

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.01.18

慢性萎缩性胃炎采用养胃活血方治疗临床效果观察

刘 锐¹, 雷 琼²

(¹房县人民医院 消化内科,湖北 十堰 442100;

²房县城关镇卫生院,湖北 十堰 442100)

摘要:[目的]通过观察养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎患者临床疗效及对患者临床症状、体征的影响,从而为临床患者规范、有效治疗提供参考。[方法]截取我院 2013 年 3 月~2015 年 3 月 60 例慢性萎缩性胃炎患者按照随机数字表法分组为对照组(胃复春片)与治疗组(养胃活血方),各 30 例。统计 2 组患者治疗前、后临床主要症状及体征积分变化情况、临床疗效及不良反应。[结果]治疗后,2 组患者胃痛、嗳气反酸、大便稀溏及神疲乏力积分较治疗前明显下降,然治疗组下降较对照组显著,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗组临床总有效率为 93.3%(28/30)明显高于对照组 63.3%(19/30),差异有统计学意义, $P<0.05$ 。治疗期间,2 组未见明显不良反应。[结论]应用养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎可显著改善其临床症状及体征,提高临床疗效,且具有较高安全性,因此可值得推广应用。

关键词:慢性萎缩性胃炎;养胃活血方;胃复春片

中图分类号:R574

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)01-0064-03

临床上,慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是一种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]。目前大多数认为该病病变不可逆转,尤其是肠上皮化生及重度异型增生易发生癌变。目前临床西医治疗主要是增强其胃动力和止痛及保护胃黏膜等对症治疗,但疗效不理想。中医治疗具有整体调理作用,且于慢性萎缩性胃炎治疗上取得显著疗效。本次研究为探讨养胃活血方治疗 CAG 临床疗效,特选取本院所收治的 60 例 CAG 患者进行研究,并与胃复春片相比较,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

截取我院 2013 年 3 月~2015 年 3 月 60 例慢性萎缩性胃炎患者按照随机数字表法分组为对照组(胃复春片)与治疗组(养胃活血方),各 30 例。参照《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[2]中有关 CAG 诊断标准:经胃镜检查提示胃黏膜萎缩时呈灰黄、灰白或灰色;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;经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 $<1/3$;重度萎缩性胃炎:腺体减少 $>2/3$;中度萎缩性胃炎:腺体减少 $1/3\sim2/3$ 。患者自愿参与研究且签署知情同意书;排除胃部手术史、疑似胃癌或其他恶性肿瘤疾病者、严重心脑血管肝肾等器质性疾病、精神疾病、过敏体质等。治疗组:男性 17 例,女性 13 例;年

龄 30~65 岁,平均为 (48.5 ± 4.2) 岁;病程 2.4~6.2 年,平均为 (3.6 ± 1.0) 年;病情情况: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,平均为 (49.1 ± 3.9) 岁;病程 2.5~6.1 年,平均为 (3.7 ± 1.2) 年;病情情况:轻度 17 例、中度 11 例、重度 2 例。比较 2 组患者病情、病程及年龄等资料,差异大体上具有可比性。

1.2 方法

对照组采用胃复春片(规格:60 片/瓶,1 瓶/盒,国药准字 Z20040003),4 片/次,3 次/d。若发现 Hp 阳性,加用抗生素;必要时可加用胃动力药、止痛药;若经五肽胃泌素测定证实低酸或无酸者,采用 1%稀盐酸 5 ml,饭前服用,3 次/d。

治疗组采用养胃活血方治疗,组方:炒麦芽 15 g、沙参 15 g、炒谷芽 15 g、白术 15 g、茯苓 15 g、白芍药 10 g、佛手 10 g、当归 10 g、川芎 10 g、鸡内金 10 g、郁金 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 12 g、山药 12 g;胃痛加延胡索 10 g、五灵脂 15 g、白芍药加倍;阴虚加天花粉 5 g、麦门冬 10 g、石斛 10 g。由我院药剂科统一熬制,200 ml/袋,1 剂/d,早晚服用 1 次;7 d 为 1 疗程。2 组连续治疗 6 个月。

1.3 观察指标

统计 2 组患者治疗前、后临床主要症状及体征积分变化情况、临床疗效及不良反应。参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]评价临床症状及体征改善情况,并计算总有效率。对治疗后患者主症、次症实施半定量计分,并分为:无症状、轻度、中度、重度;主症分

别以 0、2、4、6 分;兼症则以 0、1、2、3 分表示;一般以观察患者主症为主,兼症为次。治愈:治疗后,患者临床症状、体征均完全消失,症状积分减少>90%;显效: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:以上标准均未达到或更为严重。

1.4 统计学处理

数据采用 SPSS 18.0 软件包统计,计量资料采

用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用率表示,采用 χ^2 检验。结果以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状及体征

治疗后,2 组患者胃痛、嗝气反酸、大便稀溏及神疲乏力积分较治疗前明显下降,然治疗组下降较对照组显著,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前、后临床症状及体征积分改善情况比较							分, $\bar{x} \pm s$
组别	例数	时间	胃痛	嗝气反酸	大便稀溏	神疲乏力	
对照组	30	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 ¹⁾	2.74±1.37 ¹⁾	2.69±1.30 ¹⁾	2.36±1.40 ¹⁾	
治疗组	30	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⁾²⁾	1.14±0.72 ¹⁾²⁾	1.10±0.58 ¹⁾²⁾	1.15±0.69 ¹⁾²⁾	

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 临床疗效

治疗组临床总有效率为 93.3%(28/30)明显高于对照组 63.3%(19/30),差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较						
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效/%
对照组	30	8	7	4	11	63.3
治疗组	30	17	6	5	2	93.3 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应

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;但 2 组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;2 组未见明显不良反应。

3 讨论

CAG 是一种以胃黏膜固有腺体数量减少或消失为病理特点的消化系统常见疾病^[6]。早在 1978 年,世界卫生组织(WHO 就已经认识到该疾病与胃癌发生、发展存在紧密联系^[7]。所以该病被定义为胃癌的癌前状态,然在胃固有腺体萎缩的基础上同时伴有肠腺化生或上皮内瘤变者,更被视为是胃癌最为重要的癌前病变之一。随着社会与经济的飞速发展,人们的生存环境和生活方式也发生了相应变化,因而导致了本病的发病率呈逐年上升趋势,年龄逐渐低龄化,预后逐渐恶化的新形势^[8]。现代医学研究认为 CAG 为慢性胃炎中一种类型,这种疾病

发病与 Hp 感染和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和胀闷不舒及消瘦乏力等症状,且以中老年人群居多,病程较长且迁延不愈,严重影响患者生活质量。据世界卫生组织确定,CAG 为癌前状态,且患者癌变率高达 15%,因此治疗 CAG 可有效阻断癌变及防治胃癌发生^[5]。

中医学上,CAG 属于“胃脘痛”、“胃痛”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,最终导致其胃气不和,气机郁滞,胃失濡养^[9]。该疾病发病原因及机制为:禀赋不足和脾胃虚脱,劳倦内伤或久病不愈,脾胃受伤,脾失健运,最终导致胃脘痞满。因此临床需以理气活血和健脾养胃为治疗原则。中医则认为胀属气,痛属血;凡是出现胃脘胀痛,临床应配合理气活血法治疗^[10]。据现代医学研究发现^[11],CAG 患者存在明显的血液运行障碍情况,患者因病程较长,久病必瘀,因此从病理来说,患者腺体萎缩,不完全肠腺化生也是因致病因素长期损伤所致。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较治疗前明显下降,然治疗组下降较对照组显著,差异具有统计学意义, $P < 0.05$;治疗组临床总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。由此说明采用养胃活血方治疗疗效显著。据现代药理学研究发现,组方中佛手和当归及郁金具有疏肝理气和活血通络及祛瘀生新的功效^[12];沙参和白芍药具有滋阴生津及益气养胃效果;临床配合白术和茯苓则可达健脾运而不燥及滋

胃阴而不湿效果。然谷芽和麦芽及鸡内金为平甘之药,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;两药合用则可加强其消食导滞及疏理气机效果。诸药合用可促进患者病灶部位血液循环,降低毛细血管通透性,减少炎性渗出,加速疾病康复。然本次研究中,随证加减药物,从而可更好地改善患者胃黏膜微循环及局部营养情况,从而更好地促进炎症吸收,促进腺体萎缩逆转及胃黏膜的修复。此外,本次研究中,2 组未见明显不良反应,说明该方治疗具有一定安全性。

综上所述,应用养胃活血方治疗慢性萎缩性胃炎疗效显著且安全。但因本次研究时间有限,且样本数量较少,因此为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样本加以研究、分析。

参考文献

[1] 王玲玲,贾玉聪.化瘀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.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:61-62.
[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] 杜艳茹,李佃贵,王春浩,等.化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变毒内蕴证患者 119 例临床观察[J].中医杂志,2012,53(1):31-33,37.
[9] 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.
[10] 谢晶日,王丹丹,王海强,等.欣胃颗粒治疗气阴两虚兼血瘀型慢性萎缩性胃炎 120 例临床观察[J].中医药学报,2012,40(6):104-106.
[11] 魏玥,杨晋翔,王再见,等.益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 EGFR/MAPK 信号通路的影响[J].北京中医药大学学报,2015,38(2):95-99.
[12] 成映霞,徐海荣,段永强,等.基于“脾胃相关”的慢性萎缩性胃炎的病机演变规律及中医药防治[J].老年学杂志,2015,35(5):1430-1431,1432.

文题的规范

文题是论文的必要组成部分,它是读者识别论文并判断是否需要阅读的主要依据。因此,文题的作用十分重要,务必字斟句酌,细心推敲。文题的用字要求简洁、明了,能概括论文主要内容,并便于标引和检索。一般使用充分反映文章主题内容的短语,不使用具有主、谓、宾结构的完整语句,不使用标点。中文题名一般不宜超过 20 字,如语意未尽,则可借助于副标题(可在总标题之后用圆括号括出,也可在副标题前加破折号示之)予以补充。文题应避免使用非公知公认的缩略语、字符和代号,尽量不出现结构式和数学式等,也不宜将原形词和缩略语同时列出。虚词应尽可能不用,避免使用“……的研究”、“……的探讨”、“……的体会”、“……的报告”等非特定词。说明文题的重要信息不应遗漏,可在文题右上角加“*”号,然后在文题页下方划一横线,与作者信息一起,予以注释。