

消糜汤治疗慢性非萎缩性胃炎 50 例临床观察

周军怀

三亚市中医院, 海南 三亚 572000

[摘要] 目的: 观察消糜汤治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将 100 例慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者随机分为对照组和观察组各 50 例。对照组采用兰索拉唑片和枸橼酸铋钾片治疗; 若 Hp 阳性, 则加服阿莫西林和克拉霉素。疗程 2 周, 2 周结束后以枸橼酸铋钾片再维持治疗 2 周, 共 4 周。观察组采用消糜汤内服, 共 4 周。治疗前后评价中医证候积分和胃镜下黏膜病变积分。结果: 2 组总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候积分和胃镜下黏膜病变积分均较治疗前下降 ($P < 0.01$); 观察组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$), 2 组胃镜下黏膜病变积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 消糜汤与西医抗酸、保护胃黏膜的治疗方案疗效相当, 在改善中医症状方面具有一定的优势。

[关键词] 慢性非萎缩性胃炎 (CNAG); 脾胃湿热证; 消糜汤; 中医证候积分

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0049-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.022

慢性非萎缩性胃炎 (CNAG) 是临床常见病, 指不伴有胃黏膜萎缩性改变, 胃黏膜层以淋巴细胞、浆细胞浸润为主。该病的发生可能与幽门螺杆菌 (Hp) 感染、饮食和环境因素、胆汁反流、胃内容物潴留等多种原因相关。现代医学主要采用根除 Hp、抑酸或抗酸、增强胃黏膜防御、促进胃动力等治疗手段, 短期有效, 但本病缠绵难愈、反复发作, 严重影响了患者的生活质量。CNAG 属于中医学胃脘痛、痞满等范畴。中医药治疗该病具有多靶点、多层次、整体调节的优势, 不仅可以改善慢性胃炎的临床症状, 而且总体改善生存质量, 减少复发。本研究观察了自拟验方消糜汤治疗 CNAG 脾胃湿热证的临床疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见 (2012, 上海)》^[1] CNAG 的诊断标准; Hp 感染诊断标准参照《中国幽门螺杆菌共识意见 (2012, 井冈山)》^[2]。并经内镜确诊^[3]。

1.2 辨证标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年·天津)》^[4] 中脾胃湿热证辨证标准。主症: 胃脘痞胀或疼痛; 舌质红、苔黄腻或黄厚。次症: 胃脘灼热; 口苦口臭; 恶心呕吐; 大便黏滞; 脉滑数或濡数。胃镜检查: 黏液黏稠混浊; 胃黏膜明显充血、水肿和糜烂。

1.3 纳入标准 经病理和胃镜检查确诊, 且胃镜下表现为糜烂者; 符合脾胃湿热证辨证标准者; 年龄 18~70 岁; 取得患者知情同意。

1.4 排除标准 病理证实为慢性萎缩性胃炎或胃癌者;

近 1 月已经进行西医常规治疗者; 长期服用激素、非甾体类抗炎药者; 妊娠、哺乳期妇女; 合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神疾病患者。

1.5 一般资料 本组纳入的 100 例研究对象均来源于 2013 年 10 月—2014 年 12 月本院消化内科门诊, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。对照组男 30 例, 女 20 例; 年龄 35~68 岁, 平均 (48.7 ± 10.8) 岁; 病程 2~6 年, 平均 (2.9 ± 2.2) 年; Hp 阳性 41 例。观察组男 28 例, 女 22 例; 年龄 32~65 岁, 平均 (49.3 ± 11.6) 岁; 病程 3~7 年, 平均 (3.1 ± 2.4) 年; Hp 阳性 38 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 兰索拉唑片 (海南中和药业有限公司), 每次 30 mg, 每天 1 次; 枸橼酸铋钾片 (丽珠集团丽珠制药厂), 每次 1 片, 每天 4 次; 若 Hp 阳性, 则加服阿莫西林和克拉霉素。疗程 2 周, 2 周结束后以枸橼酸铋钾片再维持治疗 2 周, 共 4 周。

2.2 观察组 采用消糜汤内服治疗, 基本药物组成: 牡蛎、滑石各 30 g, 藿香、海螵蛸、枳实各 15 g, 黄芩、厚朴、苍术、佩兰、木香各 10 g, 黄连 6 g, 珍珠粉 0.4 g (冲)。每天 1 剂, 常规水煎 2 次, 分早晚 2 次服用。连续服用 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候积分: 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5], 主症分为无、轻、中、重 4 个等级, 分

[收稿日期] 2015-07-15

[作者简介] 周军怀 (1965-), 男, 主任医师, 研究方向: 中医治疗消化系统疾病。

别赋予 0、2、4、6 分，次症为 0、1、2、3 分。胃镜下黏膜病变积分：包括大体分级及积分包括红斑、糜烂、出血和胆汁反流，总分为 0~36 分；部位分级及积分包括胃体、胃窦、胃角 3 个部位，分别观察水肿、渗出、红斑、糜烂、出血、脆性等，根据有或无，分别记 0 或 2 分。以上指标分别于治疗前后各评价 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件处理数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床治愈：临床主要症状消失，次要症状基本消失或消失；胃镜复查活动性炎症消失，慢性炎症好转达轻度；显效：临床主要症状消失，次要症状基本消失；胃镜复查黏膜急性炎症基本消失，慢性炎症好转；有效：主要症状减轻；胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上，炎症有所减轻。无效：症状、胃镜所见均无好转者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组总有效率比较，差异无统计学意义($\chi^2 = 0.7058$, $P > 0.05$)。

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	13	19	12	6	88.0
观察组	50	10	24	7	9	82.0

4.3 2 组治疗前后中医证候积分和胃镜下黏膜病变积分比较 见表 2。治疗后，2 组中医证候积分和胃镜下黏膜病变积分均较治疗前下降($P < 0.01$)；观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)，2 组胃镜下黏膜病变积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

组别	时间	中医证候积分	胃镜下黏膜病变积分	
			大体分级积分	部位分级积分
对照组	治疗前	30.52±6.42	25.78±4.19	27.18±4.95
	治疗后	10.15±3.74 ^①	9.65±2.70 ^①	10.61±2.89 ^①
观察组	治疗前	31.61±5.88	26.03±4.25	27.65±4.76
	治疗后	8.44±2.15 ^{②③}	10.41±2.81 ^①	11.45±2.84 ^①

与治疗前比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

5 讨论

CNAG 主要表现为上腹部近心窝处隐痛、胀痛或灼痛，以及有胀满感、闷堵感、上顶感，伴嗝气、早饱、嘈杂反酸等。中医学认为，本病由长期饮食不洁或饮食不节，情志不遂引起肝气郁结、胃失和降所致，其病位在胃，与脾、肝的关系尤为

密切。病理因素主要有气滞、寒凝、郁热、湿阻、血瘀，早期多实，后期多虚实夹杂^④。CNAG 胃镜下可表现出隆起糜烂、出血、粗大黏膜皱襞或胆汁反流等征象。证候研究显示，湿热、气滞等常贯穿于 CNAG 的发生发展过程中^⑤。而湿热并重时，机体免疫应答最为强烈，体现了人体正气盛实，机体奋起抗邪，邪正交争的剧烈，即机体邪正交争的亢奋状态^⑥。

兰索拉唑片是一种新型质子泵抑制剂，能抑制胃酸分泌；枸橼酸铋钾片是胃黏膜保护剂，两者的联合使用是我国专家治疗 CNAG 的共识，本研究以两者的联合使用作为阳性对照。

中医学认为，针对本病充血、水肿、糜烂、出血等表浅炎症，主要采用清热祛湿、祛腐生肌、止血等作用的中药进行治疗。消糜汤中以黄连、黄芩清热燥湿、泻火解毒，藿香芳香化浊、和中止呕，厚朴行气消积、燥湿除满；枳实、木香行气消滞，佩兰、苍术化湿健胃，滑石清热除湿，珍珠粉解毒敛疮，牡蛎收敛固涩除酸，海螵蛸收敛止血、制酸止痛。全方共奏清热化湿、消滞护胃之功。

本研究结果显示，治疗后，观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)，2 组总有效率相近，提示了消糜汤与西医抗酸、保护胃黏膜的治疗方案疗效相当，可能在改善中医症状方面具有一定的优势，值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1): 5-16.
- [2] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组, 全国幽门螺杆菌研究协作组. 中国幽门螺杆菌共识意见(2012 年, 井冈山)[J]. 现代消化及介入治疗, 2012, 17(6): 358-363.
- [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试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年·天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743.
- [5] 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.
- [6] 王欢, 李成光, 李林. 慢性浅表性胃炎的中医证型分布规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(8): 1390-1393.
- [7] 徐大志, 王艳, 张维, 等. 慢性胃炎常见中医证候及证候要素的文献分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2015, 35(7): 54-56.
- [8] 梁嘉恺, 胡玲, 郑晓凤, 等. 慢性胃炎脾胃湿热证与外周血 Th1/Th2 平衡的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(3): 322-324.

(责任编辑: 吴凌)