

理气清热汤治疗肝气犯胃型胆汁反流性胃炎临床疗效观察

童铭镛

(金华市婺城区江南街道社区卫生服务中心 浙江省金华市 321017)

摘要:目的: 观察对肝气犯胃型胆汁反流性胃炎采取理气清热汤治疗的效果。方法: 于 2021 年 7 月-2023 年 7 月纳入 90 名肝气犯胃型胆汁反流性胃炎患者分析, 采取随机分为对照组与实验组, 分别实施西药治疗、理气清热汤治疗, 比较中医症候、复发率、血清学水平、治疗有效性、不良反应。结果: 症候组前比较无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后对照组的脘腹胀痛、反酸暖气、口干口苦积分变化小于实验组, 治疗后复发率比较对照组较高, 血清学水平实验组更符合标准, 治疗效果及安全性实验组优于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 对肝气犯胃型胆汁反流性胃炎患者实施理气清热汤治疗可有效提升疾病治疗效果, 帮助患者尽早改善不适症状, 预防疾病后续反复发作, 提升疾病治疗安全性以及有效性。
关键词:肝气犯胃型胆汁反流性胃炎; 理气清热汤; 临床效果; 安全性; 中医症候

胆汁反流性胃炎是指受到多种因素影响胆汁反流到胃部损伤患者的胃粘膜, 致使患者胃粘膜出现炎症反应, 从而诱发暖气、反酸、呃逆、胃部灼热、脘腹胀满的情况, 对患者的生活质量存在较大影响^[1]。实验研究提出^[2], 胆汁反流性胃炎在临床上多经促胃肠动力药物、抑酸药物、胃粘膜保护剂等药物治疗, 但实际效果存在一定争议, 后续患者会出现复发率较高的情况, 无法保证疾病的预后质量。在中医学的进步下提出, 对胆汁反流性胃炎患者使用中汤药剂可有效控制病情, 从而改善病情治疗安全性以及有效性。中医学提出, 胆汁反流性胃炎隶属于“呕吐”、“胃痛”、“嘈杂”的范畴, 病位在胆, 与脾胃息息相关, 病机为脾胃运化失常, 肝气郁结、胆腑郁热影响脾胃, 临床治疗需坚持健脾和胃、清热理气、疏肝利胆等。理气清热汤为柴胡舒肝散加理气清热之品化裁而来, 临床使用效果具有止痛和胃、清热健脾、利胆疏肝等^[3]。本文选择 90 例肝气犯胃型胆汁反流性胃炎进行观察, 分析不同治疗方式的临床效果如下。

1、资料与方法

1.1 临床数据

于 2021 年 7 月-2023 年 7 月入选 90 例肝气犯胃型胆汁反流性胃炎的患者, 随机分为对照组与实验组, 各 45 人; 实验组年龄在 18-35 岁, 平均 (26.76 ± 2.71) 岁; 对照组年龄在 19-34 岁, 平均 (26.77 ± 2.68) 岁, 性别上对照组男女为 21/24; 实验组性别为女男为 23/22; 年龄以及性别资料对比差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

纳入标准: (1) 患者符合临床诊断标准; (2) 家属与患者均签署知情同意书; (3) 近期未使用质子泵抑制剂等药物; (4) 肝功能正常; (5) 肾功能正常。

排除标准: (1) 中途退出研究; (2) 资料不全; (3) 无法正常沟通; (4) 对实验药物过敏; (5) 肝肾功能异常。

1.2 方法

(1) 对照组-西医治疗: 本组患者需在餐后半小时给予铝碳酸镁(产自: 海南凯健制药有限公司 国药准字: 国药准字 H20093093 规格: 2g:0.5g*24 袋) 治疗, 每日用药频次为 3 次, 单次用药剂量为 1 克; 在此基础上在餐前半小时给予多潘立酮(产自: 山西宝泰药业有限责任公司 国药准字: 国药准字 H20010245 规格: 10mg*30 片) 药物, 一日用药三次, 单次剂量为 10 毫克; 对于用药后症状未改善患者可食用泮托拉唑(产自: 杭州中美华东制药有限公司 国药准字: 国药准字 H20010032 规格: 40mg*7 粒) 药物, 需在早餐前半小时温水送服用药, 一日一次, 一日剂量为 40 毫克。

(2) 实验组-理气清热汤: 本组患者在对照组治疗基础上给予理气清热汤治疗, 方剂含有炙甘草、陈皮、炒白术、厚朴、白芍、枳实、黄芩、竹茹、延胡索、茯苓、清半夏、柴胡, 分别有 10 克、10 克、20 克、10 克、15 克、10 克、15 克、10 克、10 克、15 克、15 克、20 克, 给予 800 毫升水煎熬, 取汤汁 300 毫升, 分早晚服用, 每次服用 150 毫升。

两组患者均持续用药一个月。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果: 观察患者治疗有效率, 涵盖治愈、显效、有效、无效四种, 其中无效未达到以下任一评估标准; 治愈: 患者无不适症状, 各项检测符合临床标准; 显效: 患者不适症状改善显著, 对工作生活无较大影响; 有效: 患者临床症状好转, 偶尔会影响正常活动。

(2) 安全性: 观察患者是否存在胃肠道反应(恶心腹胀)、乏力、头晕等不良症状。

(3) 中医症候: 观察患者脘腹胀痛、反酸暖气、口干口苦的积分变化, 按照中医症候积分分析, 探究治疗前后的症候变化。

(4) 血清学水平: 观察两组患者在 G-17、PGR、PG2、PG1 指标水平, 分别呈现为血清胃泌素 17、胃蛋白酶原 1 与胃蛋白酶原 2 的比值、胃蛋白酶原 2、胃蛋白酶原 1。

(5) 复发情况: 记录治疗后 1 一个月、治疗后 3 个月患者的复发情况。

1.4 统计学意义

分析数据以软件 SPSS23.0 统计, 用率(%) 描述计数资料, 检验用 χ^2 , 用 $(\bar{X} \pm s)$ 模式计量资料, 行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2、结果

2.1 治疗效果

经分析, 实验组总有效人数多于对照组, $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者的治疗效果(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	45	10	14	12	9	80%
实验组	45	24	15	5	1	97.8%
χ^2	-	-	-	-	-	7.2000
P	-	-	-	-	-	< 0.05

2.2 安全性

经评估, 实验组发生不良反应例数少于对照组, $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者的不良反应情况(%)

组别	例数	胃肠道反应	乏力	头晕	总发生率
对照组	45	3	2	3	17.8%
实验组	45	0	1	0	2.2%
χ^2	-	-	-	-	6.0494
P	-	-	-	-	< 0.05

2.3 中医症候

症候组前比较无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后对照组的脘腹胀痛、反酸暖气、口干口苦积分变化小于实验组, $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后的脘腹胀痛、反酸暖气、口干口苦积分变化

组别	例	入组前	入组后
----	---	-----	-----

数	脘腹胀痛	反酸暖气	口干口苦	脘腹胀痛	反酸暖气	口干口苦
对照组	3.21 ± 0.23	3.27 ± 0.44	3.39 ± 0.51	1.97 ± 0.82	2.01 ± 0.54	1.89 ± 0.61
实验组	3.11 ± 0.31	3.18 ± 0.51	3.41 ± 0.48	0.62 ± 0.13	0.96 ± 0.21	0.98 ± 0.32
t	1.7378	0.8963	0.1915	10.9077	12.1568	8.8619
P	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 血清学水平

治疗后 G-17、PGR、PG2、PG1 比对上实验组低于对照组, P < 0.05。

表 4 两组资料的 G-17、PGR、PG2、PG1

组别	例数	G-17 (pmol/L)	PGR	PG2 (ug/L)	PG1 (ug/L)
对照组	45	9.43 ± 1.77	8.76 ± 1.05	13.71 ± 1.07	87.65 ± 2.65
实验组	45	4.65 ± 1.09	3.96 ± 1.01	12.66 ± 1.32	52.43 ± 2.11
t		15.4255	22.1010	4.1452	69.7472
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.5 复发情况

治疗后 1 个月、治疗后 3 个月患者出现复发人数实验组少于对照组, P < 0.05。

表 5 两组患者复发情况指标评估

组别	例数	治疗后 1 个月复发率	治疗后 3 个月复发率
对照组	45	(6) 13.3%	(8) 17.8%
实验组	45	(0) 0.0%	(1) 2.2%
X ²	-	6.4286	6.0494
P	-	< 0.05	< 0.05

3、讨论

胆汁反流性胃炎是临床上发生率较高的消化系统疾病, 临床表现有胃粘膜水肿、胃粘膜充血以及胆汁反流等, 经胃镜检查可观察到患者胆汁潴留、胆汁反流、胃粘膜浅表性糜烂, 一旦临床治疗不及时会诱发其他胃肠道疾病。通常, 西医多采取促胃动力药、胃粘膜保护剂等药物, 多以多潘立酮、铝碳酸镁、质子泵抑制剂等药物为主。质子泵抑制剂在临床上的应用可有效抑制胃酸, 改善患者的临床症状, 消除患者的幽门螺杆菌。铝碳酸镁具有中和胃酸的效果, 同时可以帮助患者保护胃黏膜状态, 抑制胃蛋白酶的活性, 可有效修复患者胃粘膜的溃疡面。多潘立酮药物具有促胃动力效果, 可以强化胃内容物排空效率, 抑制胃食管反流情况, 并对胃液的正常分泌没有不良影响。但在研究中显示, 经西药治疗后无法完全治愈患者病情, 极易在后续出现病情加重或是反复发作的情况, 导致患者的生存质量下降, 远期治疗效果并不理想^[4]。

中医学提出, 胆汁反流性胃炎隶属于“呃逆”、“吐酸”、“胃痛”的范畴, 涵盖证型有脾胃虚寒、肝胃郁热、肝气犯胃等, 病因为脾胃虚弱、肝气不舒、情志不畅等, 病机为肝气郁结犯及脾胃, 致使脾胃升降、化盛失调, 致使脾胃虚寒、淤血停滞, 临床治疗需采取健脾理气、祛湿清热为主。理气清热汤方剂含有炙甘草、陈皮、炒白术、厚朴、白芍、枳实、黄芩、竹茹、延胡索、茯苓、清半夏、柴胡, 药物疗效有解郁清热、调和表里、疏肝理气。其中, 柴胡单用具有敛阴的效果, 联合白芍使用具有柔肝、平肝、养血的作用, 同时单一使用柴胡无法解郁疏肝, 应在此基础上加上延胡索以及枳实, 三者联用具有清热理气的效果。炒白术、茯苓具有除湿、利水、健脾、益气的效果, 竹茹、黄芩具有祛湿、止呕、

除烦、清热的的作用, 黄芩主要清除上焦中焦之火, 配以竹茹具有去胆火、清痰热的功效。半夏具有开痞散结、降逆止呕的功效, 陈皮以及厚朴可以行气、祛湿, 联合半夏使用具有化痰、燥湿的疗效。炙甘草具有滋阴、和中、益气的作用, 在理气清热汤中也能调和诸药, 保证药物疗效。此次研究 90 例患者指标提出, 症候组前比较无统计学意义, P > 0.05; 治疗后对照组的脘腹胀痛、反酸暖气、口干口苦积分变化小于实验组, 治疗后复发率比较对照组较高, 血清学水平实验组更符合标准, 治疗效果及安全性实验组优于对照组, P < 0.05。故此, 比较于西药治疗, 采取理气清热汤治疗后尚可缩短患者的住院周期, 提升患者的康复效率, 在短时间内改善患者恶心呕吐以及胃痛的症状, 尽早恢复患者的消化能力, 从而保证胃肠道功能。同时, 在基础治疗上应用中药汤剂可有效改善患者血清学水平, 帮助其控制病情, 避免疾病后续反复发作, 具有良好的远期治疗效果。现代药理学提出, 理气清热汤中柴胡皂苷可以抑制胆碱酯酶调节患者神经系统以及消化系统; 黄芩茎叶内的总黄酮对于白三烯与前列腺素合成具有控制效果, 从而降低患者毛细血管通透性, 抑制炎症反应的产生^[5]。同时, 厚朴酮能改善患者胃内容物排空效率, 具有促胃动力的疗效^[6]。另有报告提出, 理气清热汤中延胡索具有较强的止痛作用, 具备较广泛的研究前景^[7]。此外, 理气清热汤治疗可有效改善患者为胃肠道的状态, 恢复患者胃粘膜屏障的保护功能, 且可以及时清除幽门螺杆菌, 进一步改善患者不适症状, 稳定患者的病情, 避免疾病反复发作^[8]。由此可见, 在西医治疗基础上应用中汤剂治疗不仅能短时间内帮助患者清除炎症, 也能减少疾病后续的复发情况。

综上所述, 对肝气犯胃型胆汁反流性胃炎患者采取理气清热汤治疗后可有效控制病情, 提升疾病治疗效果及安全性, 尽早改善患者不适症状, 稳定患者的生存状态, 具有较优质的远期治疗效果。

参考文献:

[1]温永平,谢远春,陈小青,等. 自拟理气清热化湿汤对脾胃湿热型慢性浅表性胃炎患者中医证候积分及胃肠道黏膜功能的影响[J]. 江西医药,2022,57(4):414-416,421.

[2]杨磊,李莹,战晶玉,等. 理气清热汤治疗肝气犯胃型胆汁反流性胃炎临床疗效观察[J]. 天津中医药,2023,40(3):281-285.

[3]徐婷婷,温莉珍. 自拟理气清热汤对慢性浅表性胃炎患者中医证候积分及胃肠道黏膜功能的影响[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(1):73-76.

[4]孙爱菊,初茂忠,盖磊. 疏肝健脾降逆汤加减联合铝酸凝胶治疗胆汁反流性胃炎患者中医症状及胃肠道激素的影响[J]. 大医生,2023,8(6):86-88.

[5]陈露露,赵海宏,宋忠阳,等. 张志明教授辨证论治慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证经验浅析[J]. 中国基层医药,2023,30(5):764-767.

[6]杨锐平,林小靖,陶春晖,等. 基于数据挖掘的中医药治疗气虚血瘀证慢性萎缩性胃炎用药规律研究[J]. 中国医药导报,2022,19(10):136-139,154.

[7]李玮,尹莎,李佩芳,等. 基于文献研究的中医药治疗胆汁反流性胃炎用药规律分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(9):124-128.

[8]吴燕华,季雁浩. 胆汁反流性胃炎的中医证候规律与血浆胃动素、血管活性肠肽的相关性研究[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(11):2119-2123.