治疗反流性食管炎的疗效[J].实用临床医药杂志,2020,24(21):22-24,28.
- [14]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性细胞因子水平的影响[J].国际中医中药杂志,2020,42(3):213-216.
- [15]李享,陈思,彭美哲,等.健脾和胃温阳利膈方治疗胃食管反流病 38 例疗效观察[J].北京中医药,2019,38(6):519-524.
- [16]肖姣,李亦凡,罗斌,等.和中健脾方对混合反流性食管炎模型大鼠食管黏膜的保护作用及对核转录因子- κ B 信号通路的影响[J].上海中医药杂志,2018,52(8):73-77.
- [17]樊俊杰,侯健,黄玉伟.六郁汤治疗反流性食管炎临床药效及对血浆 TNF- α 、IL-6 影响[J].中华中医药学刊,2019,37(1):200-202.

(收稿日期: 2021-12-08)

(上接第 42 页) 华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(8): 247.

- [9]Susanna Mantovani,Simon S Smith,Richard Gordon,et al.An overview of sleep and circadian dysfunction in Parkinson's disease[J]. Sleep Res,2018,27(3):e12673.
- [10]滕龙,洪芳,何建成.熟地黄对帕金森病异动症模型大鼠纹状体内 NMDA-R1、NMDA-R2 和 GABA-RB1 表达的动态变化研究[J].浙

江中医杂志,2018,53(11):788-789.

- [11]延沁儒,王春梅.异钩藤碱保护神经系统的药理研究进展[J].遵义医学院学报,2018,41(3):371-375.
- [12]陈澜.大麻素在中枢神经系统的药理作用及其机制[J].医药,2016,8 (6):271.
- [13]杨俊业,徐建国,周玲,等.夜交藤煎剂的镇静催眠作用[J].华西医科大学学报,1990,21(2):175-177.

(收稿日期: 2021-09-15)