

养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

欧绪森¹, 钟卫江²

1. 象山县红十字台胞医院, 浙江 象山 315731; 2. 绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效。方法: 纳入 60 例慢性萎缩性胃炎患者, 按照随机数字表法分为对照组与治疗组各 30 例。对照组服用胃复春片治疗, 治疗组服用养胃活血方治疗。2 组疗程均为 6 月。统计 2 组患者临床主要症状及体征积分的变化情况、临床疗效及不良反应。结果: 治疗后, 2 组胃痛、嗝气反酸、大便稀溏及神疲乏力积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 治疗组各项症状积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 93.3%, 高于对照组的 63.3%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 应用养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎可显著改善患者的临床症状及体征, 提高临床疗效, 且具有较高的安全性。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎 (CAG); 养胃活血方; 胃复春片

[中图分类号] R573.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0071-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.035

临床上, 慢性萎缩性胃炎 (Chronic atrophic gastritis, CAG) 是一种以胃黏膜固有腺体萎缩为主要病变特征的疾病, 这种疾病为消化系统常见、多发性疾病^[1]。临床西医治疗主要是增强胃动力、止痛及保护胃黏膜等对症处理, 但疗效不理想。中医治疗具有整体调理作用, 并且疗效显著。本研究为探讨养胃活血方治疗 CAG 的临床疗效, 特选取象山县红十字台胞医院所收治的 60 例 CAG 患者进行研究, 并与胃复春片相比较, 报道如下。

1 临床资料

纳入象山县红十字台胞医院 2013 年 3 月—2015 年 3 月治疗的 60 例 CAG 患者, 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[2]中 CAG 的诊断标准: 胃镜检查提示胃黏膜萎缩时呈灰黄、灰白或灰绿色; 萎缩黏膜大多呈局限、弥漫或小灶性; 病理显示腺体萎缩、淋巴滤泡形成等; 组织学检查提示黏膜炎症或纤维化。轻度萎缩性胃炎: 腺体减少 $< 1/3$; 中度萎缩性胃炎: 腺体减少 $1/3 \sim 2/3$; 重度萎缩性胃炎: 腺体减少 $> 2/3$ 。患者自愿参与研究且签署知情同意书。排除: 有胃部手术史、疑似胃癌或其他恶性肿瘤疾病者; 患有严重心、脑、肝、肾等器质性疾病者; 精神疾病患者; 过敏体质等。按照随机数字表法分为对照组与治疗组各 30 例。治疗组男 17 例, 女 13 例; 年龄 30~65 岁, 平均 (48.5 ± 4.2) 岁; 病程 2.4~6.2 年, 平均 (3.6 ± 1.0) 年; 病情: 轻度 16 例, 中度 10 例, 重度 4 例。对照组男 18 例, 女 12 例; 年龄 31~67 岁, 平均 (49.1 ± 3.9) 岁; 病程 2.5~6.1 年, 平均 (3.7 ± 1.2) 年; 病

情: 轻度 17 例, 中度 11 例, 重度 2 例。2 组性别、年龄、病程、病情等资料比较, 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 服用胃复春片 (杭州胡庆余堂药业有限公司, 批号: 14066145), 每次 4 片, 每天 3 次。若发现幽门螺杆菌 (Hp) 阳性, 加用阿莫西林胶囊, 每次 2 粒 (500 mg), 每天 3 次; 或克拉霉素, 每次 2 粒 (500 mg), 每天 2 次; 必要时可加用胃动力药、止痛药; 若经五肽胃泌素测定证实为低酸或无酸者, 采用 1% 稀盐酸, 每次 5 mL, 饭前服用, 每天 3 次。

2.2 治疗组 采用养胃活血方治疗, 基本方: 炒麦芽、沙参、炒谷芽、白术、茯苓各 15 g, 白芍、佛手、当归、川芎、鸡内金、郁金各 10 g, 甘草 5 g。湿热重加茵陈、黄芩; 肝气郁结加柴胡、枳壳; 实热加黄连 15 g, 黄芩 12 g, 栀子 10 g; 脾虚加党参 10 g, 黄芪、山药各 12 g; 胃痛加延胡索 10 g, 五灵脂 15 g, 白芍加倍; 阴虚加天花粉 5 g, 麦冬、石斛各 10 g。由象山县红十字台胞医院药剂科统一熬制, 每袋 200 mL, 早晚各服用 1 袋。7 天为 1 疗程。

2 组连续治疗 6 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察和统计 2 组患者临床主要症状及体征积分的变化情况及不良反应。比较 2 组的临床疗效。治疗后对患者的主症、兼症实施半定量计分, 并分为: 无症状、轻度、中度、重度; 主症分别以 0、2、4、6 分表示; 兼症则以 0、

[收稿日期] 2015-04-27

[作者简介] 欧绪森 (1970-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医临床工作。

1、2、3分表示；一般以观察患者主症为主，兼症为次。

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 软件包进行统计，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料以率表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

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》^[4]相关标准，并结合症状积分评价临床疗效。治愈：治疗后，临床症状、体征均完全消失，症状积分减少 $>90\%$ ；显效：临床症状基本消失或明显缓解，症状积分减少 $>75\%$ ；有效：临床症状好转，症状积分减少 $>35\%$ ；无效：未达到以上标准或更为严重。

4.2 2组治疗前后临床症状及体征积分比较 见表1。治疗前，2组各项积分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组胃痛、嗝气反酸、大便稀溏及神疲乏力积分均较治疗前下降($P < 0.05$)，治疗组各项症状积分均低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后临床症状及体征积分比较 $(\bar{x} \pm s, n=30)$ 分

组别	时间	胃痛	嗝气反酸	大便稀溏	神疲乏力
对照组	治疗前	5.91±0.78	4.89±0.79	4.71±0.69	4.69±0.71
	治疗后	3.57±1.25	2.74±1.37	2.69±1.30	2.36±1.40
治疗组	治疗前	5.87±0.82	4.91±0.82	4.69±0.72	4.72±0.68
	治疗后	1.07±0.76	1.14±0.72	1.10±0.58	1.15±0.69

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

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗组总有效率为93.3%，高于对照组的63.3%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	8	7	4	11	63.3
治疗组	30	17	6	5	2	93.3

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2组不良反应情况 治疗期间，治疗组1例轻度呕吐，对照组1例轻度呕吐、1例腹痛，均未经任何特殊处理，30 min后症状自行消失，未对治疗结果产生影响。

5 讨论

现代医学研究认为CAG为慢性胃炎中的一种类型，发病与Hp感染、不良生活习惯及胆汁反流等相关^[4]。患者临床主要表现为胃脘疼痛、胀闷不舒、消瘦乏力等症状，以中老年人居多，病程较长且迁延不愈，严重影响患者的生活质量。据世界卫生组织确定，CAG为癌前状态，患者癌变率高达15%，因此治疗CAG可有效阻断癌变及防止胃癌发生^[5]。

中医学认为，CAG属于胃脘痛、胃痞范畴，然其发病大多因先天不足，外邪内陷，内伤饮食、情志或脏腑功能失调，最终导致脾失健运，胃气不和，气机郁滞，胃失濡养，导致胃脘痞满^[6-7]。因此需以理气活血和健脾养胃为治疗原则。中医

学则认为胀属气，痛属血；凡是出现胃脘胀痛，临床应配合理气活血法治疗。现代医学研究发现^[8]，CAG患者存在明显的血液运行障碍情况，因病程较长，久病必瘀，故从病理来说，患者腺体萎缩，不完全肠腺化生也是致病因素长期损伤所致。本研究采用的养胃活血方中佛手、当归、郁金、川芎可疏肝理气、活血通络、祛瘀生新；沙参和白芍滋阴生津、益气养胃；白术、茯苓可达健脾运而不燥、滋胃阴而不湿的效果。谷芽、麦芽、鸡内金为平甘之药，均入脾胃，具有消食健胃效果。然谷芽的消食效果较麦芽缓慢，其可促进患者消化，但不伤胃气；麦芽不但具有消食效果，同时还可疏肝理气，间接达到和胃止痛效果；两药合用则可加强消食导滞及疏理气机的效果。诸药合用可促进病灶部位血液循环，降低毛细血管通透性，减少炎性渗出，加速疾病康复。从本次研究结果来看，治疗后，2组患者胃痛、嗝气反酸、大便稀溏及神疲乏力积分均较治疗前下降($P < 0.05$)，治疗组下降较对照组显著($P < 0.05$)；治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。提示采用养胃活血方治疗CAG疗效显著。本次研究结果显示，2组患者均未见明显不良反应，说明中医治疗具有一定的安全性。

综上所述，应用养胃活血方治疗CAG疗效显著且安全。但本次研究时间有限，且样本数量较少，如要得出更为准确的数据、更好地服务于临床，尚需进一步收集更多的样本加以研究、分析。

[参考文献]

- [1] 王玲玲, 贾玉聪. 化痰消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎76例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(6): 342-344.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749-753.
- [3] 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.
- [4] 潘华峰, 赵自明, 任金玲, 等. 胃痞消对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜上皮细胞肠上皮化生的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2012, 23(1): 55-57.
- [5] 李俊青, 李纯, 刘希, 等. 参七消痞颗粒对慢性萎缩性胃炎大鼠血清GH, EGF, GAS的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(12): 172-175.
- [6] 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.
- [7] 郑君, 林晓春, 陈育尧, 等. 甘草总黄酮抑制慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜腺体萎缩及机制研究[J]. 中国药理学通报, 2014, 30(1): 113-117.
- [8] 赵雷, 陆为民. 徐景藩三型论治慢性萎缩性胃炎癌前病变186例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(23): 2007-2010.

(责任编辑: 吴凌)