



柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型反流性食管炎的临床分析

刘月明 (沅陵县官庄镇公共卫生管理所 湖南沅陵 419605)

摘要: **目的** 探究肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减治疗的临床效果。**方法** 选取在我院接受医治的肝胃不和型反流性食管炎患者 60 例, 根据其就诊顺序的差异将患者分成 2 组。给予对照组患者服用雷贝拉唑肠溶胶囊进行医治; 实验组患者接受柴胡疏肝散加减进行治疗。2 组患者均接受 8 周的治疗疗程, 并进行 4 周的随访工作。对比 2 组患者接受治疗后的临床效果。**结果** 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减治疗后, 其临床效果总有效率为 90%, 显著优于对照组患者总有效率 (70%), $P < 0.05$; 实验组患者的复发率为 6.9%, 显著低于对照组患者复发率 (25.93%), $P < 0.05$ 。**结论** 肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行治疗后, 可提高患者的临床效果, 降低患者的复发率, 效果显著。

关键词: 肝胃不和型反流性食管炎 柴胡疏肝散加减 临床效果

中图分类号: R259 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 01-187-02

十二指肠、胃内容物反流到人的食管内, 造成食管内水肿、黏膜充血、糜烂等炎症的发生, 此类疾病称之为反流性食管炎, 其临床症状有: 吞咽困难、疼痛、灼烧感以及泛酸等, 一般在 36 ~ 60 岁之间易发此类疾病^[1-2]。目前, 临床上治疗肝胃不和型反流性食管炎的药物主要为质子泵抑制剂, 患者经过质子泵抑制剂的医治后, 具有一定的临床效果, 但是弊端也同时存在, 其患者接受治疗的时间比较长, 停药后患者的复发率较高, 不能显著改善患者的临床症状, 长期效果比较差^[3]。大量相关研究结果表明, 肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行医治后, 效果显著^[4]。本文主要对肝胃不和型反流性食管炎患者在接受柴胡疏肝散加减进行医治后, 其临床疗效作分析。如下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在我院接受医治的肝胃不和型反流性食管炎患者 60 例, 排除患有肝肾疾病、妊娠、心血管疾病以及精神疾病患者。选取时间为 2013 年 6 月 30 日 - 2016 年 6 月 25 日, 根据其就诊顺序的差异进行分组, 30 例患者为一组。

实验组患者中, 年龄处于 36 岁 - 72 岁之间, 年龄均值为 (59.1 ± 4.6) 岁; 男女之比为 14/16; 病程为 5-20 年之间, 平均病程为 (9.8 ± 3.1) 年。

对照组患者中, 年龄处于 38 岁 - 70 岁之间, 年龄均值为 (58.3 ± 4.1) 岁; 男女之比为 17/13; 病程为 4-21 年之间, 平均病程为 (9.1 ± 3.4) 年。

2 组肝胃不和型反流性食管炎患者均知情同意、自愿接受相关的治疗, 其进行年龄、性别比例以及病程等资料的对比不存在明显差异, 经对比证实 $P > 0.05$, 两组患者间的差异不存在统计学意义, 数据之间可进行对比研究。

1.2 方法

给予对照组肝胃不和型反流性食管炎患者饭前口服雷贝拉唑肠溶胶囊, 一天 2 次, 一次服用 20 毫克。

实验组肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加

减进行医治。柴胡疏肝散: 川芎 10 克, 炙甘草 12 克, 陈皮 10 克, 枳壳 12 克, 白芍 15 克, 香附 10 克, 柴胡 15 克。加减: 有明显泛酸的患者, 加以浙贝母 12 克, 煅瓦楞子 12 克, 海螵蛸 30 克; 伴有胃痛如针扎, 舌头发紫且有瘀斑的患者, 加以丹参 22 克, 延胡索 12 克; 有明显烧心的患者, 加以蒲公英 25 克。用水将中药煎熬取汁, 约 600 毫升为一剂, 患者每次服用 300 毫升的剂量, 早晚各服一次。

2 组肝胃不和型反流性食管炎患者均接受 8 周的治疗疗程, 并进行为期 4 周的随访工作。在此期间, 患者均禁食寒凉食物、咖啡以及浓茶等含有刺激性的食物, 且禁忌患者抽烟饮酒, 保持身心愉快, 休息充足。

1.3 观察指标

2 组肝胃不和型反流性食管炎患者在接受相应医治后, 观察分析其体征以及临床症状, 在接受医治后的 10 天内对患者进行胃镜复查, 进行 4 周的随访工作, 观察患者的复发情况。

1.4 数据处理

全文研究数据均严格录入 SPSS17.00 软件, 并进行统计学处理, 计数资料采用卡方进行检验, 计量资料采用 t 进行检验。 $P < 0.05$ 时, 统计学有意义。

2 结果

2.1 不良反应

两组肝胃不和型反流性食管炎患者在接受医治前后, 其肝肾功能、心电图以及血常规、尿便常规均未发生明显变化, 两组患者均未出现不良情况 ($P > 0.05$)。

2.2 内镜下效果

实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的总有效率 (80.00%) 与对照组患者的总有效率 (76.67%) 对比, 两组患者间的差异不存在统计学意义, $P > 0.05$ 。如表 1:

2.3 临床效果

2 组肝胃不和型反流性食管炎患者在接受医治后, 其实验组患者临床效果总有效率为 90.00%, 明显高于对照组患者的总有效率 (70.00%), $P < 0.05$ 。如表 2:

表 1: 两组内镜下效果对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
实验组	30	13 (43.33)	11 (36.67)	6 (20.00)	24 (80.00) *
对照组	30	10 (33.33)	13 (43.33)	7 (23.33)	23 (76.67)

注: 与对照组相比, * $P > 0.05$ 。

表 2: 两组临床效果对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
实验组	30	13 (43.33)	14 (46.67)	3 (10.00)	27 (90.00) *
对照组	30	10 (33.33)	11 (36.67)	9 (30.00)	21 (70.00)



注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.4 复发情况

对两组患者进行为期 4 周的随访工作, 实验组失访患者 1 例, 对照组失访患者 3 例。两组肝胃不和型反流性食管炎患者在接受医治后, 其实验组患者的复发率为 6.90%, 明显低于对照组患者的复发率 (25.93%), $P < 0.05$ 。如表 3:

表 3: 两组复发情况对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	复发	无复发	复发率 (%)
实验组	29	2 (6.90)	27 (93.10)	2 (6.90) *
对照组	27	7 (25.93)	20 (74.07)	7 (25.93)

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床上, 肝胃不和型反流性食管炎较为常见, 属于消化系统疾病^[5]。临床症状有恶心呕吐、泛酸、烧心以及嗝气等, 引发此类疾病的原因因为肝气郁滞、胃气失调等^[6]。

本文中研究中, 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行医治, 其实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的肝肾功能、心电图以及血常规、尿便常规等不良情况与对照组患者相比, 无明显差异, $P > 0.05$; 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的内镜下效果总有效率 (80.00%) 与对照组患者的总有效率 (76.67%) 对比, 无明显差异, $P > 0.05$; 实验组

肝胃不和型反流性食管炎患者临床效果总有效率为 90.00%, 明显高于对照组患者的总有效率 (70.00%), $P < 0.05$; 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的复发率为 6.90%, 明显低于对照组患者的复发率 (25.93%), $P < 0.05$ 。

综上所述, 肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行医治, 能够对患者的不良情况进行有效改善, 有效降低患者的复发率, 临床效果较为显著。

参考文献

- [1] 李影华, 苏冬梅, 白桦等. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型反流性食管炎 98 例的临床观察 [J]. 世界中医药, 2016, 11(8):1437-1439.
- [2] 李枝锦, 李静, 吴平财等. 中医宏观辨证结合微观辨证治疗反流性食管炎 (肝胃不和证) 临床观察 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(2):361-363.
- [3] 匡湘平, 张正元. 张正元治疗反流性食管炎经验 [J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4):25-26.
- [4] 邓润成. 奥美拉唑联合柴胡疏肝散加减治疗反流性食管炎临床疗效与安全性研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(22):130-131.
- [5] 李奕升, 郭洪波, 罗辉娥等. 加味左金丸治疗肝胃不和型反流性食管炎临床观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2014, (6):35-37.
- [6] 杨钟堡. 柴胡疏肝散合黄连清胆汤加减治疗反流性食管炎临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(2):96.

(上接第 185 页)

期并发症的分析 [J]. 上海医学, 2014, 11(1):31-34.

[2] 胥明梅, 陈彬, 曲桂荣, 等. 家属同步健康教育对老年股骨粗隆间骨折患者康复效果的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(25):3103-3105.

[3] 张鹤亭, 杨京春. 护理干预对老年股骨粗隆间骨折患者疼

痛与术后髋关节活动度的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(12):1359-1361.

[4] 王鑫, 闫斌. 中西医结合治疗对老年股骨粗隆间骨折术后髋关节功能的影响 [J]. 陕西中医, 2017, 38(7):928-929.

[5] 李艳利. 中西医结合干预对老年股骨粗隆间骨折患者康复的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(4):789-791.

(上接第 186 页)

2.3 复发情况比较

治疗 3 个月和 6 个月后, 与对照组比较, 治疗组的复发率明显要低。差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3、表 4。

表 3: 两组患者治疗 3 个月后复发率比较

组别	随访例数	复发	未复发	复发率 (%)
治疗组	45	11	34	24.44%
对照组	45	22	23	48.89%

表 4: 两组患者治疗 6 个月后复发率比较

组别	随访例数	复发	未复发	复发率 (%)
治疗组	45	7	38	15.56
对照组	45	18	27	40

2.4 比较治疗后生活质量差例数

经 χ^2 检验, 与对照组比较, 治疗组治疗前生活质量差例数差别不大, 无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后 3 个月、6 个月、1 年生活质量差例数明显少于对照组。差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 5。

表 5: 两组治疗前后生活质量差例数比较

组别	治疗前 (%)	治疗后 3 个月 (%)	治疗后 6 个月 (%)	治疗后 1 年 (%)
治疗组	29 (64.44%)	11 (24.44%)	3 (6.67%)	0 (0%)
对照组	27 (60%)	22 (48.89%)	20 (44.44%)	18 (40%)

3 讨论

慢性荨麻疹由于发病原因未明确, 发病机制复杂, 致使该病容易反复发作, 完全根治难度大。因此荨麻疹的治疗方法是目前很多皮肤科学者共同探讨的领域之一。

中医治疗该病特色在于辨证论治。荨麻疹可分为风热型;

风寒型; 阴血不足型; 脾肺两虚、风邪束表型; 冲任失调; 气血两虚型; 气血瘀滞型; 肠胃湿热型。虽然荨麻疹分型有多种, 但是对于慢性荨麻疹的治疗仍存在一些难度。本文应用防风通圣丸配合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型荨麻疹, 取得了一定的效果。

本研究表明: 治疗组治疗 3 个月和 6 个月的临床疗效均高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗 3 个月和 6 个月的复发率均低于对照组 ($P < 0.05$)。同时治疗组治疗 3 个月、6 个月、1 年后的生活质量差例数明显低于对照组 ($P < 0.05$)。防风通圣丸中防风、麻黄、薄荷、芥穗祛风解表, 使风邪从汗而解; 大黄、芒硝泻热通便, 使里热积滞, 从大便而解; 配滑石、栀子清湿利尿, 引邪热从小便排除; 黄芩、连翘、生石膏清泄肺胃积热; 川芎、白芍、当归养血和血; 白术健脾燥湿; 甘草调和各药。诸药合用共奏解表通里, 清热解毒的功效。同时配上枸地氯雷他定序贯治疗, 增加疗效, 减少毒副作用, 减少复发次数, 提高生活质量。

综上所述, 防风通圣丸联合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹疗效显著, 值得临床应用推广。

参考文献

- [1] 范卫新. 慢性荨麻疹诊治指南 [2007 版]. 中华医学会第十四次全国皮肤性病学术年会, 89.
- [2] Linn HD. Results of a quality of life questionnaire in a Patch test clinic Population [J]. Contact Dermatitis, 2001, 44(2):80-84.
- [3] 盘文丽. 穴位埋线法治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹的临床研究 [M]. 云南中医学院, 2016.
- [4] 谭全邦, 谭忠乐. 桂枝麻黄汤治疗慢性荨麻疹患者的疗效和生活质量的影响 [J]. 中华保健医学杂志, 2016, 18(6):496-497.