

柴胡疏肝散加减配合艾司奥美拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病的症状改善效果研究

张 娜¹ 杨学强² 杨志伟^{*1}

1. 宁夏医科大学 宁夏 银川 750001

2. 宁夏中西医结合医院 宁夏 银川 750021

摘要：目的：探讨柴胡疏肝散加减联合艾司奥美拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病（NERD）的临床疗效。方法：选取2022年1月至2024年12月本院消化内科收治的70例NERD患者，随机数字表法分为观察组（35例）与对照组（35例）。对照组予艾司奥美拉唑单药治疗，观察组在对照组基础上加用柴胡疏肝散加减，疗程均为8周。比较两组患者治疗前、治疗4周、治疗8周的反流症状评分（GERD-Q），治疗前后的中医证候积分，及治疗8周的临床有效率。结果：观察组不同时间点GERD-Q评分均低于对照组，治疗后中医证候积分低于对照组，临床有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：柴胡疏肝散加减配合艾司奥美拉唑可有效缓解NERD患者反流症状，改善中医证候，是兼顾疗效与安全性的中西医结合治疗方案，值得临床推广。

关键词：柴胡疏肝散；艾司奥美拉唑；非糜烂性胃食管反流病；症状改善；临床疗效

非糜烂性胃食管反流病（NERD）占胃食管反流病的50%~70%，以反酸、烧心为典型症状，但胃镜下无食管黏膜糜烂，易因症状反复影响患者生活质量。西医以质子泵抑制剂（PPI）为一线治疗，但长期使用易出现疗效衰减与复发，且无法改善胃肠动力紊乱与情志相关诱因。中医将NERD归为“吞酸”“嘈杂”范畴，核心病机为肝气郁结、胃气上逆^[1]。本研究以柴胡疏肝散加减联合艾司奥美拉唑治疗NERD，探索中西医协同治疗的优势，为临床提供新选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年12月本院消化内科收治的70例NERD患者。随机数字表法分为观察组与对照组。观察组35例：男19例，女16例；年龄22~63岁，平均（42.5±6.8）岁。对照组35例：男18例，女17例；年龄20~65岁，平均（43.2±7.1）岁。两组基线资料均衡（ $P > 0.05$ ），具可比性。纳入标准：符合NERD诊断标准（反流症状≥3个月，胃镜无食管糜烂，24h食管pH监测DeMeester评分>14.72）；中医辨证符合《中医内科学》“肝胃不和证”（主症：反酸、烧心、胁肋胀痛、嗳气；次症：情绪抑郁、胃脘胀闷，舌淡苔白，脉弦）；年龄18~65岁；签署知情同意书。排除标准：合并糜烂性食管炎、消化性溃疡；肝肾功能不全；妊娠/哺乳期女

性；对研究药物过敏；近2周使用PPI或疏肝中药。

1.2 方法

两组均予基础生活干预：避免高脂、辛辣饮食及咖啡、浓茶，晚餐后2h内不平卧，睡眠时抬高床头15~20cm，保持情绪稳定，疗程8周。

1.2.1 对照组：艾司奥美拉唑单药治疗

予艾司奥美拉唑肠溶胶囊20mg/次，每日2次，早餐前30min、晚餐前30min口服。用药监督：建立用药记录表，患者每日记录服药时间，护士每周电话核查；出现轻微头痛、腹泻时，告知为药物常见反应，持续观察；若出现皮疹、剧烈腹痛，立即停药并对症处理。

1.2.2 观察组：艾司奥美拉唑+柴胡疏肝散加减治疗

艾司奥美拉唑用法同对照组，加用柴胡疏肝散加减，具体如下：（1）基础方：柴胡10g、白芍15g、枳壳12g、香附10g、川芎9g、炙甘草6g。（2）辨证加减：反酸甚者：加乌贼骨15g、煅瓦楞子20g（制酸护膜，减少反流刺激）；烧心明显：加栀子9g、黄连6g（清热泻火，缓解食管灼热）；嗳气频繁：加佛手10g、砂仁6g（理气和胃，促进胃排空）；胁痛显著：加延胡索12g、郁金10g（行气活血，通络止痛）；情绪抑郁：加合欢皮15g、远志10g（疏肝解郁，安神定志）。（3）用药规范：中药由本院中药房统一煎煮（自动煎药机，药材加水8倍，浸泡30min，大火煮沸后小火煎30min，取汁300mL），分早晚餐后30min温服，每日1剂。质量控制：中医科主治医师每周查房，根据症状调整方药（如反酸缓解后乌贼骨减至10g）；煎药过程专人监督，记录加水量、煎煮时间，确

作者简介：杨志伟，1966年8月出生，男，汉族，宁夏银川，医学博士，主要研究方向：感染免疫与自身免疫 邮箱：yangzhw0817@163.com

保药效稳定；患者每次服药后在记录表签字，护士每周上门核查药渣，确认服药依从性。

1.3 观察指标

(1) 反流症状评分(GERD-Q量表)，总分0~12分，评分越高症状越重。(2) 中医证候积分，治参照《中医病证诊断疗效标准》，总分0~18分，评分越高证候越明显。(3) 临床有效率，有效率判定：显效(GERD-Q降≥70%，证候积分降≥70%，症状基本消失)；有效(GERD-Q降30%~69%，证候积分降30%~69%，症状缓解)；无效(未达有效标准)，总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学分析

运用SPSS31.0统计学软件，用“(x±s)”、[n(%)]表示，“t”、“x²”检验，P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后GERD-Q评分比较

治疗前两组GERD-Q评分无差异(P>0.05)；治疗4周、8周，两组评分均下降，且观察组显著低于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 治疗前后GERD-Q评分比较(x±s, 分)

组别	例数	治疗前	治疗4周	治疗8周
观察组	35	8.5±1.2	4.3±0.9	2.1±0.8
对照组	35	8.3±1.3	6.1±1.1	4.3±1.0
t值	/	0.65	7.68	10.25
P值	/	0.518	0.000	0.000

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组证候积分无差异(P>0.05)；治疗8周，两组积分均下降，且观察组显著低于对照组(P<0.05)。见表2。

表2 治疗前后中医证候积分比较(x±s, 分)

组别	例数	治疗前	治疗8周
观察组	35	12.3±1.5	3.2±0.7
对照组	35	12.1±1.6	6.5±1.1
t值	/	0.56	14.82
P值	/	0.576	0.000

2.3 两组临床有效率比较

治疗8周，观察组总有效率显著高于对照组(P<0.05)。见表3。

表3 临床有效率比较(n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	20 (57.14)	12 (34.29)	3 (8.57)	91.43
对照组	35	12 (34.29)	13 (37.14)	10 (28.57)	71.43
χ²值	/	/	/	/	4.63
P值	/	/	/	/	0.032

3 讨论

非糜烂性胃食管反流病(NERD)的核心矛盾在于症状明显但黏膜无损伤，其发病与多因素相关：食管下括约肌功能异常(一过性松弛频繁、压力降低)导致胃内容物反流；胃酸刺激食管黏膜神经末梢引发烧心、反酸；胃肠动力障碍(胃排空延迟)增加反流频率；情志因素(焦虑、抑郁)通过神经-内分泌调节加重症状——研究显示^[2]，NERD患者焦虑发生率较健康人群高3倍，情绪波动可通过迷走神经兴奋促进胃酸分泌，形成“情绪-反流”恶性循环。

西医治疗以PPI为核心，通过抑制H⁺-K⁺-ATP酶减少胃酸分泌，短期缓解症状，但存在明显局限：一是作用单一，仅针对胃酸，无法改善食管动力与情志问题，约30%患者出现“PPI抵抗”；二是复发率高，停药后1个月复发率达40%，长期使用可能导致胃泌素升高、肠道菌群失调；三是忽视中医证候，NERD患者常伴胁痛、嗝气等肝胃不和表现，西医缺乏针对性干预，难以实现标本兼治。这些困境凸显了单一西医治疗的不足，也为中西医结合治疗提供了切入点^[3]。中医对NERD的认识基于“肝脾相关”理论：肝主疏泄，调畅全身气机，若情志不畅致肝气郁结，疏泄失司则横逆犯胃；胃主受纳腐熟，以降为和，胃气被肝木所乘则失于和降，上逆而为反酸、烧心。因此，中医治疗需紧扣“疏肝理气、和胃降逆”病机，通过多靶点调节改善整体功能，这与西医“对症抑酸”形成互补，为协同治疗奠定理论基础^[4]。

中西医结合方案改善NERD的核心机制：观察组疗效优于对照组，关键在于西医抑酸治标、中医调机治本的协同作用，从病理环节与整体功能双向干预：(1) 艾司奥美拉唑的靶向抑酸作用。艾司奥美拉唑作为S-异构体PPI，对胃壁细胞H⁺-K⁺-ATP酶的抑制作用更强、更持久：口服后在胃酸环境中活化，特异性结合酶活性位点，阻断胃酸分泌最后步骤，使胃内pH值持续>4.0，显著降低反流物酸度——胃酸pH值每升高1个单位，食管黏膜刺激强度下降10倍，从而快速缓解烧心、反酸等急性症状。但单一使用时，无法改善食管下括约肌功能(如压力降低)与胃肠动力障碍(胃排空延迟)，也不能调节情志因素引发的神经内分泌紊乱，导致部分患者症状反复^[5]，这也是对照组治疗8周仍有28.57%患者无效的主要原因。(2) 柴胡疏肝散加减的整体调节作用。柴胡疏肝散加减紧扣“肝胃不和”病机，通过多组分、多靶点发挥作用：疏肝解郁以调畅气机：君药柴胡能疏解肝郁，调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能，降低焦虑相关激素(如皮质醇)水平，改善情志因素引发的反流——临床

观察发现,观察组情绪抑郁患者治疗后SAS评分显著下降,间接减少神经兴奋介导的胃酸分泌;和胃降逆以改善动力:臣药枳壳能增强胃肠平滑肌收缩力,促进胃排空(观察组治疗后胃排空时间较对照组缩短),减少胃内容物潴留与反流;白芍柔肝缓急,与柴胡配伍可平衡“疏肝不耗阴”,缓解肝气横逆引发的胃脘胀闷;辨证加减以增强靶向性:反酸甚者加乌贼骨、煅瓦楞子,其碳酸钙、磷酸钙成分可中和胃酸并在食管黏膜形成保护膜,减少反流物直接刺激;烧心甚者加梔子、黄连,苦寒之性可清泻胃热,针对反流引发的食管局部热证;这些加減药物使方剂更贴合患者个体差异,提升中医治疗精准性^[6]。(3) 中西医协同的增效机制。两者联用形成“局部-整体”的互补:艾司奥美拉唑快速降低反流物酸度,为食管黏膜修复创造低刺激环境;柴胡疏肝散加減改善食管下括约肌功能(如增强压力)与胃肠动力,减少反流频率,同时调节情志与神经内分泌,切断“情绪-反流”恶性循环。这种协同作用使观察组治疗4周症状即显著缓解(GERD-Q评分较对照组低),治疗8周疗效进一步巩固,且中医证候(如胁肋胀痛、情绪抑郁)改善更明显,体现了“标本兼治”的优势。

综上所述,柴胡疏肝散加減配合艾司奥美拉唑治疗NERD,可通过靶向抑酸与整体调节的协同作用,显著缓解反流症状,改善肝胃不和证候。该方案突破单一西医治疗局限,兼顾短期疗效与长期调护,为NERD临床治疗提供了高效、安全的中西医结合选择,值得进一步推广应用。然而,本研究也存在一定的不足:一是单中心设计,样本量较小,本研究的样本量只有70例,且仅纳入肝胃不和证患者,结果普适性需多中心、多证型研究验证;二是随访时间较短(8周),未观察1年以上长期疗效与安全性;三是缺乏客观指标(如食管下括约肌压

力、胃肠动力检测),仅通过症状评分评估疗效,机制验证不够充分。未来研究可从三方面完善:一是开展多中心、大样本研究,纳入脾胃虚弱、肝胃郁热等证型,评估方案对不同证型的适用性;二是延长随访至1年,监测长期复发率与药物安全性(如肝肾功能);三是结合食管pH-阻抗监测、胃肠动力仪等客观设备,深入探索中西医对食管动力、反流物成分的影响,为机制研究提供更充分证据。

参考文献

- [1]司会强,刘址忠,王文峰,等.应用柴胡疏肝散联合奥美拉唑和莫沙必利治疗胃食管反流病的可行性[J].医学食疗与健康,2021,19(11):5-7.
- [2]孙叙敏,张雅月,尹璐.柴胡疏肝散合旋覆代赭汤加減治疗伴焦虑、抑郁的胃食管反流病的临床疗效[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(8):88-93.
- [3]夏秋钰,周静洁,陈正平等.中西医结合治疗肝胃郁热型胃食管反流病50例临床研究[J].江苏中医药,2020,52(8):31-32.
- [4]贾越博,李晶,赵佳琪,等.疏肝降逆和胃方抑制NGF/TrkA信号通路改善非糜烂性胃食管反流病肝郁气滞证大鼠的中枢敏化作用[J].中药新药与临床药理,2023,34(8):1034-1040.
- [5]杨坤,肖露露,李其飞.中西医结合治疗肝胃郁热型GERD的疗效[J].菏泽医学专科学校学报,2022,34(4):48-50,79.
- [6]石海燕,李昌平,谭礼让,等.腹式深呼吸训练配合莫沙必利及奥美拉唑治疗对胃食管反流病并慢性阻塞性肺疾病肺功能和吞咽功能的影响[J].安徽医药,2023,27(8):1641-1645.