

· 经验交流 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.12.17

健脾养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究

文慧华

(广州市番禺区中心医院 中医科,广东 广州 511400)

摘要:[目的]观察健脾养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的疗效。[方法]将60例CAG患者,随机分为对照组和治疗组各30例。对照组给予西药治疗;治疗组在西药基础治疗的基础上,给予中药汤剂口服,疗程均为3个月。治疗结束后对比2组疗效。[结果]治疗组的疗效明显优于对照组($P<0.01$)。[结论]中西医结合治疗CAG疗效显著,值得临床推广。

关键词:慢性萎缩性胃炎;中医药治疗

中图分类号:R573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)12-0955-03

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统常见疾病之一,在我国,CAG比例高达23.2%^[1],随年龄的增加,CAG的患病率升高,且与胃癌的发病率呈正相关,因此值得人们高度重视。西医目前对CAG治疗手段不多,尚无有效的特异性治疗,而中医治疗本病显示出更好的疗效。本文应用益气养阴活血法治疗CAG,收到了良好的疗效,现将相关情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究病例选取60例来自我院于2014年1月~2015年12月门诊或住院就诊的患者,均符合CAG诊断标准。随机分成对照组30例和治疗组30例。治疗组基本情况:男16例,女14例,年龄(46.13 ± 7.35)岁,病程(20.17 ± 12.23)个月,治疗前临床症状积分(14.27 ± 2.46)分;对照组基本情况:男13例,女17例,年龄(49.67 ± 7.25)岁,病程(21.01 ± 11.49)个月,治疗前临床症状积分(15.37 ± 2.38)分;对比2组的基本情况,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 CAG西医诊断标准^[1] CAG症状缺乏特异性,以消化不良为主,和慢性胃炎症状相类似,如腹痛、腹胀、嗝气、反酸等,而确诊依赖胃镜及病理。①内镜诊断:CAG内镜下可见黏膜红白相间,以白为主,黏膜血管显露,部分可见黏膜皱襞变平甚至消失,或黏膜呈颗粒状或结节样。②病理诊断:胃黏膜萎缩指的是胃固有腺体减少,包括2种情况:一种是

化生性萎缩:指胃黏膜固有层化生肠上皮腺体;另外一种是非化生性萎缩:指胃黏膜层固有腺体数目减少,继而被炎性细胞、或纤维组织、或纤维肌性组织所取代。根据固有腺体减少数目程度,萎缩共分4级:0级:固有腺体数目无明显减少;一级:减少不超过1/3;二级:减少1/3~2/3;三级:减少超过2/3。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。证候诊断标准:主症:①胃脘疼痛、胀满或痞闷;②嘈杂;③纳差;次症:①口干少饮;②形体消瘦;③疲倦乏力;④大便不调;舌苔:舌质紫暗或暗红,少苔或剥苔;脉象:脉细弱或沉涩。同时具备上述主症3项,或者具备主症2项且兼次症2项,即符合中医诊断,而舌象脉象非必要条件。

中医症状程度分级:参考2002年《中药新药临床研究指导原则》,拟定症状分级量化标准。

1.3 纳入标准、排除标准及退出标准

纳入标准:①符合西医CAG诊断标准;②符合中医CAG证候诊断标准;③年龄18~65岁;④知情同意,签署知情同意书。

排除标准:①年龄<18岁,或>65岁;②妊娠期或哺乳期;③合并消化性溃疡、胃黏膜有高级别上皮内瘤变或疑有恶变者;④过敏体质,对所用药物过敏或有禁忌证者;⑤合并严重内脏功能不全,或严重脑部疾患等。

退出标准:①病情加重或恶化;②出现严重过敏反应或严重不良事件;③患者未能坚持服药或自行中断随访。

1.4 方法

采用随机前瞻性单盲的方法,将符合诊断标准的患者,分为治疗组和对照组,每组各30例,疗程均为3个月。

对照组:①生活方式干预:嘱咐患者养成良好的

收稿日期:2016-07-24

作者简介:文慧华,女,医学硕士,主治中医师,主要从事中医临床工作,擅长中西医结合治疗各种常见内科疾病

通讯作者:文慧华,E-mail:1109037748@qq.com

生活习惯,避免进食刺激性食物,避免过度劳累及精神刺激,避免服用损伤胃黏膜的药物。②抗幽门螺杆菌(Hp)治疗:常规行 C^{14} 呼气试验检测,对Hp感染的患者,采用PPI+铋剂+2种抗生素方案组成的四联疗法^[3]:埃索美拉唑片(耐信)20 mg Bid,枸橼酸铋钾胶囊(丽珠得乐)0.6 g Bid,阿莫西林1 g Bid,呋喃唑酮0.1 g Bid;服用方法埃索美拉唑片及枸橼酸铋钾胶囊餐前服用,阿莫西林及呋喃唑酮餐后服用。疗程14 d。③对症治疗:根据患者不同症状,采取制酸、护胃、促胃动力、助消化、贫血患者补充维生素 B_{12} 、叶酸、铁剂等治疗。

治疗组:在对照组的基础治疗上,给予中药汤剂口服(方选四君子汤合益胃汤加减):党参20 g、白术15 g、茯苓20 g、炙甘草10 g、沙参10 g、麦冬10 g、生地10 g、玉竹15 g、五灵脂15 g、蒲黄15 g。服用方法上药加入600 ml水,煎取200 ml,餐后温服,每日1次。

1.5 观察指标

1.5.1 主要疗效指标 参考《中药新药临床研究指导原则》(2002年)制定,所有患者治疗前后均行胃镜及病理检查:①临床治愈:症状、体征消失;病理:胃黏膜萎缩、肠化或上皮内瘤变等病理改变消失;胃镜:胃黏膜慢性炎症明显好转。②临床显效:症状、体征消失;病理:胃黏膜萎缩、肠化或上皮内瘤变恢复正常或减轻2个级别;胃镜:胃黏膜慢性炎症好转。③临床有效:症状、体征明显减轻;病理:腺体萎缩、肠化或上皮内瘤变减轻1个级别;胃镜:胃黏膜慢性炎症有所减轻,病变范围缩小1/2以上。④无效:达不到有效标准,甚或病情加重恶化。

1.5.2 次要疗效指标 根据《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》(2011年,天津)制定症状积分量表^[4],每例患者治疗前后均进行评分,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。①临床治愈:疗效指数 $\geq 90\%$;症状、体征消失或基本消失;②临床显效:疗效指数在 $70\% \sim 90\%$;症状、体征明显改善;③临床有效:疗效指数在 $30\% \sim 70\%$;症状、体征明显好转;④无效:疗效指数 $< 30\%$;症状、体征无明显改善。

1.5.3 Hp根除率 治疗结束4周后进行 C^{14} 呼气试验检测,阴性者可判断为Hp根除。

1.6 统计学处理

采用SPSS 18.0统计软件,建立数据库及对资料进行统计分析。平均值以 $\bar{x} \pm s$ 表示,平均值之间用 t 检验比较;疗效之间比较用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗有效率比较

治疗组治愈1例,显效8例,有效17例,无效4例,总有效率 $86.67\% (26/30)$ 。对照组无治愈病例,显效5例,有效15例,无效10例,总有效率 $66.67\% (20/30)$ 。2组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 治疗前后临床症状积分比较

治疗前后临床症状积分比较见表1。

表1 2组临床症状积分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	治疗前	治疗后
治疗组	15.37 $\pm$ 2.38	2.51 $\pm$ 1.37 ¹⁾
对照组	14.27 $\pm$ 2.46	4.89 $\pm$ 2.42 ¹⁾²⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 治疗后Hp根除率比较

治疗后Hp根除率比较见表2。

表2 2组Hp根除率比较

组别		阳性	阴性	Hp根除率/%
治疗组	治疗前	18	12	83.33 ¹⁾
	治疗后	3	27	
对照组	治疗前	19	11	68.42
	治疗后	6	24	

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应

2组在整个治疗过程中无明显不良反应。

3 讨论

CAG是消化科最常见的疾病之一,我国CAG比例较高,且与胃癌的发病率呈正相关,值得高度重视。西医对CAG的病因病机仍不十分明确,目前认为可能与遗传、免疫、感染、胆汁反流等因素有关,其中Hp感染备受关注^[5],被认为是CAG的一个重要因素。治疗上,西医以综合治疗为主,但疗效一般。而中医治疗本病显示出更好的临床疗效,特别是对症状的改善,尤其明显。

中医古籍并没有“萎缩性胃炎”这一病名,属于中医“胃脘痛、痞满、嘈杂、嗳气”等范畴^[6]。中医传统理论认为“邪之所凑,其气必虚”,又曰“久病必虚”,因而许多学者认为脾胃虚弱是CAG的病理基础。久病耗伤脾气,导致脾失健运,继而出现纳呆、乏力、便溏等症状。感受邪气、饮食不节、劳累、情志过激等因素均可损伤脾胃,导致气机升降失调,从而

产生气滞、血瘀、痰湿等病理产物,进一步妨碍气机,最终会导致正气虚弱。另一方面,传统理论认为:“久病必瘀”。久病者脾胃功能失调,气血化生不足,气血运行不畅,瘀滞脉络,瘀血形成,黏膜产生萎缩。CAG 患者胃镜下可见胃黏膜红白相间,黏液少而质稀,或黏膜呈灰白,黏膜变薄,血管显露。这些表现也与中医气阴两虚血瘀的病机吻合。

本病的病位在胃^[7],与肝脾关系密切。病理性质为虚实夹杂,本虚主要为脾胃虚弱(气阴两虚),标实主要为血瘀。气阴两虚是疾病发生的根本,而血瘀则是本病最重要的病理因素,是疾病发生发展的关键环节。

因此,治疗本病当以健脾养阴活血为法^[8],方选四君子汤合益胃汤加减。方中党参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气,沙参、麦冬、生地、玉竹养阴生津,五灵脂、蒲黄活血化瘀,诸药合用,共奏健脾养阴活血之功,使脾胃得以健运,气血化生有源,瘀血去而得以新生,气血调和,脾胃得养而痊愈。

另外,本临床研究中,治疗组 Hp 根除率明显高于对照组,其原因可能为中药改变了胃内环境,使细菌生长抑制,因此提高了 Hp 根除率。在耐药率逐渐升高的今天,中药抗 Hp 的方法尤其值得提倡。

综上所述,本临床研究经过 3 个月疗程的治疗,治疗组患者症状明显改善,症候积分明显下降,患者胃黏膜得到了明显的好转,并且 Hp 转阴率也明显提高,收到良好的临床效果。本研究针对 CAG 以

气阴两虚为本、瘀血为标的病机特点,确定以健脾养阴活血为治疗大法,运用四君子汤合益胃汤治疗 CAG,所取得的显著临床疗效,为中西医结合治疗本病提供一定的临床基础,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012, 上海)[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1):24-36.
- [2] 中华人民共和国卫生部药政司. 中药新药临床研究指导原则(第二辑)[S]. 1995, 118-121.
- [3] 吕农华. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告, 中华内科学杂志, 2012, 51(10):832-837.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):738-743.
- [5] 张琳, 杨连文, 杨李君, 等. 幽门螺旋菌与慢性萎缩性胃炎发病关系及防治研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(9):521-523.
- [6] 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(2009, 深圳)[C]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5):345-349.
- [7] 董建华, 田德录, 麻仲学, 等. 虚痞(慢性萎缩性胃炎癌前病变)中药治疗观察[J]. 中国医药学报, 1959, 4(6):12-15.
- [8] 胡水勋, 林桂延, 方润龙, 等. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(3):41-41.