

# 健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 60 例临床观察

杨小清, 白昱暘

云浮市人民医院, 广东 云浮 527300

**[摘要]** 目的: 观察健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效。方法: 将 60 例慢性萎缩性胃炎患者, 随机分为 2 组。健胃汤组给予中药健胃汤治疗; 西药组给予复方丙谷胺西咪替丁片治疗。幽门螺杆菌阳性者先予抗幽门螺杆菌治疗。2 组均治疗 3 月。结果: 总有效率健胃汤组 93.3%, 对照组 80.0%, 经秩和检验, 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后胃胀、纳差积分比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效满意, 值得推广。

**[关键词]** 慢性萎缩性胃炎; 健胃汤; 临床观察

**[中图分类号]** R573.3+2

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2016) 03-0042-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.017

慢性萎缩性胃炎(CAG)是常见的消化系统疾病, 该病临床症状表现多样, 具有病程长, 易反复, 难治愈的特点。2011 年以来, 笔者应用自拟健胃汤治疗 CAG, 临床疗效满意, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2011 年 6 月—2015 年 6 月本院门诊就诊 CAG 患者 60 例, 随机分为 2 组各 30 例。健胃汤组男 14 例, 女 16 例; 年龄 31~65 岁, 平均(41.5±7.5)岁; 病程 8 月~11 年, 平均(2.6±1.7)年; 幽门螺杆菌阳性 13 例。西药组男 13 例, 女 17 例; 年龄 32~65 岁, 平均(42.9±8.1)岁; 病程 7 月~13 年, 平均(2.7±2.1)年; 幽门螺杆菌阳性 14 例。2 组性别、年龄、病程等方面比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 均符合 2006 年《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[1]</sup>的标准。中医辨证符合寒热错杂证, 辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>。无其他脏器明显疾患、恶性肿瘤、精神疾病、孕妇及哺乳期妇女, 同意并配合观察。

## 2 治疗方法

2.1 西药组 给予复方丙谷胺西咪替丁片, 每次 2 片, 每天 3 次; 叶酸片, 每次 10 mg, 每天 3 次。

2.2 健胃汤组 服用健胃汤治疗, 处方: 党参、白

术、姜半夏各 12 g, 黄连、干姜各 5 g, 茯苓、丹参、白芍各 15 g, 乌药、木香(后下)各 10 g, 陈皮、炙甘草各 6 g。水煎至 300 mL, 分 2 次温服, 每天 1 剂。

2 组均治疗 3 月。2 组经 <sup>14</sup>C 呼气试验或病理检查证实幽门螺杆菌感染者, 则先给予抗幽门螺杆菌治疗(奥美拉唑胶囊 20 mg, 克拉霉素片 0.5 g, 阿莫西林片 1.0 g, 均每天 2 次), 共 10 天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后症状积分, 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>的标准, 将 CAG 的胃痛、胃胀、纳差、大便溏烂等主要症状, 按无、轻、中、重分别记 0 分、2 分、4 分、6 分。

3.2 统计学方法 运用 SPSS17.0 统计软件处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 行 *t* 检验, 等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》<sup>[3]</sup>。临床治愈: 临床主要症状消失, 次要症状基本消失或消失; 胃镜复查黏膜活动性炎症消失; 病理检查证实胃黏膜腺体萎缩、肠化和异型增生复常或消失。显效: 临床主要症状消失, 次要症状基本消失; 胃镜复查黏膜慢性炎症好转; 病理检查证实胃黏膜腺体萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻达两个级度

**[收稿日期]** 2015-10-12

**[基金项目]** 广东省中医药局科研项目 (20131094)

**[作者简介]** 杨小清 (1959-), 女, 中医主任医师, 主要从事中医、中西医结合内科临床研究工作。

以上(含两个级度)。有效:主要症状明显减轻;胃镜检查黏膜病变范围缩小1/2以上,炎症有所减轻。病理检查证实胃黏膜炎症减轻1个级度以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效:达不到有效标准之病例,而未恶化。

4.2 2组主要治疗前后主要症状积分比较 见表1。2组治疗后胃痛、胃胀、纳差、大便溏烂积分均有改善,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );2组治疗后胃胀、纳差积分比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组主要治疗前后主要症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	胃痛		胃胀		纳差		大便溏烂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
健胃汤组	30	3.53±0.62	1.41±0.16 <sup>①②</sup>	4.52±0.31	1.36±0.14 <sup>①②</sup>	3.85±0.42	2.63±0.22 <sup>①②</sup>	2.27±0.15	1.67±0.20 <sup>①</sup>
西药组	30	3.46±0.71 <sup>①</sup>	2.94±0.22 <sup>①</sup>	4.46±0.39	2.82±0.17 <sup>①</sup>	3.92±0.51	3.38±0.19 <sup>①</sup>	2.34±0.11	1.81±0.17 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率健胃汤组93.3%,对照组80.0%,经秩和检验,2组临床疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
健胃汤组	30	5	12	11	2	93.3
西药组	30	1	7	16	6	80.0

## 5 讨论

CAG为慢性胃炎中的一种类型,是以胃黏膜腺体萎缩为特征的一种常见的消化系统疾病。西医学认为可能与幽门螺杆菌感染、炎症、饮食、不良生活习惯及胆汁反流等有关。随着胃镜与病理检查的普及,对本病的认识不断深入,一般认为中、重度慢性萎缩性胃炎不加干预则有一定的癌变率<sup>[4]</sup>,但在治疗方面仍缺乏有效的方法和特效药物。多采取根治幽门螺杆菌感染,保护胃黏膜剂、 $H_2$ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂及促胃肠动力药、消化酶制剂等治疗。

中医学认为本病属于胃脘痛、胃痛、嘈杂等病证的范畴。饮食不节、情志失调、脾胃虚弱等是其重要病因。由于疾病迁延,缠绵不愈,日久脾胃逾伤;脾失运化失常,则水湿停滞,郁而化热;或中气不足,胃络阻滞,瘀血中焦;或脾胃虚弱,寒湿内积。而病机交错,证候常现寒热错杂、虚实相间。治宜攻补并施,寒热同调。用药宜兼顾益气健脾,苦降辛开,理气化湿,活血化瘀。健胃汤方中党参、白术健脾益气,以扶其本;半夏、陈皮燥湿化痰;黄连清热燥湿,泻火解毒,干姜温中化湿,二药辛开苦降,消痞

和中,以疏中焦气机;茯苓渗湿,木香行气,以助参术之功;乌药、白芍理气柔肝止痛,可宽中焦;丹参活血化瘀;炙甘草调和诸药。诸药合用,共奏健脾扶正、化湿解郁、理气活血之功。现代药理研究表明<sup>[5]</sup>,健胃汤方中如党参有抗胃黏膜损伤,调节胃肠运动,能纠正病理状态的胃肠运动功能紊乱,增强机体免疫功能等作用。白术有胃黏膜保护作用,能促进胃黏膜细胞的增殖,刺激胃蛋白酶的分泌。黄连能够缓解萎缩性胃炎黏膜病变,对胃黏膜损伤具有保护作用,使空腹胃酸总浓度和游离胃酸浓度恢复正常。半夏可以保护胃黏膜,促进胃黏膜的修复。因此,健胃汤在临床疗效、症状积分等方面有较明显优势,可供临床选用。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会消化病分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-683.
- [2] 中药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: 134-139.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 现代消化及介入诊疗, 2005, 10(3): 181-186.
- [4] Kuipers EJ, Klinkenberg Knol EC, Vandenbroucke Grauls CM, et al. Role of Helicobacter pylori in the pathogenesis of atrophic gastritis [J]. Scand J Gastroenterol Suppl, 1997, 223: 28-34.
- [5] 沈映君. 中药药理学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 203-205.

(责任编辑: 马力)