

健脾解毒散结法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察

黄亚娟¹, 王红梅² 指导: 蒋士生²

1. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙 410006; 2. 湖南省中医药研究院, 湖南 长沙 410006

[摘要] 目的: 观察健脾解毒散结法治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将80例慢性萎缩性胃炎患者随机分成2组, 治疗组给予健脾解毒散结法治疗, 对照组给予胃复春治疗, 治疗6个月后评定临床疗效。结果: 治疗组总有效率为82.5%, 对照组总有效率为62.5%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 健脾解毒散结法可明显改善临床症状、胃黏膜病变, 临床疗效肯定。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 健脾解毒散结法; 胃复春

[中图分类号] R573.3² **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0075-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.034

慢性萎缩性胃炎是胃黏膜上皮遭受反复损害后胃黏膜萎缩变薄、固有腺体减少或消失的慢性胃部疾病, 常伴有肠上皮化生和不典型增生, 是公认的胃癌前病变之一。目前认为“正常胃黏膜-慢性胃炎-萎缩性胃炎-肠上皮化生-异型增生-胃癌”是胃癌常见发生模式^[1]。它需经过一个漫长的、多阶段、多基因的变异积累过程而发展成胃癌^[2]。阻断或逆转慢性萎缩性胃炎的发展是降低胃癌发生率的有效措施之一。蒋士生研究员多年来致力于慢性萎缩性防治的研究, 总结脾胃虚弱, 瘀毒内结为本病病机, 用健脾解毒散结法治疗慢性萎缩性胃炎取得了良好的临床疗效并进行了相关临床观察, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择湖南省中医药研究院附属医院2009年10月—2014年4月收治的慢性萎缩性胃炎患者80例, 随机分为2组。治疗组40例, 男22例, 女18例; 平均年龄(50.7±15.7)岁; 平均病程(3.5±2.2)年。对照组40例, 男20例, 女20例; 平均年龄(2.5±14.5)岁; 平均病程(3.8±2.4)年。2组性别、平均年龄、平均病程等一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 慢性萎缩性胃炎诊断及病理诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见(2006, 上海)》^[3], 胃镜分级标准参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗试行意见》^[4]。

1.3 纳入标准 纳入前1月内, 经胃镜、病理检查证实存在慢性萎缩性胃炎, 伴有非典型增生, 和(或)伴肠上皮化生者; 能自愿配合治疗, 并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 妊娠或哺乳期妇女; 合并有心、脑、肺、肝、

肾等严重疾病者; 经病理检查证实已为癌变者; 怀疑或确有精神病史, 及酒精药物滥用史者; 已知对本方药物成分过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西药常规治疗。胃复春(杭州胡庆余堂药业有限公司, 国药准字Z33020146, 规格: 0.36g×60片/瓶), 每次3片, 每天3次。

2.2 治疗组 给予健脾解毒散结法治疗, 处方: 党参、白术、茯苓、延胡索各15g, 陈皮10g, 山药、薏苡仁、蒲公英、败酱草、白芍各20g, 黄连、木香各6g, 三七粉5g, 甘草3g。气虚甚者, 加黄芪; 中焦虚寒甚者, 加干姜; 阴虚津亏者, 加石斛、百合; 湿浊甚者, 加豆蔻; 肝气郁结者, 加炒枳壳、佛手。煎剂由湖南省中医药研究院附属医院煎药室统一提供, 每天1剂, 分2次口服。

均治疗6月, 观察期间不使用其他相关治疗药物, 注意避免辛辣刺激性食物, 生活规律, 保持心情舒畅。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较2组的临床疗效

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行数据处理, 基本统计描述定性资料采用频数表、百分率或构成比, 定量资料符合正态分布采用($\bar{x} \pm s$), 组间比较, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定, 临床治愈: 临床症状、体征消失, 胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度, 病理组织学检查证实腺体萎缩、非典型增生和肠化恢复正常或消失; 显效: 临床主要症状、体征

[收稿日期] 2015-01-30

[基金项目] 全国名老中医药专家工作室项目

[作者简介] 黄亚娟 (1974-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医药治疗消化系统疾病。

[通讯作者] 王红梅, E-mail: 178229718@qq.com。

消失，胃镜复查黏膜慢性炎症好转，组织病理检查腺体萎缩恢复或减轻 2 个级度以上(含 2 个级度)；有效：临床主要症状明显减轻，胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上，组织病理学检查慢性炎症减轻 1 个级度以上，腺体萎缩、非典型增生和肠化减轻；无效：未达上述有效标准或恶化者。

4.2 2 临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率为 82.5%，对照组总有效率为 62.5%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	1	2	30	7	82.5 ^①
对照组	40	0	0	25	15	62.5

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

蒋教授认为，慢性萎缩性胃炎是一个渐进的发展过程，由慢性胃炎发展而来，与饮食不节、饥饱失常、情志不畅、素体虚弱、久病体虚、幽门螺杆菌感染、外感湿热邪毒等有关，临床表现错综复杂，变化多端，虚实相兼，寒热错杂，难以单一的证候来概括某一时段的病情，常常正虚与邪实并存，虚、毒、瘀共存。虚为脾胃虚弱，实为湿毒内结，脾胃虚弱为病理基础，湿毒内结为病理产物。素有脾胃虚弱之体，外加湿热之邪，正虚邪恋，病邪缠绵，湿热之邪蕴久成毒，湿毒之邪阻于胃络则出现胃络瘀阻，导致胃黏膜萎缩，黏膜苍白、颗粒增生、结节形成。中医学的望诊理论可用于萎缩性胃炎胃镜黏膜像的观察，将局部望诊作为整体望诊的补充可提高临床辨病辨

证的准确性。胃黏膜萎缩、苍白是脾胃虚弱，气血不足的表现，因白色属虚，萎缩亦属虚，颗粒增生、结节属瘀，是瘀结之征，局部望诊也符合脾胃虚弱、瘀毒内结。

基于以上认识，蒋教授认为治疗当虚实兼顾，攻补兼施，采用自拟健脾解毒散结法方治之。方中以党参为君，健脾益气、顾护脾胃；白术、茯苓为臣，加强党参健脾益气，顾护脾胃之功；黄连、蒲公英、败酱草清热燥湿解毒；三七、延胡索共为佐，活血散结、化瘀生新；甘草为使，调和诸药。全方共奏健脾益气、清热解毒、化瘀散结之功。

本研究结果显示，健脾解毒散结方可显著改善临床症状，治疗慢性萎缩性胃炎疗效确切。

[参考文献]

[1] Correa P. A human model of gastric carcinogenesis [J]. Cancer Research, 1988, 48(13): 3554- 3560.

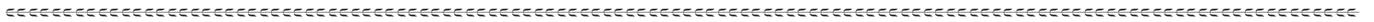
[2] Correa P, Shiao YH. Phenotypic and genotypic events in gastric carcinogenesis [J]. Cancer Research, 1994, 54(7): 1941- 1943.

[3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2006, 上海)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674- 684.

[4] 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.

[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: 125- 129.

(责任编辑：骆欢欢)



· 书讯 · 《中医临床常见症状术语规范》由广州中医药大学黎敬波教授主编，中国医药科技出版社出版。临床中要提高临床诊断效率，保障治疗水平的发挥，就必须从全面收集和准确分析症状入手。该书系统整理了临床常见症状 2000 余条，对常见症状术语进行了解释和规范，本书能对临床医师合理、准确使用症状术语提供帮助，也可以供中医科学研究和学生参考。每本 15 元（含包装邮寄费），欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510006，并在汇款单附言栏注明书名、数量。