

节,胃病得之,胃病则脾衰,脾亦病也,形体劳役,脾胃虚寒乃脾胃虚弱而来,脾气虚弱而气血生化乏力,脾胃失养阴寒甚之,肾阳虚,火不生土,气滞寒凝,升降失职,乃标实本虚之证,治疗当以温中散寒、调脾和胃为主要治疗原则<sup>[4]</sup>。

本文结果显示,与对照组相比,观察组临床疗效显著较高,且中医症状评分下降更显著,内镜下充血、糜烂、水肿、胆汁反流镜像发生率降低更显著。温中调脾方主要由薏苡仁、黄芪、茯苓、党参、陈皮、干姜、白术、炙甘草等组成,其中薏苡仁具有除湿健脾之效,党参益气健脾,黄芪补气、温养脾胃,茯苓利水,白术燥湿,健脾益气,干姜和胃止呕,陈皮祛寒、健脾理气,炙甘草益气补中,诸药合用共奏温中调脾、和胃止痛之效。现代药理研究显示,温中调脾汤能够抑制胃蛋白的活性及胃酸分泌,调节胃泌素分泌,增强抵抗力,遏制幽门螺旋杆菌感染<sup>[5]</sup>。中药封包是临床上常用的中医操作,在临床上治疗广泛,利用中医经络理论,本文中采用的穴位为中脘穴、神阙穴,其中中脘穴乃奇经八脉的任脉要穴,调理脾胃、和胃止痛、建运中州,神阙穴乃生命蒂之,补气温阳,本文中的中药封包主要由吴茱萸、肉桂、丁香、荜茇、柴胡、甘松、细辛等组成,其中吴茱萸散寒祛湿,肉桂和胃止痛、通络经脉,丁香降逆、健脾益气、温中补益,甘松开胃醒脾、活血止痛、温

中祛寒,柴胡助阳疏肝、解表,荜茇止痛、祛寒,诸药合用共奏温中调脾、散寒理气之效。

综上所述,温中调脾汤联合中药封包可提高脾胃虚寒型慢性胃炎患者临床疗效,改善症状,促进病变黏膜恢复,且安全性高,副作用少,值得推广。

## 参 考 文 献

- [1] 张诗宇,王垂杰,路小龙.慢性胃炎中医辨治思路[J].江苏中医药,2020,52(12):43-45.
- [2] 石洪林.温中健脾和胃汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎52例[J].中国中医药科技,2020,27(5):822-823.
- [3] 畅彬如.温中调脾汤联合雷贝拉唑治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎临床疗效观察[D].晋中:山西中医药大学,2019.
- [4] 卢杰昌.香砂六君子汤加味联合中药封包治疗脾胃虚寒型慢性胃炎男性患者临床观察[J].福建中医药,2020,51(5):34-35,40.
- [5] 蒋凤君,钟卓丹,莫灿辉,等.中药封包配合子午流注治疗脾胃气虚型慢性胃炎临床观察[J].光明中医,2020,35(9):1355.

收稿日期 2021-12-25

(编辑 羽飞)

# 盐酸小檗碱片治疗饮酒相关急性胃肠炎的临床研究

林洁锋 中国科学院大学深圳医院(光明)康复医学科,广东省深圳市 518107

**摘要 目的:**探讨盐酸小檗碱片治疗饮酒相关急性胃肠炎的临床疗效。**方法:**纳入2019年1月—2020年6月在本院门诊就诊的饮酒相关急性胃肠炎患者60例,随机分为观察组和对照组,各30例。对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊、蒙脱石散,观察组在对照组基础上口服盐酸小檗碱片。比较两组患者血液酒精浓度的变化,症状消失时间,治疗前、治疗3d和治疗7d时白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比(NE%)、CRP水平变化,总体疗效以及不良反应的差异。**结果:**观察组服药60min后血液酒精浓度显著低于对照组( $P < 0.05$ );观察组患者呕吐、腹痛和腹泻症状消失时间均显著短于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗3d时WBC和NE%水平均显著低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组显效率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:**与常规西医疗疗比较,联合应用盐酸小檗碱片可进一步缩短饮酒相关急性胃肠炎的症状消失时间,且安全性较高,可在临床上推广应用。

**关键词** 小檗碱 急性肠胃炎 酒精 奥美拉唑 蒙脱石散

**中图分类号:**R57 **文献标识码:**B **doi:**10.19381/j.issn.1001-7585.2021.08.027

当人体少量饮酒时,酒中的乙醇可在30min~3h内主要通过肝脏的分解由胃和小肠完全吸收,而饮酒量过多可导致肝细胞无法及时分解酒中的乙醇,使得人体血液中乙醇含量过高,再加上酒中的有害物质过度刺激胃肠道,可引发多个系统的不适症状,如呕吐、头晕、头痛、言语不清、腹胀、腹泻等,严重者可导致死亡,其中,饮酒导致的急性胃肠炎在临床十分常见。目前该病多以西医疗法为主,包括补液、止吐、止泻等<sup>[1-2]</sup>,如何进一步加快起效时间,帮助患者快速恢复正常生活和工作,避免其他并发症的发生,是亟待解决的重点问题。黄连是传统医药中治疗湿热痞满、呕吐泄泻、痈疽疮毒等的常用药物,其主要活性成分小檗碱一直广泛应用于肠胃炎尤其是腹泻患者的治疗。近年来,小檗碱的药理活性不断被开发和利用,研究<sup>[3]</sup>显示,该药还具有抗菌、抗病毒、抗胃溃

疡和抗心律失常等多种作用<sup>[3-5]</sup>,如果将其应用于饮酒相关急性胃肠炎患者,是否可进一步提高疗效,目前相关临床研究较少。鉴于此,本院在常规治疗基础上联合应用将盐酸小檗碱片治疗饮酒相关急性肠胃炎,获得了满意成效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入2019年1月—2020年6月在本院就诊的饮酒相关急性肠胃炎患者60例。纳入标准:(1)依据病史、症状(呕吐、腹痛、腹泻)、体征以及粪便常规检查确诊为饮酒相关急性肠胃炎,且符合《急性酒精中毒诊治共识》<sup>[6]</sup>轻度酒精中毒诊断标准;(2)就诊前未服用任何止吐和止泻药物。排除标准:(1)符合《急性酒精中毒诊治共识》<sup>[6]</sup>中度和重度急性酒精中毒诊断者;(2)合并有胃溃疡、慢性萎缩性

胃炎、溃疡性结肠炎、肠梗阻等其他肠道病史者；(3)合并凝血功能和免疫功能异常者；(4)合并有肝肾功能不全者；(5)已知对本研究所用药物有过敏史者。所有患者均对本次研究知情同意，本次研究已获得医院伦理委员会的审核批准。60例患者中男42例，女18例，年龄20~65岁，平均年龄(40.51±5.09)岁。将患者随机分为观察组(30例)和对照组(30例)。观察组中男22例，女8例，年龄(40.90±6.11)岁；对照组中男20例，女10例，年龄(40.17±6.20)岁。两组患者年龄和性别比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 两组患者就诊时均首先采集静脉血进行血常规、C反应蛋白(CRP)、粪便常规和肝肾功能等常规检查，并采用顶空气相色谱检测法检测血液酒精浓度。对照组患者给予奥美拉唑肠溶胶囊口服，20mg/次，1次/d，蒙脱石散冲服，3g/次，3次/d；观察组患者在对照组基础上口服盐酸小檗碱片0.3g/次，3次/d。血常规显示细菌感染给予诺氟沙星胶囊口服，0.3g/次，2次/d，呕吐严重者可肌肉注射盐酸甲氧氯普胺注射液10mg/次，出现电解质紊乱者应给予补液治疗。两组患者均连续治疗7d，如果患者症状消失则可停止服药，如果症状仍未晚期消失可继续以原方案治疗。

**1.3 观察指标** (1)血液酒精浓度：嘱两组患者在拿到药物以后立即服用，并等待60min后采集血液样本检测血液酒精浓度，比较两组患者治疗前和服药60min后血液酒精浓度的差异。(2)症状消失时间：统计两组患者呕吐、腹痛和腹泻消失时间。(3)血液指标：比较治疗前、治疗3d和治疗7d时，两组患者白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比(NE%)、CRP水平变化的差异。(4)总体疗效：治疗7d时，采用急性生理功能与慢性健康状况评分系统Ⅲ(APACHEⅢ)对两组患者进行总体疗效评价：以治疗后症状消失，APACHEⅢ评分降低率>70%为显效，以治疗后症状改善，APACHEⅢ评分降低率50%~70%为有效，以治疗后症状未得到改善，APACHEⅢ评分降低率<50%为无效。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。(5)不良反应：统计两组患者与本次研究所用药物有关的不良反应，并及时处理。

**1.4 统计学方法** 所有数据均采用SPSS22.0统计学软件进行分析，计量资料以均数±标准差表示，治疗前后比较采用重复测量方差分析，组间比较采用 $t$ 检验，计数资料以百分比表示，组间比较采用 $\chi^2$ 分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 血液酒精浓度** 治疗前两组血液酒精浓度比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )；服药60min后两组血液酒精浓度均较治疗前显著下降( $P<0.05$ )，且观察组显著低于对照组( $P<0.05$ )，见表1。

表1 两组患者血液酒精浓度变化比较( $\bar{x}\pm s$ , mg/100ml)

组别	$n$	治疗前	服药60min后	$t$	$P$
观察组	30	50.11±5.56	30.44±4.10	15.596	0.000
对照组	30	49.59±7.13	35.12±5.39	8.867	0.000
$t$		0.315	3.785		
$P$		0.754	0.000		

**2.2 症状消失时间** 观察组患者接受治疗后呕吐、腹痛和

腹泻症状消失时间均显著短于对照组( $P<0.05$ )，见表2。

表2 两组患者症状消失时间比较( $\bar{x}\pm s$ , d)

组别	$n$	呕吐	腹痛	腹泻
观察组	30	1.52±0.32	4.20±1.10	5.20±1.23
对照组	30	1.80±0.44	5.51±1.25	6.09±1.12
$t$		2.819	4.309	2.930
$P$		0.007	0.000	0.005

**2.3 血液指标** 治疗前两组WBC、NE%和CRP水平比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )；治疗3d、7d时两组WBC、NE%、CRP均逐渐下降，治疗前后比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组治疗3d时WBC和NE%水平均显著低于对照组( $P<0.05$ )，而治疗7d时两组无显著差异( $P>0.05$ )；两组治疗3d、7d时CRP水平均无显著差异( $P>0.05$ )，见表3。

表3 两组患者治疗前后WBC、NE%和CRP水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	WBC( $\times 10^9/L$ )			$F$	$P$
		治疗前	治疗3d	治疗7d		
观察组	30	9.42±2.10	7.05±2.12	6.60±2.01	15.959	0.000
对照组	30	9.20±2.84	8.05±1.39	6.92±1.95	8.476	0.000
$t$		0.334	2.161	0.626		
$P$		0.740	0.035	0.534		

  

组别	$n$	NE%			$F$	$P$
		治疗前	治疗3d	治疗7d		
观察组	30	80.22±2.32	70.29±1.90	69.50±2.46	213.521	0.000
对照组	30	80.33±3.98	75.90±2.32	70.11±2.90	79.775	0.000
$t$		0.131	10.247	0.879		
$P$		0.896	0.000	0.383		

  

组别	$n$	CRP(mg/L)			$F$	$P$
		治疗前	治疗3d	治疗7d		
观察组	30	15.33±2.03	8.12±1.35	5.90±1.25	58.829	0.000
对照组	30	15.50±3.12	8.20±2.11	5.95±2.05	25.332	0.000
$t$		0.250	0.175	0.114		
$P$		0.803	0.862	0.910		

**2.4 总体疗效** 两组均未发现无效患者，总有效率为100%，而观察组显效率显著高于对照组( $P<0.05$ )，见表4。

表4 两组患者总体疗效比较[ $n$ (%)]

组别	$n$	显效	有效	无效
观察组	30	23(76.7)	7(23.3)	0(0.0)
对照组	30	15(50.0)	15(50.0)	0(0.0)

注：两组显效率比较， $\chi^2=4.593$ ， $P=0.032$ 。

**2.5 不良反应** 观察组在治疗期间出现便秘2例，口干2例，合计4例(13.3%)；对照组在治疗期间出现便秘1例，口干2例，合计3例(10.0%)。所有便秘患者在停用蒙脱石散后症状消失。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

饮酒相关急性肠胃炎的治疗重点在于促进胃肠道黏膜的修复，尽快消除不适症状，西医常规应用药物包括质子泵抑制剂(PPI)、蒙脱石散等。本文中对照组患者采取的则是西医常规疗法。另外，是否应用抗生素目前存在一定的争议，因为急性肠胃炎患者存在肠道菌群紊乱的情况<sup>[7-8]</sup>，应用抗生素治疗可能效果不佳。

小檗碱是中药黄连重要的活性成分，既往研究发现<sup>[9]</sup>，

该药的抗菌谱较广,对于多种革兰阳性和阴性菌有效,其中临床较为常见的包括痢疾杆菌、大肠杆菌、链球菌和金葡萄球菌等,且当小檗碱低浓度给药时,可发挥抑制细菌生长的作用,高浓度给药时则可直接杀灭细菌。近年来的研究发现<sup>[10-11]</sup>,该成分对于胃肠黏膜屏障有一定保护作用,有利于修复有害毒素对胃肠黏膜造成的损伤。还有研究发现<sup>[12-13]</sup>,该成分具有调节肠道菌群和抗炎作用,可修复人体肠道菌群紊乱,抑制炎症因子的分泌和释放。本文中观察组则在对照组的基础上联合应用盐酸小檗碱片进行治疗,结果显示,观察组患者呕吐、腹痛和腹泻症状消失时间均显著短于对照组,说明联合应用盐酸小檗碱片可加速修复胃肠黏膜损伤,从而缩短患者肠胃炎相关症状的消失时间。本文还发现,观察组服药 60min 后血液酒精浓度水平显著低于对照组,考虑可能与小檗碱对胃肠黏膜屏障的保护作用有关,可促进胃肠道对酒精的吸收,从而降低血液中的酒精浓度,但其具体作用机制还有待进一步探索。

在血液指标方面,随着疗程进行,两组患者 WBC、NE% 和 CRP 水平均逐渐下降,由于本文纳入的是饮酒导致急性肠胃炎患者,在入组前患者可能存在不同程度的酒精中毒情况,可刺激白细胞、中性粒细胞数量升高,而治疗后 WBC、NE%、CRP 均下降,说明患者的炎症状态均在逐渐好转,应用小檗碱的患者炎症状态的缓解速度更快,这一结果的出现可能与小檗碱具有调节肠道菌群和抗炎作用有关。在总体疗效方面,两组患者总有效率达到 100%,但是观察组显效率显著高于对照组,说明联合应用小檗碱可进一步提高饮酒相关急性胃肠炎的临床疗效。在用药安全性方面,两组患者不良反应均较轻微,且两组无显著差异,说明联合应用小檗碱不会增加药物的不良反应,具有较高的安全性。

综上所述,与常规应用 PPI、蒙脱石散比较,联合应用盐酸小檗碱片可进一步加速血液酒精浓度下降,缩短饮酒相关急性胃肠炎的症状消失时间,临床疗效满意,有利于患者尽快恢复正常的生活和工作,且安全性较高,可在临床上推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 黄飞. 奥美拉唑结合替硝唑治疗急性肠胃炎的疗效及安全性分析[J]. 中国实用医药,2020,15(8):1-4.
- [2] 程琳. 奥美拉唑肠溶胶囊治疗急性肠胃炎的临床疗效观察[J]. 中国社区医师,2020,36(19):77-78.
- [3] 赵西子,李文芳,邢彦超,等. 小檗碱体内药代动力学及药理活性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(10):86-90.
- [4] 孙红玲,吴娇. 小檗碱的药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2020,37(1):91-95.
- [5] Imenshahidi M, Hosseinzadeh H. Berberine and barberry (*Berberis vulgaris*): A clinical review[J]. *Phytother Res*,2019,33(3):504-523.
- [6] 急性酒精中毒诊治共识专家组. 急性酒精中毒诊治共识[J]. 中华急诊医学杂志,2014,23(2):135-138.
- [7] 卫旭东. 复方嗜酸乳杆菌片联合奥美拉唑肠溶片治疗急性肠胃炎患者的效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(3):38.
- [8] 刘昌孝. 肠道菌群与健康、疾病和药物作用的影响[J]. 中国抗生素杂志,2018,43(1):1-14.
- [9] 邱艳萍. 黄连化学成分与药理作用研究进展[J]. 中医临床研究,2018,10(22):141-143.
- [10] 李雪梅,吴坚,徐文坚. 基于网络药理学的盐酸小檗碱治疗胃炎机制研究[J]. 中国药业,2020,29(12):9-17.
- [11] He Y, Yuan X, Zuo H, et al. Berberine exerts a protective effect on gut-vascular barrier via the modulation of the wnt/beta-catenin signaling pathway during sepsis[J]. *Cell Physiol Biochem*,2018,49(4):1342-1351.
- [12] 蒋晴,罗煜,朱正文,等. 基于中效方程的黄芩苷与小檗碱抗炎协同作用研究[J]. 中国药理学通报,2020,36(3):443-444.
- [13] 周霖,岑泳欣,王立生,等. 小檗碱对肠易激综合征大鼠肠道菌群的影响[J]. 中国微生态学杂志,2018,30(7):772.

收稿日期 2020-11-18

(编辑 王叶)