

辨证分型联合西药治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

金夏

嘉兴市第一医院, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 观察辨证分型联合西药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效及对胃动力障碍的影响。方法: 将 100 例慢性萎缩性胃炎患者随机分为 2 组各 50 例, 对照组给予常规西药治疗, 观察组则行中医辨证分型联合西药治疗。结果: 总有效率观察组 94.0%, 对照组 72.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=8.58, P<0.01$)。2 组治疗后胃运动节律、胃电节律、胃窦动力均明显优于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后观察组各项指标明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 中医辨证分型联合西药治疗 CAG 疗效明确, 不良反应少, 能有效改善胃动力障碍, 值得临床推广。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 中医辨证分型; 中西医结合疗法; 胃动力障碍

[中图分类号] R573.3+2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0072-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.034

慢性萎缩性胃炎(CAG)是由多因素造成胃黏膜屏障异常, 引发上腹不适、消化不良等症状的一种常见病^[1]。目前临床上西医以胃动力增强药物、抗 Hp 药物等为主, 效果不理想, 为此近年来多建议中西医结合治疗^[2]。中医学认为 CAG 属于“胃痛”等范畴, 主要由气滞、脾虚等引起, 且不同病因表现、治疗具体措施不同, 如肝胃不和型、脾胃虚弱型等, 需辨证施治。本研究对本院收治的 CAG 胃炎患者行中医辨证分型联合西药治疗, 观察其疗效及对胃动力障碍的影响。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院 2012 年 1 月—2013 年 12 月收治 CAG 患者, 共 100 例, 男 64 例, 女 36 例; 年龄 36~82 岁, 平均(56.3±10.2)岁; 均表现出恶心呕吐等症状, 伴有上腹不适者 92 例, 伴纳差、便秘者 85 例, 伴贫血者 20 例。合并异型增生 17 例(轻度 10 例, 中度 7 例), 合并肠上皮化生 86 例。中医辨证分型: 脾胃湿热型 20 例, 脾胃虚弱型 38 例, 胃络瘀血型 10 例, 肝气犯胃型 32 例。随机分为对照组和观察组, 各 50 例, 2 组一般资料、中医辨证分型等方面比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 ①符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3] 诊断标准; ②胃镜病理活检确诊为 CAG。

1.3 排除标准 ①消化性溃疡、恶性肿瘤; ②肝肾功能严重障碍; ③妊娠期、哺乳期妇女; ④药物禁忌症患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗, 包括阿莫西林、奥美拉唑、胃复春冲剂等, 严格按照使用说明书或医嘱服用。1 疗程 2

月, 治疗 2 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加中药治疗。①脾胃湿热型, 以清热、除湿为主, 方药: 茯苓、山楂、麦芽各 15 g, 薏苡仁 20 g, 制半夏、栀子、黄连、草豆蔻各 10 g, 陈皮、甘草各 6 g。②脾胃虚弱型, 以健脾、和胃、益气为主, 方药: 木香、当归、大枣、半夏、炒白术、干姜、甘草各 10 g, 黄芪、党参、茯苓、山楂、麦芽、神曲各 15 g, 砂仁、陈皮各 5 g。③胃络瘀血型, 以活血化瘀为主, 方药: 五灵脂、蒲黄、砂仁各 10 g, 延胡索、丹参、玉竹、香附、白芍、紫苏梗各 12 g, 红花、陈皮、檀香各 5 g。④肝气犯胃型, 以疏肝、和胃、行气为主, 方药: 枳壳、柴胡、白芍、佛手、香附各 12 g, 川芎 10 g。每天 1 剂, 分 2 次口服。1 疗程 2 月, 治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录和分析 2 组患者临床疗效、治疗前后胃动力相关指标(胃动力节律 - 2~3.5 cpm 片段功率表示、胃窦动力 - 餐后 - 餐前幅值表示及胃电节律 - 2~3.54 cpm 片段功率表示)。

3.2 统计学方法 运用 SPSS18.0 统计学软件, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料以率表示, 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)》^[3], 临床治愈: 临床症状及体征完全消失, 胃镜复查提示胃黏膜恢复正常; 显效: 临床症状及体征明显改善, 胃镜复查提示胃黏膜明显改善; 好转: 临床症状及体征有所改善, 胃镜复查提示

[收稿日期] 2014-10-21

[作者简介] 金夏 (1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 内科临床。

胃黏膜有所好转；无效：临床症状及体征不变或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组94.0%，对照组72.0%，2组比较，差异有统计学意义($\chi^2=8.58$, $P<0.01$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	50	23(46.0)	13(26.0)	11(22.0)	3(6.0)	47(94.0)
对照组	50	18(36.0)	10(20.0)	8(16.0)	14(28.0)	36(72.0)
χ^2 值	-	-	-	-	-	8.58
P	-	-	-	-	-	<0.01

4.3 2组治疗前后胃动力相关指标比较 见表2。2组治疗前后胃运动节律、胃电节律、胃窦动力均优于治疗前，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后观察组各项指标优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后胃动力相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	胃运动节律(%)	胃电节律(%)	胃窦动力(Ω)
观察组	50	治疗前	49.8 \pm 10.1	60.1 \pm 12.2	-0.005 \pm 0.018
		治疗后	75.6 \pm 16.0 ^②	80.2 \pm 13.4 ^②	0.011 \pm 0.007 ^②
对照组	50	治疗前	46.5 \pm 18.0	57.2 \pm 15.8	-0.003 \pm 0.017
		治疗后	60.8 \pm 15.6 ^①	68.5 \pm 13.5 ^①	0.008 \pm 0.006 ^①

与本组治疗前比较，^① $P<0.05$ ，与对照组治疗后比较，

^② $P<0.05$

4.4 2组患者不良反应比较 2组患者均未出现不良反应。

5 讨论

CAG主要表现为恶心呕吐、上腹不适等，多经胃镜、病理组织活检等诊断。现代医学研究表明CAG发病机制多且杂，包括不健康生活方式、吸烟史、Hp感染等^[4]。西医治疗以幽门螺杆菌清除治疗为主，多为联合药物治疗，如阿莫西林加奥美拉唑加克拉霉素，虽能有效改善临床症状，但难以根除病根。

中医学认为CAG属于“胃痞”等范畴，病因多为饮食不节、情志不舒、六淫侵入等。《明医杂著》中记载“饮食不节……损伤脾胃，胃损则不纳……百邪易侵，而饱闷、痞积一等症作矣。”认为“胃痞”发生与饮食不节密切相关；《脾胃论》曰：“喜怒忧恐，损耗元气，脾胃气衰，元气不足，……阴火得以乘其土位”，认为情志因素会对脾胃造成伤害，导致气血不通或气滞血瘀，最终引发CAG。根据慢性萎缩性胃炎症状、

发病原因可分为脾胃湿热型、脾胃虚弱型、胃络瘀血型、肝气犯胃型、肾阴不足性等，不同证型需采取针对性的中药方剂^[5]。对于脾胃虚弱型患者来说，治疗以健脾、益气为主，中药以陈皮、山楂、木香、甘草、丹参、茯苓、黄芪等为主，其中陈皮具有散气、健脾之功效，常与木香、枳壳等配伍；茯苓具有健脾、补肺气之功效，常与党参、山药等配伍，标本兼顾。对于脾胃湿热型患者来说，治疗以清热、除湿为主^[6]，选用甘草、薏苡仁、栀子、黄连等为主；对于胃络瘀血型患者来说，治疗以活血化瘀为主，选用蒲黄、红花、当归、白芍等为主。

本研究在中医辨证分型基础上联合西药治疗，观察组总有效率94.0%，明显高于对照组72.0%，提示该治疗方案疗效明确。另外，CAG多伴有胃动力障碍，为此本研究对2组患者治疗后胃动力相关指标进行了观察，主要包括胃运动节律、胃电节律、胃窦动力，结果发现观察组治疗后胃动力障碍改善明显优于对照组($P<0.05$)。综上所述，中医辨证分型联合西药治疗慢性萎缩性胃炎安全有效，能有效改善胃动力障碍，值得进一步研究应用。

【参考文献】

- [1] 马伟明, 陈笑腾, 康年松, 等. 慢性萎缩性胃炎中医辨证分型与血清胃癌相关抗原MG7、胃蛋白酶原的相关性研究[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(4): 293-294.
- [2] 李靖, 曾斌芳, 史红, 等. 慢性萎缩性胃炎胃镜象结合症候的证型诊断研究[J]. 陕西中医, 2010, 31(11): 1473-1476.
- [3] 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: 125.
- [4] 罗敬河, 刘春慧. 慢性萎缩性胃炎辨证分型与胃黏膜改变相关性研究[J]. 医学临床研究, 2010, 27(9): 1664-1666.
- [5] 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, 751.
- [6] 江瑞, 陈静, 曹泽伟, 等. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染46例[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(4): 471-472.

(责任编辑: 马力)