

益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 48 例疗效观察

高庆元

温州市龙湾区第一人民医院, 浙江 温州 325024

[摘要] 目的: 观察益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)临床疗效。方法: 将96例CAG患者随机分为2组, 各48例, 对照组给予常规西医治疗(口服替普瑞酮胶囊、奥美拉唑肠溶片、克拉霉素); 观察组在对照组治疗基础上加用益胃汤治疗。观察2组临床疗效及治疗前后主要症状(腹胀满、反酸、纳差和呃逆)改善情况, 2组不良反应。结果: 总有效率观察组89.6%, 对照组60.4%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者治疗后上腹胀满、反酸、纳差和呃逆等主要症状的显著改善率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 不良反应率观察组10.4%, 对照组12.5%, 2组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 益胃汤能明显改善CAG患者的主要临床症状, 疗效显著。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 益胃汤; 不良反应

[中图分类号] R573.3+2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)03-0072-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.035

慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化内科常见病, 多发病, 多发于老年人, 以长期消化不良、上腹部胀满和疼痛为主要症状, 病因较为复杂, 且病程呈慢性改变。目前针对CAG的治疗主要采用根除幽门螺杆菌(Hp), 保护胃黏膜和改善胃动力学药物为主, 但是由于CAG的病因复杂, 单纯西医的治疗效果并不理想^[1]。中医学认为CAG主要饮食不节、情志所伤、脾虚胃弱所致。笔者采用益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎, 取得较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院2012年4月—2014年3月CAG患者, 共96例。随机分为2组。观察组男27例, 女21例; 年龄42~76岁, 平均(51.8±13.2)岁; 平均病程(4.2±1.2)年。对照组男29例, 女19例; 年龄41~75岁, 平均(52.4±12.9)岁; 平均病程(4.1±1.4)年。2组性别、年龄和病程等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经过医院伦理委员会批准, 并在患者知情同意的情况下进行。

1.2 诊断标准 患者均符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]及《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[3]。经临床症状、胃镜检查、病理学检查结果进行判定。

1.3 纳入标准 ①符合CAG的中西医诊断标准的患者, 年龄30~80岁; ②患者依从性好, 能坚持完成本研究; ③患者病历资料完全, 且知情同意。

1.4 排除标准 ①排除相关药物过敏的患者; ②排除CAG伴结肠化生或重度异型增生或已确诊为胃癌的患者; ③排除合并

重度心肺功能不全, 肝肾, 造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; ④排除哺乳期或妊娠期妇女及经期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 替普瑞酮胶囊50 mg, 每天3次, 口服; 奥美拉唑肠溶片20 mg, 克拉霉素0.5 g, 甲硝唑0.4 g, 每天2次, 口服。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予中药益胃汤治疗, 组成: 黄连、柴胡、春砂仁、香橡皮各10 g, 淡竹茹、郁金、白术、合欢花、厚朴、玫瑰花各12 g, 全瓜蒌、山楂、茯苓、野百合各15 g, 人参30 g。随症加减。

2组患者均连续治疗2月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组治疗前后监测患者的主要症状上腹胀满、反酸、纳差和呃逆改善情况, 统计2组不良反应, 并在治疗结束后对总疗效进行评价。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0进行统计学分析, 计数资料以百分率表示, 行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]并结合临床^[4]拟定。痊愈: 胃镜提示胃黏膜形态恢复或者基本恢复, Hp试验阴性, 病理检查提示肠上皮化生消失; 显效: 临床症状体征基本消失, 饮食恢复正常, 胃镜提示萎缩变浅表, Hp试验阳性程度减轻2/3以上; 有效: 胃镜提示萎缩转为中轻度, Hp试验阳性程度减轻1/3以上; 无效: 中医临床

[收稿日期] 2014-10-09

[作者简介] 高庆元(1962-), 男, 主治医师, 主要从事消化内科临床工作。

症状、体征无明显改善, Hp 试验阳性。

4.2 2组治疗后主要临床症状改善率比较 见表1。2组患者治疗后上腹胀满、反酸、纳差和呃逆等主要症状的显著改善率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗后主要临床症状改善率比较 例(%)

组别	n	上腹胀满	反酸	纳差	呃逆
观察组	48	30(62.5) ^①	34(70.8) ^①	33(68.8) ^①	39(81.3) ^①
对照组	48	22(45.8)	26(54.2)	25(52.1)	25(52.1)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗后, 总有效率观察组89.6%, 对照组60.4%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	48	20	13	10	5	89.6 ^①
对照组	48	12	10	7	19	60.4

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2组不良反应比较 见表3。治疗后, 不良反应率观察组10.4%, 对照组12.5%, 2组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 2组不良反应比较 例

组别	n	大便次数增加	肝功能异常	眩晕	不良反应率(%)
观察组	48	4	1	0	10.4
对照组	48	3	1	2	12.5

5 讨论

CAG 多年来一直是消化内科领域的研究热点, 目前对CAG的病因和发病机制尚未完全阐明, 认为CAG是一个多病因综合作用、多基因累积变异的过程, 临床上始终缺乏特异的治疗方法。对CAG的治疗重点还是在于祛除和治疗相关病因, 如Hp感染、胆汁反流及自身免疫等, 实质上是对症处理, 其疗效有限。中医学无萎缩性胃炎, 多归属于“胃脘痛、胃胀、嘈杂、痞满证”。大部分医家认为本病主要与饮食失宜、

七情过极、劳倦过度和反复持续外邪侵袭引起, 本病病位在胃, 与脾脏关系密切, 而中医发现脾虚病人大多免疫功能低下, 胃黏膜的屏障防御功能及免疫功能受损^[9], 以致外邪如HP等乘虚而入, 从而引起一系列病理改变, 所谓“邪之所凑, 其气必虚”。

本次研究对48例CAG患者采用中药益胃汤联合常规西药治疗, 对另外48例患者仅采用常规治疗。益胃汤由山药、黄莲、郁金、生地黄、淡竹茹、全瓜蒌、白术及合欢等组成, 山药、黄莲合用使得脾胃气阴得以双补, 生地黄、淡竹茹能消食、和中、化积; 方中少佐白术及合欢花开胃, 并能调畅气机, 达到“阳中求阴”的目的。经过2月治疗, 中药益胃汤治疗的患者上腹胀满、反酸、纳差和呃逆等主要症状的改善情况明显好于仅接受西医治疗的患者,

现代药理研究认为, 柴胡具有抗炎作用, 可以减轻炎症对胃黏膜的损伤, 起到保护和修复胃黏膜的作用; 厚朴、山楂等有抗菌作用, 由此可以减轻由于Hp感染所造成的胃黏膜慢性炎症。笔者认为, 联合益胃汤治疗的患者其临床症状改善及临床疗效高于单纯西医常规治疗患者。

[参考文献]

- [1] 王杰, 盛权, 朱虹, 等. 健脾益胃汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠血清胃泌素和血浆胃动素的影响[J]. 江苏中医药, 2014(2): 77-79.
- [2] 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.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志, 2000, 20(3): 19.
- [4] 王捷虹, 沈舒文, 赵燕, 等. 益气养阴理气化痰法治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 628-629.
- [5] 高京宏, 任静, 王翠娟, 等. 健脾清热化痰法治疗老年慢性萎缩性胃炎及对胃黏膜病理的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014(8): 2257-2258.

(责任编辑: 马力)