

# 中药胃肠舒联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎 30 例

钟毅, 周红, 钟灵, 赵自明

钟毅, 赵自明, 广州中医药大学脾胃研究所 广东省广州市 510405  
周红, 广东省中医院 广东省广州市 510120  
钟灵, 广东省江南医院 广东省广州市 510300  
项目负责人: 钟毅, 510405, 广东省广州市机场路 12 号, 广州中医药大学脾胃研究所. zhongyisir@21cn.com  
电话: 020-33034245  
收稿日期: 2004-05-07 接受日期: 2004-07-15

## 摘要

**目的:** 观察胃肠舒联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的效果。

**方法:** 符合诊断标准的胆汁反流性胃炎患者 60 例分为 2 组。一组口服胃肠舒, 每日 1 剂; 另一组口服贝络纳 5 mg, 3 次/d; 两组均同时服用铝碳酸镁 1 g, 3 次/d, 疗程为 4 wk。于治疗前后进行临床症状疗效、胃镜下胆汁反流程度分级和胃黏膜病理积分评价。

**结果:** 应用胃肠舒和贝络纳治疗胆汁反流性胃炎患者, 均能明显改善患者的临床症状, 胃肠舒组显效率为 43.3%, 总有效率为 86.7%; 贝络纳组显效率为 33.3%, 总有效率为 83.3%。胃镜下, 两组均可明显改善患者的胃黏膜炎症, 与治疗前比较差异有显著性 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。胃肠舒组在改善患者的上腹痛、烧心、饱胀、恶心或呕吐等临床症状及胃黏膜炎症方面的疗效与贝络纳组的疗效相近。

**结论:** 胃肠舒联合铝碳酸镁是治疗胆汁反流性胃炎的有效药物。

钟毅, 周红, 钟灵, 赵自明. 中药胃肠舒联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎 30 例. 世界华人消化杂志 2004; 12(9): 2208-2209  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2208.asp>

## 0 引言

胆汁反流性胃炎是消化系统常见病, 约占胃炎总数的 12.3%。当胃肠动力紊乱时, 十二指肠出现逆蠕动, 幽门关闭功能失调, 即可发生十二指肠胃反流, 若反流频率高、持续时间长、反流量大, 则引起胃损伤<sup>[1]</sup>。我们应用中药胃肠舒联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎 30 例, 并与贝络纳(枸橼酸莫沙比利片)联合铝碳酸镁治疗 30 例进行对照如下。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 2002-01/2004-03 广东省中医院珠海医院和广东省江南医院门诊及住院胆汁反流性胃炎患者 60 例, 均因上腹痛、烧心、饱胀、恶心或呕吐等症状就诊; 胃镜检查及胃黏膜活检示慢性胃炎(重度糜烂性和溃疡性病变除外), 分为胃肠舒组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 20-65(平均  $35.2 \pm 11.7$  岁), 按胃镜下胃液颜色

进行胆汁反流分级<sup>[2]</sup>, 即胃液颜色由清亮至深黄或深绿色分为 0-III 级, 0 级 0 例, I 级 10 例, II 级 11 例, III 级 9 例; 贝络纳组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 年龄 18-62(平均  $34.6 \pm 12.5$  岁), 0 级 0 例, I 级 11 例, II 级 11 例, III 级 8 例。两组病例的性别、年龄及胃镜下分级无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 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物, 排除消化性溃疡和其他胃肠道器质性病变, 无肝胆胰和全身性或其他系统疾病(如结缔组织病, 糖尿病等内分泌疾病), 非妊娠或哺乳期。

**1.2 方法** 胃肠舒组口服胃肠舒(党参 10 g, 炒白术 10 g, 茯苓 12 g, 炙甘草 6 g, 神曲 10 g, 法半夏 12 g, 柴胡 8 g, 枳实 10 g, 丹参 12 g 和川芎 10 g), 每日 1 剂, 水煎成 250 mL, 温服; 贝络纳组口服贝络纳(成都大西南制药股份有限公司生产) 5 mg, 3 次/d; 两组均同时服用铝碳酸镁(德国拜耳公司产品) 1 g, 3 次/d, 餐后嚼碎服。两组疗程均为 4 wk。观察临床症状疗效采用半定量方法, 将上腹痛、烧心、饱胀、恶心或呕吐等 4 个主症的严重程度及发作频率进行记分。轻度者需经提醒方能记起有症状, 记 1 分; 中度, 主诉有症状, 但不影响生活, 记 2 分; 重度, 主诉有症状且影响日常生活, 记 3 分。发作频率轻度, 隔 3-4 d 或以上发作 1 次, 记 1 分; 中度, 隔天发作 1 次, 记 2 分; 重度, 每天发作, 记 3 分。4 wk 后根据症状总积分变化评定疗效。症状总积分下降百分率  $> 75\%$  者为显效; 下降百分率  $> 50\% \leq 75\%$  者为有效; 下降百分率  $> 25\% \leq 50\%$  者为好转; 下降百分率  $\leq 25\%$  者为无效。胃镜下胆汁反流程度分级<sup>[2]</sup>: 0 级, 黏液湖清亮、透明, 无黄染; I 级, 黏液湖清亮, 淡黄色; II 级, 黏液湖呈黄色清亮; III 级, 黏液湖呈淡黄色或深绿色。胃镜检查过程中, 在距幽门口 5 cm 内取活检 2-3 块, 作病理诊断(HE 染色)。以胃小凹增生、固有层充血水肿和黏膜肌层增生程度、黏膜表面血管扩张、充血等所见, 按正常、轻、中、重以及急、慢性炎细胞数目, 分别记 0-3 分, 总计分为 0-15 分, 胃黏膜病理积分(RFI)<sup>[2]</sup>  $> 9$  即可诊断为有过多胆汁反流。

**统计学处理** 采用 SPSS 11.0 统计软件包, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验, 等级资料采用 Ridit 检验。

## 2 结果

胃肠舒组临床症状显效 13 例, 占 43.3%, 总有效率为 86.7%; 贝络纳组显效 10 例, 占 33.3%, 总有效率为

表1 胃肠舒治疗后各症状的变化(mean±SD, n=48)

分组	治疗	上腹痛	烧心	饱胀	恶心或呕吐	总积分
胃肠舒组	前	4.19 ± 1.28	4.56 ± 1.08	3.67 ± 2.05	1.17 ± 1.85	13.54 ± 6.65
	后	1.06 ± 1.45 <sup>b</sup>	1.42 ± 1.25 <sup>b</sup>	0.54 ± 1.15 <sup>b</sup>	0.00 ± 0.00 <sup>b</sup>	3.02 ± 3.84 <sup>b</sup>
贝络纳组	前	3.77 ± 1.95	3.85 ± 1.35	2.25 ± 2.15	1.15 ± 1.88	11.02 ± 8.15
	后	0.60 ± 1.14 <sup>b</sup>	1.10 ± 1.75 <sup>b</sup>	0.60 ± 1.13 <sup>b</sup>	0.15 ± 0.85 <sup>b</sup>	2.48 ± 4.85 <sup>b</sup>

<sup>b</sup>P<0.01 vs 治疗前.

83.3%. 两组差异无显著性意义( $P>0.05$ ). 两组治疗后各症状积分和总积分均明显低于治疗前(表1,  $P<0.01$ ), 而治疗后两组间各症状积分和总积分比较无显著性差异( $P>0.05$ ). 提示两组在改善临床症状方面均有显著作用. 两组治疗后胃镜下胆汁反流程度分级中0, I级明显增多; II, III级显著减少; 平均积分治疗后较治疗前明显下降( $9.3 \pm 1.7 \rightarrow 5.6 \pm 1.0$ ;  $9.2 \pm 1.9 \rightarrow 5.7 \pm 1.1$ ,  $P<0.05$ ); 而治疗后两组间胃镜下胆汁反流程度分级和胃黏膜病理平均积分比较差异无显著性意义( $P>0.05$ ). 该结果显示, 两组联合用药在胃黏膜炎症改善方面均有显著作用.

### 3 讨论

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis), 主要的致病因素是胆汁. 正常情况下存在生理性十二指肠胃反流, 此时十二指肠内容物反流至胃的时间很短, 胃内胆酸等十二指肠内容物很快被清除, 不会对胃黏膜造成任何损伤, 只有病理性十二指肠胃反流出现才会造成一系列病理生理改变<sup>[3]</sup>. 研究发现, 胆汁酸可致非特异性组织损害, 直接损伤胃黏膜, 造成反流性胃炎<sup>[3]</sup>. 目前针对胆汁反流的治疗策略, 一方面是结合胃内胆酸, 以减少反流物的损害作用<sup>[1]</sup>. 如铝碳酸镁作为一新型结合胆酸药物, 其活性成分为水化碳酸氢氧化镁铝, 可在酸性环境下结合胃内胆酸, 当结合的胆酸进入肠内碱性环境时, 又将胆酸释放, 从而不影响胆酸的肠肝循环. 也有研究证实, 铝碳酸镁为治疗胆汁反流性胃炎的有效药物<sup>[4]</sup>. 另一方面是改善胃肠动力, 促进胃十二指肠协调运动以减少十二指肠胃反流的发生<sup>[1]</sup>. 已知促胃肠动力药物可改善胃排空, 促进胃窦-幽门-十二指肠协调运动, 从而减少十二指肠反流. 研究发现, 西沙比利可改善胆汁反流性胃炎患者症状, 减少胃内胆酸反流<sup>[5]</sup>. 贝络纳(枸橼酸莫沙比利片)是新一代胃肠动力药, 为高选择性5-羟色胺受体激动剂, 通过激活胃肠道的胆碱能中间神经元及肌间神经丛的5-羟色胺受体, 使之释放乙酰胆碱, 产生上消化道促动力作用<sup>[6]</sup>.

祖国医学中无胆汁反流性胃炎的病名, 根据其临床表现, 应属祖国医学中“胃痛”、“嘈杂”、“吐酸”、“呕吐”等范畴. 中医认为, 胃喜润而恶燥, 脾喜燥而恶湿. 胃为阳土, 多实多热; 脾为阴土, 多虚多寒. 胆汁反流性胃炎属中医脾胃病范畴, 其病因病理为情志不畅, 肝失疏泄, 横逆犯胃, 肝胃气滞, 郁而化热; 或饮食不

节, 伤及脾胃, 胃气壅滞, 气郁化热; 或劳累过度, 伤及脾胃, 脾胃虚弱; 或胃病日久, 伤及于脾, 脾胃气虚, 日久气虚及阳, 终至寒热错杂, 脾虚胃实, 脾不升清, 胃失和降, 脾胃升降失调, 胃气上逆所致. 据我们临床观察, 胆汁反流性胃炎以虚实夹杂者为多, 且病程多数较长. 胃肠舒由党参、炒白术、茯苓、炙甘草、神曲、法半夏、柴胡、枳实、丹参、川芎等中药组成, 方中党参、炒白术、茯苓、炙甘草益气健脾; 神曲、法半夏和胃降逆; 柴胡、枳实、丹参、川芎行气活血; 全方共奏益气健脾、和胃降逆、行气活血之功效. 现代药理研究证实, 四君子汤能改善十二指肠和空肠消化间期移行性复合运动波(MMC)各项指标; 党参对离体小肠肠段舒缩运动有双向调节作用; 大剂量白术水煎剂能促进动物的胃肠运动; 丹芍合剂能较好地改善脾虚大鼠胃窦十二指肠消化间期移行性复合运动波(MMC)各时相变化; 枳实使胃壁平滑肌的电活动幅值和频率明显增大, 有兴奋和增强胃运动节律作用<sup>[7]</sup>. 半夏有显著抑制胃液分泌, 能显著增强肠道输送能力的作用; 柴胡可促进胃肠平滑肌收缩, 加强胃、十二指肠排空<sup>[8]</sup>; 神曲含淀粉酶, 能帮助糖类食物的消化<sup>[9]</sup>. 本研究证实, 应用胃肠舒联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎, 能明显改善患者的临床症状, 显效率为43.3%, 总有效率为86.7%; 可以明显改善患者的胃黏膜炎症; 其在改善患者的上腹痛、烧心、饱胀、恶心或呕吐等临床症状及胃镜下胃黏膜炎症方面的疗效基本达到了贝络纳联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的疗效.

### 4 参考文献

- 1 多潘立酮临床协作组. 多潘立酮及铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎多中心临床观察. 中华消化杂志 2003;23:275-278
- 2 曾锦章, 张万岱, 张洪海, 彭武和, 张振书, 周殿元. 胆汁反流性胃炎诊断标准的探讨. 中国实用内科杂志 1997;17:406-408
- 3 许国铭. 胆汁反流相关性疾病. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 2002:159-162
- 4 许国铭, 李兆申, 邹多武, 尹宁. 铝碳酸镁对胆汁反流性胃炎疗效及胃内24小时胆汁的影响. 中华内科杂志 1998;37:598-599
- 5 朱爱勇, 许国铭, 李兆申, 邹多武, 尹宁. 铝碳酸镁和西沙比利对胆汁反流性胃炎的疗效及胃内胆酸的影响. 中华消化杂志 2000;20:105-107
- 6 金华, 张铁军. 枸橼酸莫沙比利-新型胃动力药. 药学进展 2000;24:306-308
- 7 连至诚, 欧阳守, 许冠荪, 陈国志. 胃肠电及胃肠动力研究在中国. 第1版. 广州: 华南理工大学出版社, 1997:545
- 8 阴健, 郭力弓. 中药现代研究与临床应用(I). 第1版. 北京: 学苑出版社, 1993:265
- 9 江绍基. 临床胃肠病学. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1981:145