

加味香苏散治疗肝胃气滞型胃食管反流病的 临床疗效评价

李雅军^{1*}, 闫文婷¹, 张玉柱²

1. 北京市通州区永乐店卫生院中医科, 北京 101105;

2. 北京市通州区东直门医院脾胃病科, 北京 101121

【摘要】目的 探索研究加味香苏散对于治疗肝胃气滞型胃食管反流病 (GERD) 的临床效果。**方法** 将北京市东直门中医院脾胃病科张玉柱主任专家门诊 2021 年 3 月到 2022 年 3 月共 60 例西医诊断为胃食管反流病的患者随机分成两组, 即对照组和治疗组, 各 30 例。治疗组 30 例患者予加味香苏散联合奥美拉唑肠溶胶囊进行治疗, 对照组 30 例患者予奥美拉唑肠溶胶囊治疗, 两组均给药 8 周后, 观察相应指标变化。**结果** 治疗前, 两组症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 治疗组症状积分优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 加味香苏散治疗肝胃气滞型胃食管反流病具有显著效果, 能够改善患者不适症状, 值得临床推广采纳。

【关键词】 胃食管反流病; 加味香苏散; 肝胃气滞型

【中图分类号】 R573 **【文献标识码】** A

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 在临床中是指发生在机体胃部或十二指肠部位的疾病, 属于常见胃病之一, 病因多为胃内容物反流引起。胃食管反流病根据实际情况可分为生理性与病理性两种, 分型取决于患者症状^[1]。在饱餐后、饮用大量液体时或大量饮酒后多症状加重; 卧位、下蹲、弯腰等体位变化亦可诱发。调整饮食习惯或避免卧位等不良体位可减少发作, 口服 PPI 类药物可有效控制症状。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例为北京市东直门中医院脾胃病科张玉柱主任专家门诊 2021 年 3 月到 2022 年 3 月共 60 例西医诊断为胃食管反流病的患者, 中医辨证属于肝胃气滞证型, 采用随机数字法分为治疗组和对照组, 各 30 例。试验开始前, 将试验相关事项告知患者, 并通过签署知情同意书进行备案。在治疗过程中, 治疗组 1 例患者因离京工作而未再就诊; 对照组 1

例患者因服药后出现不适而自行停用药物, 拒绝随访脱落, 因此最终两组各获得 30 例观察对象。

治疗组中女 15 例, 男 15 例; 年龄 25~66 岁, 平均年龄 (49.77 ± 11.35) 岁; 病程 2~12 周, 平均病程 (5.8 ± 2.1) 周。对照组中女 16 例, 男 14 例; 年龄 22~73 岁, 平均年龄 (49.43 ± 11.29) 岁; 病程 3~11 周, 平均病程 (5.8 ± 2.1) 周。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究符合《赫尔辛基宣言》。

1.1.1 入选标准

1.1.1.1 西医诊断标准

(1) 患者均符合《反流性食管炎诊断及治疗指南》^[2] 和《2014 年中国胃食管反流病专家共识意见》^[3] 中相关疾病诊断标准。

临床症状: 包括反酸、烧心、暖气、胸痛、上腹烧灼感等。

发作时间: 症状呈间歇发作且发作时间超过 4 周。

(2) 参照美国权威医疗机构制订的 LA 分类法。

通信作者: 李雅军, E-mail: 602473jun@163.com

表 1 LA 分类法

分级	内镜下病理改变
正常	食管黏膜没有破损
A 级	食管黏膜出现破损区域, 长径 < 5mm
B 级	食管黏膜出现破损区域, 长径 > 5mm, 未出现明显融合性病变
C 级	出现融合性病变, < 食管周径的 3/4
D 级	出现融合性病变, > 食管周径的 3/4

1.1.1.2 中医诊断标准

参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4]、胃食管反流病的相关诊断标准与中华人民共和国国家标准中医病证分类与代码(B/T15657-1995)对证型加以规范^[5], 具体如下。

肝胃气滞型:

主症: 反酸、烧心、反流、暖气。

次症: 胃脘痞反复感觉到胀疼痛感; 苔白。

诱因: 多有情志不遂、饮食不节等。

证型: 主症加上次症 2 项以上, 舌脉符合。

1.1.2 纳入标准

符合 GERD 西医诊断标准; 符合中医胃食管反流病的肝胃气滞型; 年龄在 20~75 岁之间; 遵医嘱, 能完成规定疗程用药。

1.1.3 排除标准

胃食管反流但伴有较多合并疾病, 服用多种药物; 已接受相关治疗并可能影响相关观察指标; 患者合并心\肝等脏器损害, 影响药效; 合并妊娠、精神异常, 或近期接受大型手术。

1.1.4 退出标准

未按研究要求实施干预措施, 无法判别疗效; 难以继续进一步研究; 患者退出研究。

1.2 方法

1.2.1 对照组

服用适量的奥美拉唑肠溶胶囊(海南海灵化学制药有限公司, 国药准字 H10920092, 规格: 20mg) 对患者进行治疗, 服用方法: 每日 2 次, 每次 1 粒, 于早、晚餐前半小时服用, 连续给药 8 周。

1.2.2 治疗组

在对照组基础上给予加味香苏散治疗。奥美拉唑肠溶胶囊给药同对照组, 加味香苏散张主任基础方: 紫苏梗 15g, 炒苏子 10g, 醋香附 12g, 枳实

15g, 连翘 15g, 木香 6g, 北柴胡 10g, 砂仁 3g(后下), 浙贝母 12g, 海螵蛸 30g(先煎), 川芎 6g, 炙甘草 6g。

胃脘痛明显加元胡、乌药; 舌苔厚腻, 饮食不化加焦四仙。日 1 剂, 加水 250ml 煎取汁 100ml, 分早晚饭后服。治疗时间为 8 周, 治疗前后各进行 1 次胃镜检查。

特别要求: 保持良好饮食; 忌抽烟饮酒。调畅情志; 避免过度劳累; 忌过饱; 忌剧烈体力活动等。

1.3 观察指标

1.3.1 胃食管反流病评分

症状评分以每周发生的次数为标准, 0~5 分。0 分: 无症状; 1 分: 1 周发生的次数 < 1 次; 2 分: 1 周发生的次数 2 次; 3 分: 1 周发生的次数 3 次; 4 分: 1 周发生的次数 4~5 次; 5 分: 1 周发生的次数 > 5 次。

1.3.2 中医症候疗效标准

参照《胃食管反流中医诊疗共识意见》^[6]及尼莫地平法(BDQ), 总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。痊愈: 症状基本消失, BDQ 总积分减少 95%; 显效: 症状明显改善, BDQ 总积分减少率 ≥ 70%; 有效: 症状好转, 70% > BDQ 总积分减少率 ≤ 30%; 无效: 未能达到上述标准。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 SPSS 24.0 对本研究数据进行分析, 计数资料以 $n(\%)$ 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 $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状积分比较

治疗前, 两组症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 治疗组症状积分优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组疗效比较

治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

受社会和医疗等因素影响, 导致我国胃食管反流病患病率不断升高^[6]。目前, 学者专家们开始

表 2 两组治疗前后症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

症状	烧心反酸		<i>t</i>	<i>P</i>	胃食管反流		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组 (n=30)	3.50 ± 0.94	1.47 ± 0.94	8.364	0.000	3.70 ± 0.79	1.40 ± 1.10	9.302	0.000
对照组 (n=30)	3.60 ± 0.93	2.27 ± 0.74	6.258	0.000	3.58 ± 0.71	2.17 ± 0.53	8.717	0.000
<i>t</i>	0.414	3.663			0.619	3.429		
<i>P</i>	0.340	0.000			0.269	0.000		

症状	胸骨后灼痛感		<i>t</i>	<i>P</i>	胸背攻窜作痛		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组 (n=30)	3.57 ± 0.86	1.27 ± 0.87	10.298	0.000	3.70 ± 0.92	1.50 ± 1.04	8.678	0.000
对照组 (n=30)	3.87 ± 0.82	2.30 ± 0.70	7.976	0.000	3.43 ± 0.82	2.23 ± 0.77	5.843	0.000
<i>t</i>	1.383	5.052			1.200	3.090		
<i>P</i>	0.086	0.000			0.118	0.000		

症状	消化不良		<i>t</i>	<i>P</i>	口干口苦		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组 (n=30)	3.90 ± 0.85	1.43 ± 0.73	12.074	0.000	3.77 ± 0.86	1.20 ± 1.00	10.673	0.000
对照组 (n=30)	3.70 ± 0.88	2.03 ± 0.56	8.769	0.000	3.60 ± 0.81	2.27 ± 0.94	5.871	0.000
<i>t</i>	0.895	3.572			0.788	4.270		
<i>P</i>	0.187	0.000			0.217	0.000		

症状	恶心		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	治疗后		
治疗组 (n=30)	3.80 ± 0.66	1.27 ± 0.88	12.598	0.000
对照组 (n=30)	3.60 ± 0.89	2.13 ± 0.63	7.384	0.000
<i>t</i>	0.989	4.352		
<i>P</i>	0.163	0.000		

表 3 两组疗效比较 [n (%)]

组别	样本总数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	2 (6.67)	7 (23.33)	19 (63.33)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	21 (70.00)	9 (30.00)	21 (70.00)
χ^2						4.007
<i>P</i>						0.045

关注质子泵抑制剂和促动力药等临床反应的研究和探讨, 研究内容包括质子泵抑制剂并发症和患者胃内细菌变化等, 具有重要的研究意义^[7]。

本研究中, 30 例患者接受加味香苏散联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗, 30 例仅接受奥美拉唑肠溶胶囊治疗, 从治疗效果观察来看, 在中西医结合治疗下临床治疗总有效率明显高于单独西药治疗, 患

者烧心反酸、胃食管反流、胸骨后灼痛感、胸背攻窜作痛、消化不良、口干口苦、恶心等症状均有显著改善, 证实该治疗方案的有效性及其可行性。

综上所述, 张玉柱主任经验方加味香苏散获得了理想的临床效果, 对于临床推广中药制剂及优化中医诊疗方案具有深远意义。

参考文献

- [1] Calvet X, Villoria A. Enfermedades esofágicas: enfermedad por reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett [Esophageal diseases: gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus] [J]. Gastroenterol Hepatol, 2012, 35 (Suppl 1): 26-34.
- [2] 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, 21(4): 221-222.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2014(10): 649-661.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326
- [5] 李文君. 李东垣调治脾胃病证方药研究[D]. 上海: 上海中医药大学, 2010.
- [6] 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): 844-847.
- [7] 肖英莲, 李延青, 唐承薇, 等. 埃索美拉唑诊断性试验对胃食管反流病诊断价值的随机、双盲、多中心研究[J]. 中华消化杂志, 2008, 28(4): 233-236.

(接第 46 页)

- [6] 邹婷, 苏临荣, 奚玉凤, 等. 针刺供血穴联合晕乃停和西比灵治疗颈性眩晕气虚血瘀证的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1933-1937.
- [7] 骆飞. 加味益气聪明汤结合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(29): 55-57.
- [8] 邱亿明. 针灸、电针联合小针刀治疗颈性眩晕患者的临床疗效分析[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(16): 31-33.
- [9] 周健红, 许东晴, 夏丽琴, 等. 小针刀治疗老年颈性眩晕过程中叙事医学对患者抑郁焦虑和生活质量的影响[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(3): 480-482.
- [10] 张俊杰, 田河水, 张侠杰, 等. 通窍活络汤联合小针刀对颈性眩晕患者椎动脉血流动力学及血管内皮功能的影响[J]. 国医论坛, 2020, 35(3): 29-31.
- [11] 李军义, 罗振强. 小针刀配合手法治疗颈性眩晕 45 例疗效观察[J]. 现代中医药, 2019, 39(4): 37-39
- [12] 肖赤字. 自拟定眩通络汤联合小针刀治疗椎动脉狭窄颈性眩晕疗效及对血管内皮因子和椎动脉血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(3): 254-258.

(接第 74 页)

- 2020, 11(9): 790-792.
- [2] 葛永桂, 郭婷婷, 王健, 等. 以偏侧舞蹈症为临床表现的急性脑梗死一例[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2019, 21(1): 85-86.
- [3] 张琪芳, 陈奕鹏. 糖尿病并发偏侧舞蹈症临床分析[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(13): 174-176.
- [4] 王晓宇, 张玉婷, 杨帆, 等. 非酮症高血糖相关性舞蹈症临床特征分析[J]. 临床荟萃, 2019, 34(10): 911-916.
- [5] 陈莉, 钟华. 糖尿病性偏侧舞蹈症 1 例报道[J]. 重庆医学, 2019, 48(19): 3418-3420.
- [6] 王雪梅, 王艳玲, 堵向楠, 等. 继发性偏侧舞蹈症患者疗效差异的相关因素分析[J]. 中国医药导报, 2019, 16(17): 50-53.
- [7] 金迪, 孙慧, 孙璇, 等. 以癲(痫)发作为首发症状的舞蹈病-棘红细胞增多症一例临床表型及基因突变分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(5): 349-354.