平肝降逆方治療胃食管反流病38例療效觀察

Observation of the clinical efficacy on 38 cases of gastroesophageal reflux disease treated with *Ping-Gan-Jiang-Ni* Forumula

孫洪濤　吳長君　張衛華　于凌　*SUN Hongtao, WU Changjun, ZHANG Weihua, YU Ling*

（巨野縣中醫院脾胃病科，山東　巨野　274900）

[摘要]　目的　觀察平肝降逆方治療胃食管反流病臨床療效。　**方法**　將68例胃食管反流病病人隨機分為治療組38例，對照組30例。對照組採用泮托拉唑聯合嗎丁啉口服，治療組應用中藥配方顆粒平肝降逆方治療。兩組均以4周為1療程。　**結果**　總有效率治療組92.1%，對照組83.3%，治療組療效優於對照組（P<0.05）。　**結論**　平肝降逆方治療胃食管反流病療效顯著，值得臨床推廣應用。

[關鍵詞]　胃食管反流病；平肝降逆方、療效觀察

胃食管反流病（GERD）為常見的消化系統疾病，是指胃、十二指腸內容物反流入食管而出現反酸、燒心、胸骨後疼痛等症狀為臨床表現的疾病，該病甚則可引起包括咳嗽、咽喉不適、哮喘和牙蝕等在內的食管外症狀。我們臨床運用自擬平肝降逆方治療本病，療效顯著，報道如下。

1　臨床資料

1.1 診斷標準　符合2006年三亞中華醫學會消化病分會中國胃食管反流病共識意見專家組《中國胃食管反流病共識意見》[1]制定的診斷標準。當患者出現包括反酸、燒心、胸骨後疼痛或不適、噯氣等典型症狀，或同時出現咽喉不適、咳嗽等食管外症狀時，可考慮為胃食管反流病。如能證實存在食管黏膜炎症和/或反流，則能明確診斷。對於無報警症狀的患者須具備下列胃食管反流病的內鏡下表現：內鏡檢查有反流性食管炎（RE）的鏡下特徵及Barrett食管（BE）。RE的分級參照1994年美國洛杉磯世界胃腸病大會制訂的LA分類法。A級：食管黏膜有一個或幾個黏膜破損，直徑小於5mm；B級：一個或幾個黏膜破損，直徑大於5mm，但破損間無融合現象；C 級：超過2個皺襞以上的黏膜融合性損傷，但小於75%的食管周徑；D級：黏膜破損相互融合範圍累積至少75%的食管周徑。BE的診斷主要根據內鏡檢查和食管黏膜活檢，當內檢查發現食管遠端有明顯的柱狀上皮化生並得到病理學檢查證實時，即可診斷為BE。

1.2 一般資料　觀察病例共68例，為我院2014年8月~2015年2月的門診患者，均符合2006年三亞《中國胃食管反流病共識意見》制定的診斷標準，隨機分為治療組和對照組。其中治療組38例，男17例，女21例，年齡27~75歲，平均49.7歲；具有內鏡下食管黏膜破損特徵的23例。對照組30例，男14例，女16例，年齡27~73歲，平均年齡49.2歲；具有內鏡下食管黏膜破損特徵的17例。兩組患者年齡、性別、病程、臨床表現及內鏡檢查結果等資料差異無統計學意義，具有可比性（P>0.05）。

2　治療方法

治療組口服自擬中藥平肝降逆方（中藥配方顆粒　廣東一方製藥有限公司），方藥組成：煅牡蠣20g，代赭石15g，旋覆花12g，法半夏10g，炒檳榔10g，黃連6g，吳茱萸2g，炒梔子10g，白芍15g，蒲公英20g，甘草3g。開水沖服，每日1劑。對照組口泮托拉唑腸溶片（錦州九泰藥業有限責任公司　國藥准字H20010035 規格：40mg/片）40mg，早餐前半小時服；多潘立酮片（西安楊森製藥有限公司　國藥准字H10910003　規格：10mg/片）10mg，日3次。兩組療程均為4周，治療期間，忌酒、酸、辣、甜飲食，禁用濃茶、咖啡。觀察治療前後患者臨床症狀、胃鏡復查變化情況。

Copyright 中國學會 版權所有 All Rights Reserved

3療效觀察

3.1 療效評價標準 參照2009年中華中醫藥學會脾胃病分會《胃食管反流病中醫診療共識意見》[2]進行評價。按症狀輕重分為4級（0、I、II、III），積分分別為0分、1分、2分、3分。主要症狀（反酸、燒心、胸骨後疼痛或不適、噯氣反流等典型反流症狀）的記錄與評價。臨床痊愈：原有症狀消失；顯效：原有症狀改善2級者；有效：原有症狀改善1級者；無效：原有症狀無改善或原症狀加重。

3.2 胃鏡療效判定標準 痊愈：內鏡下食管黏膜正常；顯著：胃鏡下炎症未消失，治療前後積分差為2分；有效：胃鏡下炎症未消失，治療前後積分差為1分。無效：胃鏡下炎症未消失，治療前後積分差為0分或為負值。胃鏡療效根據內鏡下食管炎分級A、B、C、D四級記為1，2，3，4分。

3.3 兩組臨床療效心較

表1 兩組臨床療效比較[例（%）]

組別	例數	臨床痊愈	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	38	8	19	8	3	35(92.1%)
對照組	30	4	10	12	4	25(83.3%)

表1示，治療組與對照組比較，經統計學處理，差異有統計學意義。治療組療效明顯為優（P<0.05）。

3.4 兩組內鏡療效比較

表2 兩組內鏡療效比較[例（%）]

組別	例數	臨床痊愈	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	23	13	4	2	4	19(82.6%)
對照組	17	5	3	4	5	12(70.6%)

納入組中，治療組內鏡檢查者23人，對照組內鏡檢查者17人。表2示，治療組與對照組比較，經統計學處理，差異有顯著性。治療組療效明顯為優（P<0.05）。

4 討論

胃食管反流病屬中醫學嘈雜、吞酸、噎膈等範疇。情志失調，傷及肝膽；飲食不節，損及脾胃是其主要的致病原因。其病位在食管，與肝膽、脾胃密切相關。現代人們生活工作節奏快、壓力大，常因情緒不舒，肝失條達，疏泄失職導致脾胃升降失調，氣機失常；肝胃同居中焦，飲食失宜及肝鬱化火致鬱熱內生，肝胃鬱熱上犯則發為本病。《醫學衷中參西錄》論胃氣不降治法中指出：「陽明胃氣以息息下行為順……乃有時胃氣不下行而轉上逆，推其致病之由，或因急躁多怒，肝膽氣逆上干……而胃受肝膽沖氣之排擠，其勢不能下行，轉隨其排擠之力而上逆。」[3]闡明了肝氣犯胃致肝胃之氣上沖的病因病機。故治療當以平肝清熱，和胃降逆為主。

針對病因病機，筆者自擬平肝降逆方治療該病療效明顯。方中選用煅牡蠣、代赭石平肝降逆為君藥；法半夏、炒檳榔、吳茱萸和胃降逆，輔助君藥平沖降逆；黃連、炒梔子、白芍、蒲公英清解肝胃鬱熱為佐藥，甘草調和藥為使，通過平肝清熱、和胃降逆，使肝胃之氣降，上沖鬱熱清，中焦氣機調，達到治療胃食管反流病的目的。

全　方　藥　證　相　合　，　故　臨　床　收　效　較　著　。

參考文獻：

[1] 中國胃食管反流病共識意見專家組. 中國胃食管反流病共識意見（2006·10三亞）. 中華內科雜誌，2007,46(2):170-173.

[2] 中華中醫藥學會脾胃病分會. 胃食管反流病中醫診療共識見（2009，深圳），中醫雜誌，2010,51(9):844-847.

[3] 清. 張錫純. 醫學衷中參西錄. 石家莊：河北人民出版社，1974:538.

（編委：羅德慧審校2017.07.06）

表1　兩組臨床療效比較 [例（%）]

組別	例數	臨床痊愈	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	38	8	19	8	3	35（92.1%）
對照組	30	4	10	12	4	25（83.3%）

表2　兩組內鏡療效比較 [例（%）]

組別	例數	臨床痊愈	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	23	13	4	2	4	19（82.6%）
對照組	17	5	3	4	5	12（70.6%）

香港註冊中醫學會　版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved