

中医药治疗反流性食管炎研究进展

唐丽明¹ 魏爱勤² 曹丽霞¹ 袁红霞¹

(1.天津中医药大学,天津 300193; 2.天津市南开区中医医院,天津 300102)

摘要 中医药治疗反流性食管炎(RE)已取得了良好的临床疗效,在基础研究、实验研究及临床研究等方面均取得了令人瞩目的成果。然而在 RE 的中医药治疗及研究中还存在一些不足之处,今后应致力于构建一个比较系统的理论体系,并进一步深入研究中医药治疗 RE 的机理,从而更好的发挥中医的特色与优势,造福患者及全社会。

关键词 反流性食管炎 中医药疗法 综述

中图分类号 R571.05

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2009)02-0078-02

胃食管反流病(GERD)是消化系统常见疾病,由胃和(或)十二指肠内容物反流入食管所致,其中内镜下可见食管黏膜破损者,称为反流性食管炎(RE)。本病机制复杂,症状多样,易长期反复发作,严重影响患者生活质量,还可造成食管狭窄、Barrett 食管(BE)、食管腺癌(EA)等严重并发症。现代医学对 RE 的治疗,主要以 PPI 抑酸为主,虽可使疾病的症状得到一定程度的改善,但部分患者被此类药的不良反应所困扰,此外对于胆汁反流引起的食管黏膜损伤效果较差,且停药后相当比例的患者再度复发。另外,此类药品价格相对较高,长期的维持治疗也加重了患者经济负担。目前,中医药治疗 RE 已取得肯定的临床疗效,具有复发率低、毒副作用小、价格低廉等优点。现将近年来中医药治疗对 RE 的研究进展综述如下。

1 中医学对 RE 的认识

中医学并无“反流性食管炎”这一病名,从症状上看 RE 一般可归属于中医学“吐酸”、“吞酸”、“反酸”、“反胃”、“嘈杂”、“呕吐”、“噎膈”等范畴。其病位主要在食管,属脾络胃,联系肝胆,上可及咽喉,下连及脘腹。目前对于 RE 的病因病机认识不一,尚无统一的标准。

林云飞^[1]认为本病多因饮食不节、饥饱无度、恣食生冷酸辣而损伤脾胃,或忧思恼怒,久郁伤肝,肝气不疏,横逆犯脾胃所致;病机为脾胃气机失调,寒热错杂,胃失和降。王小平等^[2]认为本病是因情志不遂,或因刺激性食物、烟酒过度,或因郁热内蕴,以及长期胃气上逆等,使食管受损,脉络瘀滞。病性属于本虚标实,初期以标实为主,即气郁、痰阻、血瘀、热结;后期以本虚为主或虚中夹实,即气虚阴亏。病机以肝胃不和,脾胃升降失调,胃气上逆,痰、气、火、食、瘀互结于食管为关键。顾庆华^[3]认为本病发生与肝胆脾胃诸脏腑功能失调有关,胆胃不和为其关键所在,日久可变生湿、热、瘀等病理产物。王捷虹等^[4]认为本病多因恣食辛辣、煎烫之品,损伤胃阴,胃失濡润,而致食道狭窄、干涩;久病、过度劳累,致脾胃亏虚,运化失健,水湿不化,郁久化痰化热,而致气、湿、热、痰互结于食道,胃之通降失常而发病。

2 实验研究

据文献报道,RE 患者 BE 的发生率高达 12%,而 BE 患者

EA 的危险性较一般人群高 30~50 倍,约 2%~5% 将发展为食管腺癌^[5]。因此,如何有效治疗 RE,防止复发,预防并发症,成为近年来研究的热点。中医药治疗 RE 已取得了良好的疗效,且复发率低,目前已开展了大量的动物实验以探索其作用机制及途径,以期更好的指导临床。

冯云霄等^[6]通过“食管-十二指肠端侧吻合术”制备混合 RE 大鼠模型,随机分为调中颗粒组、半夏泻心汤组、西沙必利组、模型组、正常组,连续给药 14d 后,结果显示模型组大鼠食管黏膜 GAS 水平显著降低,而 NOS 和 VIP 显著升高;调中颗粒组食管黏膜 GAS 水平升高,而 NOS 与 VIP 显著降低,与正常组相比无统计学差异($P>0.05$)。于强等^[7-8]以“不全幽门结扎+食管下括约肌切开术”制备酸性反流性食管炎大鼠模型后,给予旋覆代赭汤水煎剂,分别于治疗 2、4、8d 后观察各组大鼠胃窦黏膜胃动素、胃泌素表达的变化。结果显示旋覆代赭汤治疗 8d 后,胃窦黏膜胃动素、胃泌素的表达即有所提高,并与假手术对照组相比无显著性差异($P>0.05$)。

3 临床研究

近年来中医药治疗 RE 已取得了较好的效果,尤其是在降低复发率方面得到了广泛的认可。目前,中医治疗 RE 主要有以下 4 种方法:

3.1 辨证分型治疗 水正等^[9]将 100 例 RE 患者随机分为中药组 52 例与对照组 48 例。中药组辨证分为肝胃不和、痰气郁结、脾胃湿热、脾胃虚弱 4 型,分别采用柴胡疏肝散、四七汤、平陈泻心汤、小建中汤加味治疗。对照组予以雷尼替丁口服。2 组疗程均为 1~2 个月。结果显示中药组治疗前后症状积分比较均有显著性差异($P<0.05$);中药组与对照组总有效率分别为 96.15%、83.33%,内镜下治愈率分别为 69.44%、36.36%,均有显著性差异($P<0.05$)。吴建一^[10]将 105 例 RE 患者分为肝胃不和、脾虚气滞、阴虚胃热、脾胃湿热 4 型,分别用柴胡疏肝散、香砂六君子汤合丁香柿蒂汤、甘露饮合丹栀逍遥散、藿香正气散合平胃散加减治疗。经 2~4 周治疗,105 例中显效 54 例,有效 41 例,无效 10 例,总有效率 90.48%。杨丽蓉^[11]将 48 例 RE 患者辨证分为肝胃郁热、肝胃不和、脾虚痰阻、脾虚胃热、气虚血瘀、胃阴亏损 6 型,分别采用

基金项目:国家自然科学基金资助项目(30740063);天津市卫生局课题(07014)

丹栀逍遥散、柴胡疏肝散、旋覆代赭汤、半夏泻心汤、启隔散、益胃汤治疗,同时配合黏膜保护剂(沙棘、白及、海螵蛸、丹参、蒲公英、白术各等份研成细末,每次12g,每日3次,饭后或睡前服用)。连续治疗3个月,结果治愈17例,好转27例,无效4例,总有效率91.7%。

3.2 基本方加减治疗 林云飞^[1]将62例RE患者随机分为治疗组32例与对照组30例。治疗组以半夏泻心汤合左金丸为基本方加减治疗,对照组给予奥美拉唑胶囊及多潘立酮片。2组均以8周为1疗程。治疗2疗程后,治疗组治愈4例,显效7例,有效16例,无效5例,总有效率84%;对照组治愈1例,显效4例,有效13例,无效12例,总有效率60%,2组比较有显著性差异($P<0.05$)。燕东等^[2]将76例RE患者随机分为2组,治疗组40例以四逆散合乌贝散加味为基础方治疗,对照组36例采用奥美拉唑联合吗丁啉治疗,结果显示2组临床症状积分及内镜下疗效比较均无显著性差异($P>0.05$),但停药后半年的复发率比较,治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。李灼光^[3]以柴平汤为基本方随证加减治疗RE 120例,以30d为1个疗程,结果120例中,痊愈24例,显效51例,有效33例,无效12例,总有效率90%。

3.3 固定方治疗 顾庆华^[4]将90例患者随机分成治疗组50例与对照组40例。治疗组口服胆胃宁颗粒(由炒柴胡、炒黄芩、郁金、白芍、制大黄、半夏、炒枳壳、木香、厚朴、炒白术、甘草等制成),对照组口服多潘立酮及铝碳酸镁片。结果治疗组与对照组总有效率分别为94%、62.5%,治疗前后胆汁反流消失率分别为62.5%、10.53%,均有显著性差异($P<0.01$)。孟玲^[5]将120例患者随机分为治疗组60例与对照组60例,治疗组应用舒胃颗粒(由柴胡、川芎、香附、枳壳、延胡索、乌贼骨、浙贝母、陈皮、云苓、白术、石斛、九香虫、黄连、吴茱萸、炒山药、白及等制成)加三七粉调成糊剂,卧位服药;对照组服用奥美拉唑、莫沙比力。结果显示治疗组及对照组治疗前后内镜改变总有效率分别为96.6%、78.3%,病理改变总有效率分别为96.6%、75.0%,均有显著性差异($P<0.05$)。王捷虹等^[6]将92例患者分为治疗组46例与对照组46例,治疗组服用自拟滋阴降气汤(组成:太子参20g,枳壳15g,麦冬、法半夏、焦栀子、苏梗、佛手各10g,黄连6g,吴茱萸、炙甘草各5g),对照组服用吗丁啉。2组均以4周为1个观察周期,结果显示治疗组总有效率89.1%,对照组总有效率71.7%,2组比较有显著性差异($P<0.05$)。

3.4 中西医结合治疗 陈典惠^[7]将64例RE患者随机分为治疗组32例与对照组32例;治疗组采用中西药(西药用雷尼替丁、奥美拉唑、三钾二枸橼酸铋颗粒及西沙比利,中药予以柴胡疏肝散加减)治疗,对照组仅采用西药治疗。结果治疗组治愈28例,有效4例;对照组治愈20例,有效12例。2组治愈率比较有显著性差异($P<0.01$)。李军^[8]将64例RE病人分为治疗组33例与对照组31例,治疗组予埃索美拉唑片及中成药乌及散(乌贼骨粉1g、白及粉2g)治疗,对照组只给予埃索美拉唑片,结果显示治疗组与对照组1周末临床总有效率分别为93.9%、71.0%;4周末临床总有效率分别为97.0%、77.4%;4周末内镜疗效总有效率分别为100%、80.6%,均有显著性差异($P<0.05$)。

4 问题与展望

目前中医药治疗RE已获得了良好的临床疗效,在基础研究、实验研究及临床研究等方面均取得了令人瞩目的成果。

研究表明,中医药在改善症状,减轻炎症反应,促进食管受损黏膜修复,调节食管下段括约肌功能,增进食管和胃蠕动功能,抑制反流等方面均显示其良好的疗效,尤其在降低复发率方面已显示出其独特的作用与明显的优势,为今后进一步开展RE中药新药开发研究及病因病机的实验室研究等打下了良好的基础。

然而在RE的中医药治疗及研究中还存在一些不足之处:(1)中医药对本病病因病机、辨证分型、诊断及治疗的认识缺乏统一、公认的标准。从现有的报道来看,中医药基础及临床研究仍处在“百家争鸣”的阶段,难以实现客观化和普及推广;(2)目前对中药单方、专方的临床观察较多,而有关其具体作用机理的实验研究较少,尤其是对中药治疗混合性RE作用机制的动物实验研究及报道较少,尚缺乏深入的探索。今后应致力于构建一个比较系统的理论体系,并进一步深入研究中医药治疗RE的机理,从而更好的发挥中医的特色与优势,造福患者及全社会。

5 参考文献

- [1] 林云飞.半夏泻心汤合左金丸加减治疗反流性食管炎32例.新中医,2007,39(12):64
- [2] 王小平,朱瑞华.辨证治疗反流性食管炎70例观察.实用中医药杂志,2007,23(11):694
- [3] 顾庆华.胆胃宁颗粒治疗反流性食管炎50例.山东中医杂志,2007,26(12):821
- [4] 王捷虹,沈舒文.滋阴降气汤治疗反流性食管炎46例.陕西中医,2008,29(1):35
- [5] Spechler SJ. GERD and its complications. Mt Sinai J Med, 2000,67(2):106
- [6] 冯云霞,时昭红,张介眉,等.调中颗粒对混合反流性食管炎大鼠食管黏膜3种胃肠激素的影响.中国中西医结合消化杂志,2007,15(6):369
- [7] 于强,袁红霞,郭世铎,等.旋覆代赭汤对酸性反流性食管炎模型大鼠胃窦粘膜胃动素表达的影响.四川中医,2006,24(6):8
- [8] 于强,袁红霞,郭世铎.旋覆代赭汤对酸性反流性食管炎模型大鼠胃窦粘膜胃泌素表达的影响.天津中医药,2006,23(4):275
- [9] 水正,乐毅,樊舟,等.中医辨证分型治疗胃食管反流病52例的临床研究.浙江中西医结合杂志,2003,13(7):433
- [10] 吴建一.中医辨治胃食管反流性疾病105例.新中医,2003,35(7):56
- [11] 杨丽蓉.辨证论治反流性食管炎48例.江西中医药,2005,36(9):33
- [12] 燕东,刘绍能.四逆散合乌贝散加味治疗反流性食管炎76例临床观察.北京中医,2007,26(7):389
- [13] 李灼光.柴平汤治疗反流性食管炎120例.中医药管理杂志,2007,15(10):788
- [14] 孟玲.舒胃颗粒加三七粉配合糊剂卧位服药法治疗反流性食管炎的临床研究.北京中医,2007,26(7):493
- [15] 陈典惠.中西医结合治疗反流性食管炎32例观察.实用中医药杂志,2007,23(10):650
- [16] 李军.埃索美拉唑联用乌及散治疗反流性食管炎的临床观察.四川中医,2008,26(1):48

第一作者:唐丽明(1976-),女,博士研究生,研究方向:中医内科脾胃病。

通讯作者:袁红霞.电子邮箱:yhx1877@263.net

收稿日期:2008-08-12

编辑:傅如海