

- 对髋关节置换手术患者术后患肢疼痛及肿胀的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2024, 52(1): 118-121.
- [13] 伍贻山, 轩传顺, 李文华, 等. 活血生骨汤联合复位内固定治疗肾虚血瘀型骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效及对tPINP、sCTX的影响研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(1): 74-80.
- [14] 孙鲲, 宋文超, 周文恒. 益气活血通脉法联合阿托伐他汀对高血压病颈动脉粥样硬化患者血清脂蛋白相关磷脂酶A2、趋化因子配体与氧化应激指标影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(4): 166-169.
- [15] 刘双晶, 李建朋, 王彦志, 等. 基于代谢组学的川牛膝治疗膝骨关节炎的作用机制研究[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(22): 6199-6206.
- [16] 戴梦翔, 金姝娜, 宋成武, 等. 泽泻及其炮制品化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2023, 54(5): 1620-1635.
- [17] 樊炜静, 胡啸明, 黄仁燕, 等. 活血化瘀类中药注射剂联合低分子肝素防治术后深静脉血栓形成疗效和安全性的系统评价再评价[J]. 中国中医急症, 2020, 29(8): 1356-1360.
- [18] 贾长虹, 朱慧真, 刘瑞雪, 等. 益气活血通脉汤联合早期个体化康复训练对股骨粗隆间骨折患者骨折愈合及功能恢复的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(5): 130-133.
- [19] 王波, 王丽, 刘晓峰, 等. 中药甘草成分和药理作用及其现代临床应用的研究进展[J]. 中国医药, 2022, 17(2): 316-320.
- (收稿日期: 2024-07-13)

枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病对食管动力的影响

高政涛

(濮阳市人民医院中医科, 河南濮阳 457000)

摘要: **目的** 观察枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病的临床疗效及对食管动力水平的影响。**方法** 本研究选取2020年10月~2023年10月在濮阳市人民医院消化内科就诊并接受治疗的114例胃食管反流病患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组57例和观察组57例。对照组采用常规对症治疗方案治疗, 观察组在对照组基础上结合本院自拟经验方“枳朴豉梅汤”加减治疗, 连续治疗8周后评价效果。统计2组临床疗效和累计不良反应率, 比较2组反流性疾病问卷(RDQ)、食管测压系统监测参数、24 h MI-pH监测参数的差异。**结果** 观察组临床总有效率为92.98%(53/57)高于对照组的78.95%(45/57), 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗前RDQ评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均较治疗前降低, 观察组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗前食管测压系统监测参数比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后食管下括约肌压力(LESP)、食管上括约肌压力(UESP)均较治疗前升高, 观察组治疗后LESP、UESP均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗前24 h MI-pH监测参数比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期 >5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH <4 时间均较治疗前降低, 观察组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期 >5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH <4 时间均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组累计不良反应发生率为12.28%(5/57)与对照组的8.77%(7/57)比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病可改善食管动力, 减轻反流症状, 提高疗效。

关键词: 枳朴豉梅汤; 胃食管反流病; 食管动力; 疗效; 不良反应

中图分类号: R242

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2025)04-0302-05

胃食管反流病可引起胃内容物反流, 灼伤食管黏膜, 引起反酸、嗝气、烧心、咽喉异物感等症状, 给患者造成较大的痛苦。食管括约肌压力降低、胃动力减弱、胃排空障碍、胃内压力升高等引起胃食管反流的主要机制^[1]。目前

西医一般采用质子泵抑制剂抑酸、黏膜保护剂保护黏膜, 但存在停药后易复发、不良反应多等缺点。且部分患者为难治性胃食管反流病, 经质子泵抑制剂治疗症状毫无改善^[2]。

中医古籍中将胃食管反流病纳入“食管瘴”、“嘈杂”、

“吐酸”等范畴,多因肝郁脾虚、胃腑羸弱所致,外邪侵袭、饮食不节、情志失调等可诱发病。治则以疏肝解郁、健脾强胃为法^[3]。栀子豉汤出自《伤寒论》,具有清热除烦、宣发郁热之功效^[4]。乌梅丸出自《伤寒论》,具有清上温下、疏肝和胃之功效^[5]。本研究将两方化裁得到梔朴豉梅汤,观察梔朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病的临床疗效及对食管动力水平的影响。

1 资料与方法

1.1 纳入排除标准

纳入标准:(1)胃食管反流病参考《2020年中国胃食管反流病专家共识》^[6]标准:明确的反流症状,在排除其他疾病引起的食管病变外内镜检查提示有食管黏膜破损,同时经食管pH监测有过度酸暴露的证据;(2)辨证参考《胃食管反流病中医诊疗专家共识(2017)》^[7]中肝胃郁热证标准:主症为反酸,烧心,两肋胀满;次症为口干口苦,噎气,烦躁易怒,大便秘结;舌脉为舌红、苔黄、脉弦;(3)年龄18~75周岁;(4)至少7 d内无抑酸药物或调节胃肠动力药物;(5)同时征得患者本人知情同意。

排除标准:(1)伴有消化性溃疡、食管-胃底静脉曲张等影响药效评估的疾病;(伴有认知障碍、精神分裂等);(3)既往有胃食管手术史;(4)伴有传染性或免疫性疾病;(5)对研究涉及药物或中药成分有过敏史;(6)伴有心血管、肺、肾等严重疾病。

1.2 一般资料

本研究选取2020年10月~2023年10月在我院消化内科就诊并接受治疗的114例胃食管反流病患者作为研究对象,采用随机数字表法分为2组。对照组57例采用常规对症方案治疗,男性32例,女性25例,年龄18~75周岁,平均 (57.52 ± 10.14) 周岁;病程3个月~6年,平均 (2.12 ± 0.45) 年。观察组57例在对照组基础上结合本院自拟经验方“梔朴豉梅汤”加减治疗,男性30例,女性27例,年龄18~75周岁,平均 (56.94 ± 9.86) 周岁;病程3个月~6年,平均 (2.08 ± 0.51) 年。2组一般资料有可比性,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 方法

对照组采用常规对症方案治疗,口服艾司奥美拉唑镁肠溶片(生产单位:阿斯利康制药有限公司)每次20 mg,每日1次。法莫替丁片(生产单位:湖南迪诺制药有限公司)每次20 mg,每日2次。多潘立酮片(生产单位:

西安杨森制药有限公司)每次10 mg,每日3次。

观察组在对照组基础上结合本院自拟经验方“梔朴豉梅汤”加减治疗,梔朴豉梅汤:梔子10 g、厚朴10 g、淡豆豉10 g、乌梅10 g、党参10 g、枳实10 g、黄连6 g、黄柏6 g、当归6 g、甘草10 g。随症加减:阳明腑实者加大黄、黄芩;脾虚湿盛者加黄芪、白术。上药每日一剂,水煎取汁300 mL,早晚各温服150 mL。连续治疗8周后评价效果。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效^[8] 中医症状主症分值0~6分,次症分值0~3分,舌脉正常0分,异常1分。中医症状改善率 $=$ (治疗后症状评分-治疗前症状评分)/治疗前症状评分 $\times 100\%$ 。痊愈:改善率 $\geq 95\%$,反流症状消失;显效:70% $\leq$ 改善率 $< 95\%$,反流症状显著改善;有效:30% $\leq$ 改善率 $< 70\%$,反流症状较入组时减轻;无效:所有指标均不符合上述标准。

1.4.2 反流性疾病问卷(Reflux diagnostic questionnaire, RDQ)^[9] 涵盖烧心、非心源性胸痛、反酸和反食4项内容,单项从两个方面评估,第一方面为发作频率,单项症状根据频率的低至高计为0~5分。第二方面为症状程度,单项症状根据严重程度的低至高计为0~4分。

1.4.3 食管测压系统监测参数 2组患者均于治疗前、治疗8周后采用食管测压系统监测食管下括约肌压力(Low esophageal sphincter, LESP)、食管上括约肌压力(Upper esophageal sphincter, UESP)。

1.4.4 24 h MI-pH监测参数 2组患者均于治疗前、治疗8周后进行24 h MI-pH监测,记录24 h酸反流次数、长反流周期 > 5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH < 4 时间。

1.4.5 不良反应 记录2组头晕、胃肠道症状、嗜睡、皮疹等不良反应发生率。

1.5 统计学方法

数据采用SPSS 25.0处理,已证实正态分布,同时满足方差齐的计量指标,均以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,比较用 t 检验,若不符合正态分布,采用 $M(P_{25}\sim P_{75})$ 表示,组间比较采用秩和检验,计数资料部分用 $(n, \%)$ 描述,比较用 χ^2 检验,以 $\alpha=0.05$ 为标准。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较

观察组临床总有效率为92.98%(53/57)高于对照组的78.95%(45/57),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1

表1 2组临床疗效比较(n,%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	57	24 (42.11)	12 (21.05)	9 (15.79)	12 (21.05)	45 (78.95)
观察组	57	34 (59.65)	14 (24.56)	5 (8.77)	4 (7.02)	53 (92.98)*
χ^2			-			4.653
P			-			0.031

与对照组相比,*P<0.05

2.2 2组RDQ评分比较

2组治疗前RDQ评分比较,差异无统计学意义(P>0.05)。2组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均较治疗前降低,观察组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 2组RDQ评分比较

评分	时间	对照组(n=57)	观察组(n=57)	t	P
烧心	治疗前	4.25±0.61	4.17±0.66	0.672	0.503
	治疗后	2.23±0.41*	1.58±0.39 [#]	8.672	<0.001
	治疗前	3.47±0.57	3.49±0.52	0.196	0.845
	治疗后	1.65±0.33*	1.40±0.28 [#]	4.361	<0.001
非心源性胸痛	治疗前	3.56±0.64	3.52±0.61	0.342	0.733
	治疗后	1.45±0.37*	1.08±0.24 [#]	6.334	<0.001
	治疗前	3.05±0.59	3.11±0.58	0.548	0.585
	治疗后	1.44±0.28*	1.03±0.21 [#]	8.844	<0.001
反酸	治疗前	3.82±0.78	3.77±0.76	0.347	0.730
	治疗后	1.35±0.45*	1.07±0.31 [#]	3.869	<0.001
	治疗前	3.08±0.64	3.01±0.69	0.562	0.576
	治疗后	1.37±0.36*	0.98±0.26 [#]	6.631	<0.001
反食	治疗前	1.48±0.23	1.42±0.25	1.333	0.185
	治疗后	0.31±0.12*	0.20±0.08 [#]	5.758	<0.001
	治疗前	1.17±0.25	1.21±0.29	0.789	0.432
	治疗后	0.17±0.07*	0.12±0.05 [#]	4.388	<0.001

同组治疗前后比较,*P<0.05;与对照组比较,[#]P<0.05

2.3 2组食管测压系统监测参数比较

2组治疗前食管测压系统监测参数比较,差异无统计学意义(P>0.05)。2组治疗后LESP、UESP均较治疗前升高,观察组治疗后LESP、UESP均高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

表3 2组食管测压系统监测参数比较

组别	n	LESP (mmHg)		UESP (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	57	18.52±3.63	22.45±4.05*	54.85±8.95	63.14±9.78*
观察组	57	18.79±3.77	27.41±4.66 [#]	53.97±9.04	78.74±11.14 [#]
t		0.389	2.944	0.522	7.945
P		0.698	0.004	0.603	<0.001

同组治疗前后比较,*P<0.05;与对照组比较,[#]P<0.05

2.4 2组24h MI-pH监测参数比较

2组治疗前24 h MI-pH监测参数比较,差异无统计学

意义(P>0.05)。2组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期>5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH<4时间均较治疗前降低,观察组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期>5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH<4时间均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表4。

表4 2组24 h MI-pH监测参数比较

参数	时间	对照组 (n=57)	观察组 (n=57)
24 h 酸反流次数	治疗前	27.85±4.89	28.01±4.47
	治疗后	8.96±1.74*	6.08±1.22 [#]
长反流周期>5 min 次数 (次)	治疗前	8.45±1.89	8.24±2.02
	治疗后	3.98±0.93*	2.21±0.78 [#]
最长反流时间 (min)	治疗前	39.96±5.84	40.14±5.27
	治疗后	31.12±4.87*	26.08±4.41 [#]
立位pH<4 时间/ 检测 时间	治疗前	12.52±2.08	12.17±2.16
	治疗后	8.14±1.27*	5.26±1.07 [#]
卧位pH<4 时间/ 检测 时间	治疗前	5.89±1.14	5.82±1.17
	治疗后	1.82±0.46*	1.24±0.24 [#]

同组治疗前后比较,*P<0.05;与对照组比较,[#]P<0.05

2.5 2组不良反应比较

观察组累计不良反应发生率为12.28%(5/57)与对照组的8.77%(7/57)比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表5。

表5 2组不良反应比较

组别	n	头晕	胃肠道症状	嗜睡	皮疹	累计不良反应
对照组	57	1 (1.75)	2 (3.51)	1 (1.75)	1 (1.75)	5 (8.77)
观察组	57	1 (1.75)	3 (5.26)	2 (3.51)	1 (1.75)	7 (12.28)
χ^2		-	-	-	-	0.373
P		-	-	-	-	0.542

3 讨论

近年来胃食管反流病的发病率越来越高,不仅与不良的饮食习惯有关,还与负性情绪有关。有调查发现,中国胃食管反流病的患病率为1.9%~7.0%^[10]。目前西医临床一般首选质子泵抑制剂进行抑酸治疗,艾司奥美拉唑是其中的代表药物,可通过抑制胃壁细胞H⁺-K⁺-ATP酶活性而减少H⁺释放,阻止胃酸分泌,可减轻胃酸对食管黏膜的损伤。但艾司奥美拉唑不宜长期服用。法莫替丁是一种组胺H₂受体拮抗剂,可抑制胃酸分泌,与质子泵抑制剂产生协同作用。多潘立酮是一种胃动力促进剂,可促进胃排空,从而减少胃内容物反流。上述药物常联合治疗

胃食管反流病,但总体疗效有限^[11-12]。

中医古籍《景岳全书·吞酸》曾对胃食管反流病有如下描述:“吞酸噯气,谗语多思者,病在脾胃”,指出多思是其重要的促发因素。胃食管反流病以肝胃郁热证多见,治则以疏肝解郁、健脾强胃为法^[13]。梔朴豉梅汤中以梔子、淡豆豉为君药,功擅清热利湿、泻火除烦;淡豆豉解表除烦、宣发郁热。二药相伍,可增强清热除烦之功。厚朴善燥湿消痰、下气除满;枳实善破气消积、化痰散痞。二药共为臣药,可增强下气消痰之效。佐以乌梅涩肠敛肺、生津安蛔;党参健脾益胃、养血生津;黄连、黄柏药对擅长清热燥湿、泻火解毒;当归活血化瘀、养血和营。甘草缓急和中,兼为使药。随症加减:阳明腑实者加大黄、黄芩以增强清热解毒之功;脾虚湿盛者加黄芪、白术以健脾利水。诸药共奏疏肝解郁、健脾强胃之功效^[14-15]。

本研究中观察组临床总有效率更高。2组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均较治疗前降低,观察组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均低于对照组。这一结果提示,梔朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病可减轻反流症状,提高疗效。这是由于梔朴豉梅汤中梔子所含的梔子苷具有抗氧化、抗菌、抗炎等药理作用,可抑制幽门螺杆菌活性而减少由此引起胃酸分泌^[16]。淡豆豉含有丰富的纤维素,可促进胃肠蠕动而加速消化;大豆皂苷、异黄酮具有抗菌、抗氧化作用^[17]。当归所含的阿魏酸可改善微循环,加速损伤的黏膜修复而缓解症状^[18]。甘草所含的黄酮类成分具有皮质激素样作用,可减轻食管黏膜炎症;甘草次酸对多种病原微生物具有抑制作用^[19]。

RDQ量表评分对于反流症状的评价与患者的主观感觉密切相关,因此存在一定的主观性。本研究尝试通过食管测压系统监测参数客观评估食管括约肌压力;通过24 h MI-pH监测参数客观评估反流情况,发现2组治疗后LESP、UESP均较治疗前升高,观察组治疗后LESP、UESP更高。本研究发现,2组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期 >5 min次数、最长反流时间、立位和卧位 $\text{pH}<4$ 时间均较治疗前降低,观察组治疗后的24 h酸反流次数、长反流周期 >5 min次数、最长反流时间、立位和卧位 $\text{pH}<4$ 时间均低于对照组。这一结果提示,梔朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病可改善食管动力,减轻反流症状的严重程度。这是由于梔朴豉梅汤中厚朴所含的厚朴酚具有抗菌、促

进胃肠蠕动等药理作用^[20]。枳实所含的挥发油、橙皮苷可调节胃肠道运动节律,加速胃排空^[21]。黄连、黄柏所含的生物碱成分对幽门螺杆菌具有明显的抑制作用,可减轻幽门螺杆菌对消化道黏膜的损伤^[22]。

本研究还发现,观察组累计不良反应发生率与对照组比较,差异无统计学意义。这一结果提示,在西药基础上加用梔朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病的安全性良好,并未显著增加不良反应风险。

综上所述,梔朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病可改善食管动力,减轻反流症状,提高疗效。

参考文献

- [1] 陈玲红,吴雅璠,曾清芳. 胃食管反流病的食管动力异常机制及治疗进展[J]. 现代消化及介入诊疗,2021,26(6):789-792.
- [2] Lechien JR, Bobin F, Muls V, et al. Gastroesophageal reflux in laryngopharyngeal reflux patients: Clinical features and therapeutic response[J]. The Laryngoscope, 2020, 130(8): E479-E489.
- [3] 顾世坦,周正华,冀建斌,等. 胃食管反流病中医辨治探析[J]. 陕西中医,2022,43(8):1078-1081.
- [4] 李函阳,邱智东,苏文龙,等. 梔子和淡豆豉不同比例配伍对梔子豉汤中黄酮类成分含量的影响[J]. 中国药房,2020,31(9):1103-1107.
- [5] 孙洁纯,黄胜林,刘婷婷,等. 乌梅丸联合抗Hp四联根除疗法治疗Hp感染寒热错杂型慢性萎缩性胃炎的疗效及对Hp根除率和IL-1 β 、IL-6的影响[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(8):1916-1922.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志,2020,40(10):649-663.
- [7] 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.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124.
- [9] 赵迎盼,廖宇,钟家珮,等. 胃食管反流病问卷(GerdQ)与反流性疾病问卷(RDQ)的比较研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(5):572-574.
- [10] 梁东飞,贾子亮,刘红国,等. 胃食管反流病患者的流行病学分析[J]. 河北医药,2023,45(12):1889-1891,1897.
- [11] 牛美娜,王海翠,朱双双,等. 双倍剂量艾司奥美拉唑、莫沙必利联合坦度螺酮治疗难治性胃食管反流病的疗效[J]. 实用医学杂志,2022,38(1):90-95.

