

# 疏肝利胆方并耳穴贴压治疗胆汁反流性胃炎 45 例

★ 陶晓东 张贤锋 黄景瑞 雷永春 (江西省黎川县中医院 黎川 344600)

**摘要:**目的:观察自拟疏肝利胆方合耳穴贴压治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将 86 例患者随机分成两组,治疗组 45 例,在对照组治疗的基础上,采用疏肝利胆方合耳穴贴压肝、胆、胃穴治疗,对照组 41 例采用口服西沙必利、法莫替丁治疗。两组均以 4 周为一疗程。结果:治疗组总有效率为 91.1%,对照组为 73.2%,随访治疗组总有效率为 80%,对照组为 43.9%,治疗组综合疗效及远期疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:疏肝利胆方合耳穴贴压为主的中西医结合方法治疗胆汁反流性胃炎综合疗效及远期疗效优势明显。

**关键词:**自拟疏肝利胆方;耳穴贴压;胆汁反流性胃炎;中西医结合疗法

**中图分类号:**R 573.3+9 **文献标识码:**B

胆汁反流性胃炎以疗程长,反复发作,缠绵难愈为其临床特点,临床治疗颇为棘手,西医尚缺乏行之有效的办法。作者 2 年来,潜心揣摩,采用以疏肝利胆方合耳穴贴压为主的治疗方法,治疗胆汁反流性胃炎 45 例,取得了较好效果,现报告如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 全部病例均来自 2005 年 9 月 1 日~2007 年 9 月 1 日本院门诊患者,诊断标准符合《慢性胃炎的中西医结合诊疗方案》(草案)拟定的诊断标准<sup>[1]</sup>,并经电子胃镜检查确诊为胆汁反流性胃炎。将全部病例随机分为两组:(1)疏肝利胆方和耳穴贴压为主治疗组,共 45 例,男 30 例,女 15 例;年龄 19~66 岁,平均 38 岁;病程 3 个月~21 年,平均 3.2 年。对照组 41 例,男 27 例,女 14 例;年龄 18~64 岁,平均 35 岁;病程 6 个月~19 年,平均 3.1 年。两组患者一般情况比较无显著性差异( $P > 0.05$ ),

具有可比性。所有患者同时进行病史调查和其他实验室检查,排除嗜酒和近期服用抗生素、制酸剂、结合胆酸和影响胃肠动力及非类固醇类药,无肝、胆、胰和全身性或其他系统疾病(如糖尿病等内分泌疾病),非妊娠或哺乳期。

**1.2 方法** 对照组口服西安杨森产西沙必利片 5 mg,每日 3 次,饭前服,及上海信谊产法莫替丁片 20 mg,每日 2 次,早晚餐后服。治疗组在使用与对照组相同的西医处置基础上,加用自拟疏肝利胆方(柴胡 12 g、郁金 15 g、延胡索 15 g、川楝子 12 g、枳壳 10 g、厚朴 10 g、槟榔 10 g、代赭石 20 g、半夏 10 g、黄芩 10 g、党参 15 g、生大黄 5 g、甘草 5 g)。加减:脾胃虚寒者去大黄、黄芩,加吴茱萸 10 g、炮姜 9 g;食欲不振者加白蔻仁 8 g;嘈杂、泛酸者加瓦楞子 12 g;胆胃郁热者去党参、半夏,加栀子 10 g、茵陈 15 g。每日 1 剂,水煎 2 服。并同时选取肝、胆、胃 3 个

草清热解毒利湿;砂仁、木香、枳壳、焦山楂理气行滞;白芍、甘草凉血止血、益气和缓。本型需时时照顾脾胃、忌大施苦寒克伐之品。脾胃虚弱者,用参苓白术散加减:党参、炒白术、茯苓、淮山药健脾益气;砂仁、薏苡仁、扁豆和胃渗湿,理气止痛;乌梅、石榴皮涩肠收敛止泻;白及、当归行气和营以治瘀血。本型应注意补不可滋腻,因脾胃位居中州,为升降之枢,如补之不当,反致其害,故调理脾胃是治疗关键。脾肾阳虚者,用附子理中汤加减:熟附子、肉桂、吴茱萸、肉豆蔻、补骨子温中散寒;党参、白术健脾燥湿;木香、陈皮行气止痛,茯苓、五味子健脾渗湿、收敛止泻。对于脾肾阳虚者常投少量附子、肉桂,虽大辛、

大热,但少用则助阳而不伤阴,且能温阳暖中,逐寒除湿。此外合用中药保留灌肠,方中:鱼腥草、白花蛇舌草清热解毒;地榆炭、石榴皮、白及凉血止血、涩肠止泻;白芍柔肝缓急。中药灌肠能使药物直达病所,避免口服寒凉太过损伤脾胃。有研究已证实 50%~70% 的药物可以从直肠中静脉绕过肝脏而进入大循环,避免消化液中酸碱和酶的影响与破坏作用,同时,局部粘膜吸收血药浓度远高于口服吸收浓度,可达到静脉注射速度,而且起效快,作用时间长,吸收有规律。又本病病程较长,多见本虚标实,脾胃虚弱为其本,湿热蕴结为其标,气滞血瘀贯穿在本病的整个过程中,因此治疗往往寒热并用,消补同施。

(收稿日期:2007-09-14)

耳穴,用王不留行在耳穴表面贴压并用胶布固定。两组治疗均以4周为一疗程,治疗期间忌食酸、辣及戒烟酒,服药期间临床症状及体征变化每周记录1次,不良反应随时记录。

## 2 观察指标及疗效评定标准

2.1 观察指标 治疗前后的主要症状采用等级计分法(参照《中药新药临床研究指导原则》)分为无症状(0分);轻度:提醒方能记起有症状(1分);中度:主诉有症状,但不影响生活(2分);重度:主诉有症状且影响日常生活(3分)。(1)治疗后观察主要症状的积分变化;(2)治疗后观察胃镜检查变化;(3)追踪观察停药6个月的临床症状积分变化及胃镜检查变化。

2.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》。近期临床治愈:临床主要症状、体征消失,胃镜复查急性炎症消失,胃粘膜正常,胆汁反流消失,症状积分降低 $>90\%$ ;显效:临床主要症状、体征明显好转,胃镜复查急性炎症基本消失,胆汁反流明显减少,症状积分降低 $60\% \sim 90\%$ ;有效:临床症状、体征好转,胃镜复查胃粘膜病变范围缩小 $1/2$ 以上,胆汁反流有所减少,症状积分降低 $30\% \sim 60\%$ ;无效:达不到有效标准或反而恶化者或症状积分降低 $<30\%$ 。

## 3 结果

见表1。

表1 两组临床疗效比较 例

| 时间  | 组别  | 例数 | 临床治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) | P值      |
|-----|-----|----|------|----|----|----|---------|---------|
| 治疗后 | 治疗组 | 45 | 10   | 14 | 17 | 4  | 91.1    | $<0.05$ |
|     | 对照组 | 41 | 4    | 7  | 19 | 11 | 73.2    |         |
| 随访  | 治疗组 | 45 | 5    | 10 | 21 | 9  | 80      | $<0.05$ |
|     | 对照组 | 41 | 1    | 3  | 14 | 23 | 43.9    |         |

## 4 讨论

胆汁反流性胃炎属于中医学“胃脘痛、胆瘴”等范畴。我们认为胆汁反流性胃炎其病在胃,其因在胆,胆胃同属六腑,其气以通为用,胆附于肝,表里相连,胆汁有赖于肝木的疏泄。清·黄元御在《黄元御医学十》中云:“脾随肝升,胆随胃降。”在生理情况下,肝脾以升为用,胆胃以降为和,四者之中又以肝的升发疏泄最为重要,只有肝的疏泄功能正常,气机升降才能和顺,胃内容物才能下降,同时胆汁、胰液

才能随胃气下降大肠,反之则胆汁及肠内容物不循常道而上逆犯胃,所以在治疗胆汁反流性胃炎时,应抓住疏肝、利胆、和胃、降逆四个环节,尤其是利胆,临床上易被忽略,仅从其他三个环节入手,不给胆汁以出路,就违背了“六腑以通为用”的原则,往往收不到良好疗效。现代医学主要从促进胃动力、保护胃粘膜、抑制离子泵等方面入手,免不了抑制胆汁的分泌与排泄,而中医认为胆汁的分泌是肝的一种正常生理功能,其排泄乃是胆腑功能的体现,故治疗胆汁反流性胃炎重在疏肝利胆。

本研究中治疗组以疏肝利胆方为基础,合用耳穴贴压肝、胆、胃穴。方中以柴胡、郁金、延胡索、川楝、枳壳舒肝利胆以止痛;厚朴、槟榔行气消痞以除满;代赭石、半夏和胃降逆令胆汁下循常道以止呕;黄芩清泄肝胆郁火以定痛;大黄通腑泄热;党参、甘草健脾益气,调胃和中。诸药合用,使肝木疏、胆气利、胃气和、气机畅、郁火折,则胆汁随之而降,胃粘膜炎症随之缓解。合用王不留行贴压肝、胆、胃三个耳穴,可增强舒肝利胆和胃之功效,从而提高治疗胆汁反流性胃炎临床疗效,减少复发率。现代研究证实,耳穴按压肝、胆、胃穴可增强胆囊收缩功能,促进胆汁排泄,促进炎症消退、止痛,使奥狄氏括约肌松弛等作用<sup>[2]</sup>。药理研究证实:疏肝利胆中药如柴胡、枳壳、川楝、郁金等均有抗胆汁反流作用<sup>[3]</sup>。黄芩能杀幽门螺旋杆菌,消除炎症;大黄能促进胃的排空,减少胆汁反流,厚朴可提高幽门括约肌的张力,合用有较好的控制胆汁反流,消除胃粘膜炎症的使用<sup>[4]</sup>。

综上所述,采用以疏肝利胆方合耳穴贴压为主的中西医结合方法,治疗胆汁反流性胃炎综合疗效及远期疗效优势明显,值得推广。

### 参考文献

- [1]张万岱,陈治水,范北海,等.慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[S].中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314-316.
- [2]黄丽春.耳穴诊断治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2000:139-168.
- [3]王晓华,单兆伟.论疏利法治疗胆汁反流性胃炎[J].中华医学实践杂志,2004,3(10):57-58.
- [4]江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海人民出版社,1977:104-105

(收稿日期:2007-10-23)

欢迎投稿! 欢迎订阅!