

中西医结合治疗萎缩性胃炎临床研究

张朝晖

嵊泗县人民医院, 浙江 嵊泗 202450

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将 100 例萎缩性胃炎患者, 随机分成观察组与对照组, 每组 50 例, 对照组患者给予维酶素片、抗幽门螺杆菌 (Hp)、胃蛋白酶合剂等治疗; 观察组在对照组治疗基础上联合中药方治疗。比较 2 组患者治疗后的临床疗效。结果: 总有效率观察组 98.00%, 对照组 80.00%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 观察组 Hp 转阴率为 97.87%, 略高于对照组的 89.58%, 但差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 2 组患者治疗前的胃镜及病理分级对比, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 2 组治疗后的胃镜及病理分级比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 常规西药治疗基础上联合使用中药方治疗萎缩性胃炎患者, 可有效提高疗效。

[关键词] 萎缩性胃炎; 幽门螺杆菌; 中西医结合疗法

[中图分类号] R573.3*2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0092-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.035

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 也称萎缩性胃炎, 具有较高的发病率, 患者在临床上主要表现为嗝气、食欲不振、上腹部灼痛、腹泻等症状^[1]。中医学认为 CAG 属于胃痞范畴, 但中医学关于 CAG 发病机制的研究尚未形成统一认识。目前临床上治疗 CAG 患者往往采用胃蛋白酶合剂、维酶素片等常规西药, 虽然可取得一定的疗效, 但该疾病患者的病程较长、治疗难度较大, 单纯依靠西医治疗并不能赢得患者的满意^[2]。因此, 本研究通过观察中药联合西药治疗方案在该疾病患者中的治疗效果, 旨在为进一步提高 CAG 患者用药治疗质量提供参考依据, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2014 年 3 月本院收治的 100 例 CAG 患者, 按照随机数字表法, 随机分成观察组与对照组, 每组 50 例。对照组, 男 30 例, 女 20 例; 年龄(46.10 ± 1.58)岁; 病程(13.45 ± 2.36)年。观察组, 男 26 例, 女 24 例; 年龄(46.22 ± 1.62)岁; 病程(13.22 ± 2.31)年。2 组一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究已经通过本院医学伦理委员会同

意, 所有患者均签订知情同意书。

1.2 纳入标准 符合中华医学会消化内镜学分会于 2003 年制定的《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[3]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中 CAG 的诊断标准。

1.3 排除标准 根据病理检查诊断结果, 疑为癌变者; 治疗依从性差者; 合并心、肝、肾、脑、血液系统等疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 仅单纯给予西药治疗: 胃蛋白酶合剂口服, 20~30 mL, 每天 3 次, 3 月为 1 疗程; 给予维酶素片口服, 0.8~1.0 g, 每天 3 次, 以 3 月为 1 疗程; 对于幽门螺杆菌(Hp)感染者, 给予标准三联治疗, 口服克拉霉素 500 mg、阿莫西林 1 000 mg、埃索美拉唑 20 mg, 每天 2 次, 7 天为 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上, 给予中药方, 处方: 黄芪、党参各 20 g, 白术、法半夏、桂枝、陈皮、砂仁、茯苓、白芍各 15 g, 甘草、木香、大枣各 5 g。根据患者具体分型加减用药, 肝胃不和型者加吴茱萸 10 g; 脾胃湿热型者加苍术、厚朴、紫苏梗、黄连各 12 g, 薏苡仁 25 g, 麦芽、山楂各

[收稿日期] 2014-05-21

[作者简介] 张朝晖 (1968-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科疾病诊治。

15 g; 胃络瘀血型者加红花、檀香各 5 g, 当归、香附、苏梗、莪术、延胡索各 12 g; 脾胃虚弱型者加麦芽、神曲各 15 g, 当归 10 g, 山楂 18 g; 胃阴不足型者加天花粉、知母、牡丹皮、枳壳各 10 g, 黄连 5 g, 山楂 15 g。每次服用 150 mL, 每天 2 次, 连续服用 4 周, 以 4 周为 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者临床疗效、胃黏膜 Hp 试验结果、治疗前后的胃镜及病理分级等指标。

3.2 统计学方法 使用 SPSS17.0 软件进行统计学分析, 计数资料采用百分比(%)进行表示, 并行 χ^2 检验; 胃镜及病理分级对比, 采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6] 评定, 显效: 临床症状基本消失, 可正常饮食, Hp 试验阳性程度减轻 2/3, 胃镜检查发现病变面积减少, 病理检查胃黏膜萎缩消失; 有效: 临床症状有所好转, Hp 试验阳性程度减轻 1/3, 胃镜及病理检查发现腺体萎缩由重度转为中度、轻度; 无效: 临床症状无明显好转或病情加重, Hp 试验阳性, 胃镜及病理检查结果无改变。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 98.00%, 对照组 80.00%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	30	10	10	80.00
观察组	50	41	8	1	98.00

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组患者治疗前后的 Hp 感染情况比较 见表 2。2 组患者治疗前 Hp 阳性率比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 而观察组治疗后的 Hp 转阴率略高于对照组患者, 但差异也无显著性意义($P > 0.05$)。

表2 2组患者治疗前后的Hp感染情况比较 例

组别	n	治疗前 Hp(+)	治疗后 Hp(+)	Hp 转阴率(%)
对照组	50	47	1	97.87
观察组	50	48	5	89.58
χ^2 值	-	0.211	1.596	1.535
P 值	-	0.646	0.507	0.215

4.4 2 组患者治疗前后的胃镜及病理分级情况比较

见表 3。2 组患者治疗前的胃镜及病理分级比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 而治疗后的胃镜及病理分级比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组患者治疗前后的胃镜及病理分级情况比较 例

组别	时间	轻度	中度	重度
对照组	治疗前	22	13	15
	治疗后	20	5	2
观察组	治疗前	23	15	12
	治疗后	20	9	8

2 组治疗前比较, $u = -0.192$, $P = 0.413$; 2 组治疗后比较, $u = -1.936$, $P = 0.032$

5 讨论

CAG 患者可出现肠上皮化生、萎缩及黏膜上皮不典型增生等病理组织学改变, 与胃癌发病存在密切的相关性, 对患者的健康产生严重的影响。虽然 CAG 的发病机制仍未明确, 但 Hp 感染被认为是引发该疾病的最主要因素之一, 有研究已经证实, Hp 感染发生后, 患者的胃黏膜肠上皮化生、萎缩等变化显著增多, 而对 Hp 进行根除后, 可改善胃炎病变程度, 并抑制肠上皮化生的发生, 本研究中大多数 CAG 患者均发生 Hp 感染, 且随着治疗后的 Hp 转阴率的升高, 胃镜及病理分级亦随着发生明显的改善^[6]。除了 Hp 根除治疗方法, 临床上治疗该疾病的药物种类较多, 且不同的用药方案的疗效存在较大的差异^[7]。西医治疗 CAG 主要通过修复胃腺体、胃黏膜, 改善胃黏膜屏障与局部微循环, 增强代谢功能, 并采用抗菌药物, 以改善炎症病变, 但 CAG 患者的病程较长, 单纯依靠西医治疗方案仍存在较多的局限性^[8]。

中医学认为 CAG 主要是由外感邪气、情志失调、饮食不节等, 导致脾失运化、脾气亏虚、湿热久羁、脾胃素虚^[9], 病久致气血双亏, 属于痞满、胃脘痛等范畴。本研究在常规西医治疗基础上联合中药方剂治疗该类患者, 中药方中的黄芪、党参、白术、甘草及茯苓等均具有健脾益气的功效, 复加法半夏、木香、陈皮及砂仁等可调畅气机、和胃降逆, 白芍、桂枝及大枣等可调和营卫, 且根据患者具体的分型加减用药后, 体现了辨证论治的中医学原则, 切合中西医病理机制。治疗结果发现观察组患者总有效率显著高于对照组患者, 与相关研究报道^[10]结果相近, 此外, 观察组患者治疗后的胃镜及病理分级改善程度优于对照组, 且观察组的 Hp 转阴率亦高于对照组患者($P >$

0.05), 提示在西医治疗基础上联合中药方剂, 不仅可达到单纯西医治疗法根除 Hp 的效果, 且更能改善患者的胃镜及病理分级, 效果甚优。

综上所述, 在常规西药治疗的基础上联合使用中药方剂治疗 CAG 患者, 可有效提高治疗质量, 具有较高的应用价值。

[参考文献]

- [1] 陈佳, 李守英, 徐红, 等. 慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14): 3540-3542.
- [2] Vannella L, Lahner E, Annibale B, et al. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: A critical reappraisal [J]. World Journal of Gastroenterology, 2012, 18(12): 1279-1285.
- [3] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [6] 林根友, 谢海萍. 慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变与幽门螺杆菌感染的关系[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(10): 2400-2402.
- [7] 高东五, 刘小卫, 陈万军, 等. 慢性萎缩性胃炎的诊断及中西医结合治疗[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(10): 748-749.
- [8] 隋志化. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 44 例[J]. 河南中医, 2013, 33(12): 2188-2189.
- [9] 李琼, 刘晏, 吴坚炯, 等. 慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J]. 中医学报, 2013, 28(1): 114-116.
- [10] 付强. 中西医结合治疗萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国药物经济学, 2012, 12(5): 65-66.

(责任编辑: 马力)

从归经理论观察加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证疗效观察

胡丽娟

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 从归经理论角度观察加味痛泻要方治疗肝郁脾虚证腹泻型肠易激综合征(D-IBS)的疗效。方法: 将符合标准的患者随机分为治疗组、对照组各 50 例。治疗组给予加味痛泻要方治疗, 对照组给予西药治疗, 疗程 4 周。对各组治疗前后进行症状、体征记分比较及疗效评定。结果: 治疗组 50 例中, 临床痊愈 20 例, 显效 15 例, 有效 13 例, 无效 2 例, 总有效率 96%; 对照组 50 例中, 临床痊愈 6 例, 显效 10 例, 有效 15 例, 无效 19 例, 总有效率为 62%。2 组总有效率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 基于归经理论加入春砂仁、广木香的加味痛泻要方治疗肝郁脾虚型 D-IBS 疗效确切。

[关键词] 肠易激综合征(IBS); 肝郁脾虚证; 加味痛泻要方; 归经理论

[中图分类号] R574.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0094-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.036

肠易激综合征(IBS) 是常见的胃肠功能性疾病, 按照罗马 诊断标准, 分为腹泻型(D-IBS)、便秘型(C-IBS)、腹泻便秘交替型(A-IBS) 3 种, 以 D-IBS

为最常见, 约占 2/3^[1]。世界范围内发病率高达 9%~23%, 占消化内科门诊病人的 30% 左右, 且每年新检出率为 10%; 我国北京发病率为 7.0%, 广州发

[收稿日期] 2014-06-22

[基金项目] 广州中医药大学科研创新资助项目 (编号: 11CX024)

[作者简介] 胡丽娟 (1978-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 功能性胃肠病的治疗。