doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.03.20

七方胃痛散治疗慢性胃炎 46 例临床疗效

谭全肖¹, 罗伟生², 赵一娜³

(¹广西中医药大学 2014 级研究生, 广西南宁 530023;

²广西中医药大学, 广西南宁 530001;

³广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁 530023)

摘要:[目的]观察七方胃痛散治疗寒热错杂型慢性胃炎(心下痞)的临床疗效。[方法]对 92 例寒热错杂型慢性胃炎患者采用随机数字法进行分组及治疗, 对照组 46 例用阿莫西林、胶体果胶铋、奥美拉唑、呋喃唑酮“四联疗法”治疗, 观察组在对照组的基础上, 加予七方胃痛散治疗。[结果]观察组治愈 17 例, 治愈率 38.6%, 显著高于对照组 17.8%, $P < 0.05$; 观察组 Hp 转阴率为 56.0%, 对照组的 Hp 转阴率为 57.9%。[结论]七方胃痛散可以有效治疗寒热错杂型慢性胃炎。

关键词:慢性胃炎; 心下痞; 七方胃痛散; 寒热错杂型

中图分类号:R573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)03-0233-02

慢性胃炎是指由各种不同病因所引起的胃黏膜慢性炎性, 在脾胃疾病的发病率中位列第一。慢性胃炎疾病具有病程较长、反复发作、缠绵难愈等特点, 在人群中的发病率可以高至 60% 以上^[1]。罗伟生教授对于运用七方胃痛散治疗慢性胃炎具有丰富的临床经验, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

该组患者 92 例, 均为慢性胃炎患者。其中男 56 例, 女 36 例; 年龄 20~60 岁, 平均年龄(39.3±2.1)岁; 病程 12 个月~12 年; 临床表现为恶心欲呕、腹胀纳呆、返酸嗝气、食欲不振、上腹满闷或剑突下深压不适; 2 个月之内曾服用过胃黏膜保护剂、抑酸剂, 其中部分患者有接受抗 Hp 药物治疗, 但均无系统治疗, 经胃镜检查确诊为慢性胃炎, 患者均无消化道肿瘤, 无肝肾慢性功能不全。将所有患者随机分为观察组 46 例(Hp 阳性 25 例)和对照组 46 例(Hp 阳性 20 例), 2 组患者在年龄、性别、临床表现、Hp 阳性及病程等方面无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[1] 采用《中国慢性胃炎共识意见》的症状诊断标准: ①有症状者主要表现为非特异性消化不良, 如上腹不适、饱胀、早饱等, 进食可加重或减轻; ②还可能有食欲不振、嗝气、反酸和恶心等症状; ③这些症状的有无和严重的程度与内镜下所见及组织病理学分级缺乏相关性, 故一般将慢性胃炎伴消化不良归纳入非溃疡性消化不良或广义的功

能性消化不良范畴。慢性胃炎强调胃黏膜的慢性炎症, 而功能性消化不良强调的是消化不良的症状。

1.2.2 中医诊断标准 参照上海科学技术出版社第一版《中医内科学》中寒热错杂型痞满诊断标准。主症: 胃脘痞满, 但满而不痛, 胃有凉感, 泛酸, 嘈杂。兼次症: 嗝气, 恶心呕吐, 肠鸣腹胀, 不思饮食, 倦怠乏力。舌脉: 舌淡苔腻或微黄; 脉弦细数。具备主症 3 项或主症 2 项以及次症 2 项者即可诊断为本病寒热错杂证。

1.3 纳入标准

①符合慢性胃炎诊断标准且符合寒热错杂证诊断标准; ②年龄为 20-60 岁; ③愿意且能配合临床研究者; ④2 个月之内服用胃黏膜保护剂、抑酸剂, 其中部分患者服用过抗 Hp 药物, 但均未接受系统治疗。

1.4 排除标准

①不符合中、西医诊断标准或纳入标准者; ②年龄在 20 岁以下或 60 岁以上者; ③妊娠期、哺乳期或有妊娠计划的妇女; ④合并严重的心血管、肝、肾及造血系统等疾病者; ⑤已经参加其他临床观察者; ⑥对已知药物或中药过敏者。

1.5 治疗方法

对照组: 常规的西药治疗。予口服阿莫西林, 每日 2 次, 每次 0.5 g; 口服胶体果胶铋, 每日 3 次, 每次 200 mg; 口服奥美拉唑, 每日 2 次, 每次 20 mg; 口服呋喃唑酮, 每日 3 次, 每次 0.1 g。口服药物疗程为 7 d, 疗程结束后, 观察患者药物不良反应及幽门螺杆菌的根除率。患者服药期间, 不加服其他药物, 康复前也不加其他药物治疗。患者未曾使用过青霉素类药物者, 给药前先给予皮试, 依据皮试结果为阴性后给药^[2-3]。观察组: 在对照组的基础上, 予中

收稿日期: 2015-06-15

作者简介: 谭全肖, 女, 硕士研究生, 住院医师, 脾胃专业

通讯作者: 罗伟生, E-mail: 4011188@qq.com

药验方七方胃痛散治疗。

七方胃痛散方药组成为:红参须 6 g、黄芪 20 g、白术 15 g、白芍 15 g、丹参 15 g、木香 6 g、黄连 3 g、吴茱萸 6 g、茯苓 15 g、枳实 10 g、甘草 6 g。1 剂/d,分早晚 2 次饭后温服,30 d 为 1 个疗程。

2 结果

临床疗效判定标准:参照全国慢性胃炎共识意见中的有关标准与新悉尼评分法进行临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价^[1-2]制定。临床痊愈: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、肠上皮化生和异型增生恢复正常或消失;显效:临床主要症状、体征消失,胃镜复查

黏膜慢性炎症好转,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或减轻 2 个级度;有效:主要症状、体征明显减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,病理组织学检查证实慢性炎症减轻 1 个级度以上,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻;无效:达不到上述有效标准,或恶化者。

临床观察病例 92 例,观察组 2 例外出脱落,对照组 1 例外出脱落。观察组治愈 17 例,治愈率 38.6%,显著高于对照组 17.8%, $P < 0.05$;观察组 Hp 转阴率为 56.0%(14/25),对照组的 Hp 转阴率为 57.9%。采用 SPSS 17.0 统计学软件,组内以配对 t 检验,组间以 χ^2 检验进行统计分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较

例/%

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/(例/例)
观察组	46	17(38.6) ¹⁾	13(29.6)	7(15.9)	7(15.9)	84.1(37/44)
对照组	46	8(17.8)	15(33.3)	8(17.8)	14(31.1)	68.9(31/45)

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性胃炎的发病与化学性、细菌性、免疫性刺激有关,主要常见因素为幽门螺杆菌感染、其他细菌病毒感染、免疫因素、消化液返流、生活方式的影响、遗传因素、胃黏膜局部的改变(包括微循环、血管活性因子、黏膜营养因子、维生素等)^[1-2]。胃黏膜损伤和修复的过程演变,病理生理学上可表现为炎症反应、萎缩和化生,甚至异型增生。

慢性胃炎是指中焦气机壅滞,脾胃升降失司所致的以胃脘痞塞、胸膈满闷为主要临床表现的一类病证。罗教授指出“痞”在《说文解字》解痛也,满闷之感,满着胀满之意,痞满按照部位可分为胸满、胃痞等。慢性胃炎的病位当在心下,即胃脘部,为中焦脾胃之所在。《伤寒论》所指的痞证,主要是指患者自觉心下痞满不舒,按之或濡或硬,成因尽管不同,而总的病机都是胃的气机壅滞不舒^[3-4]。罗教授指出“心下痞”的成因来主要是来自太阳证误治以后,里虚邪陷所致;但亦有饮食所伤、肝胃不和、情志不畅、中气不足、复感外邪等多种因素导致,伤寒与杂病失治误治均可发生心下痞证。就其病机而言,概而言之,主要由脾胃气虚,中焦斡旋失司,枢机不利,气机壅滞,导致寒热失调,虚实夹杂而成。

“七方胃痛散”为罗伟生教授从医 30 余年的临床经验方,由四君子汤、丹参饮、左金丸、逍遥散、枳实芍药散、枳术丸、木香槟榔丸 7 个不同功效的古方组成,方中红参须、黄芪补气健脾共为君药;白术、白

芍益气舒肝止痛;丹参、木香活血行气止痛;黄连、吴茱萸清泄郁热,兼能制酸,共为臣药;茯苓利湿、枳实理气共为佐药;甘草为使药,调和诸药,全方组合共奏健脾益气、活血化痰、清热利湿、理气止痛、化滞消胀等功效。对于治疗“慢性萎缩性胃炎”型“心下痞”,“七方胃痛散”实验研究证实具有较好的促进胃黏膜再生,消除胃黏膜炎症等多种药理作用^[5-6]。

综上所述,此方案的治疗症状缓解较为明显,复发率相应减少,患者的生活质量相应提高。

参考文献

- [1] 刘文忠. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 中国全科医学, 2011, 14(12):11-12.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:384-384.
- [3] 林裕强, 陈海霞, 孙晓敏. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(2):110-112.
- [4] 唐梅文, 罗伟生, 邓 嫦. 加味七方胃痛颗粒治疗慢性萎缩性胃炎 43 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2009, 41(8):38-39.
- [5] 唐梅文, 邓 嫦, 黄勇华. 加味七方胃痛颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(4):337-338.
- [6] 唐梅文, 王 伟, 李桂贤. 加味七方胃痛颗粒对慢性萎缩性胃炎大鼠胃蛋白酶含量及 HSP70 蛋白表达的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2011, 22(1):69-71.