

柴平汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 36 例临床观察

武燕燕¹,任翔宇¹,任顺平²

(1. 山西中医药大学,山西 太原,030024;

2. 山西中医药大学附属医院,山西 太原,030024)

[摘要] 目的:观察柴平汤加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:将慢性萎缩性胃炎证属肝胃气滞型患者 72 例,随机分为 2 组,每组各 36 例,治疗组采用柴平汤加减治疗,对照组采用胃复春治疗。结果:综合疗效总有效率治疗组为 88.89%,对照组为 75.00%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);中医证候疗效总有效率治疗组为 94.44%,对照组为 83.33%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:柴平汤加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;肝胃气滞证;中医药疗法;柴平汤加减

[中图分类号] R259.733⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.020

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)系多因素致胃黏膜上皮受损,以固有腺体减少、萎缩为特征的一种胃炎,可伴幽门腺、肠化生或

不典型增生等^[1]。CAG 的发生呈慢性演变过程,少数可发展成胃癌,有关研究认为,每年 CAG 癌变率为 0.5%~1%,伴肠上皮化生者癌变率为 1.9%^[2-3]。

第一作者:武燕燕,女,2016 级硕士研究生,研究方向:消化系统疾病的临床研究

通讯作者:任顺平,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:消化系统疾病的临床研究,E-mail:rspshanxi@126.com

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	22(55.0)	16(40.0)	2(5.0)	38(95.0) ^a
对照组	40	14(35.0)	18(45.0)	8(20.0)	32(80.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后肺功能比较 2 组肺功能各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	FEV ₁ (V/L)	FVC(V/L)	PEF(l/min)
治疗组	40	治疗前	1.07 ± 0.09	2.02 ± 0.10	220.31 ± 33.71
		治疗后	1.63 ± 0.22 ^{ab}	3.01 ± 0.15 ^{ab}	281.52 ± 47.24 ^{ab}
对照组	40	治疗前	1.04 ± 0.11	2.17 ± 0.15	221.44 ± 42.14
		治疗后	1.30 ± 0.14 ^a	2.50 ± 0.12 ^a	245.31 ± 62.34 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 治疗组未发现不良反应,对照组出现 1 例胃肠道不适。

4 讨论

中医学认为,哮喘的发病机制为痰浊伏肺,通过外因刺激诱发。素体阳虚,寒痰伏肺,致肺气失于宣畅,则成寒哮;素体阳盛,痰热搏结壅肺,痰从热化,致肺失清肃,遂成热哮;风邪袭肺,痰气交阻于气道,致哮喘,即风痰哮;分别以小青龙汤、定喘

汤、祛风化痰平喘治疗,并随症加减^[4]。有研究表明,小青龙汤能降低人体 IgE 水平,抑制炎症细胞的趋化、黏附及释放炎性介质等,对改善肺功能及血气指标有积极的作用^[5]。

单纯西药治疗重症哮喘的持续疗效普遍不理想,且容易复发,导致病情反复发作。将西药与中医辨证用药结合起来,能发挥二者协同叠加效应,提升治疗效果,减少单纯西药带来的不良反应。葛海清^[6]采取中西医结合治疗重症哮喘,结果显示有效率达到 88.0%,高于西医治疗的 68.0%。本研究治疗组总有效率为 95.0%,说明中西医结合治疗重症哮喘优势明显,且安全性好。

参考文献

- [1] 刘海燕.重症哮喘中医综合治疗临床分析[J].中国农村卫生,2015,35(14):30.
- [2] 蔡彦伟.中医辨证治疗重症哮喘临床效果观察[J].中国伤残医学,2014,22(11):142-143.
- [3] 卢俊光,张英俭,李家春.中医辨证法结合西医治疗重症哮喘的疗效研究[J].中医临床研究,2015,7(8):13-15.
- [4] 马红霞.中西医结合治疗重症哮喘的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2014,18(1):9-11.
- [5] 杨广环.中西医结合治疗成人中重度支气管哮喘的疗效分析[J].中国医药科学,2016,6(10):41-43,56.
- [6] 葛海清.重症哮喘采用中西医结合治疗效果观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(8):38-39.

(收稿日期:2018-07-10)

现代医学对 CAG 主要采取根除 HP、胃黏膜保护、改善胃动力、抑制胆汁反流等对症治疗^[4],但疗效欠佳。笔者跟师采用柴平汤加减治疗肝胃气滞型 CAG 36 例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取山西中医药大学附属医院脾胃病科 CAG 患者 72 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 36 例。治疗组中,男 13 例,女 23 例;年龄 30~68 岁,平均(52.50±6.84)岁;病程 0.5~20 年,平均(7.03±2.86)年。对照组中,男 12 例,女 24 例;年龄 31~69 岁,平均(53.33±7.36)岁;病程 1.5~18 年,平均(6.89±2.48)年。2 组一般资料比较,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 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[1]拟定。CAG 临床表现缺乏特异性,主要依靠内镜和病理诊断。1) 内镜诊断:内镜下可见黏膜红白相间,以白为主,黏膜皱襞变平甚至消失,部分黏膜血管显露,可伴黏膜呈颗粒状或结节样。2) 病理诊断:病理活检显示有固有腺体的萎缩,即可诊断为 CAG,不必考虑活检标本的萎缩块数与程度。

1.2.2 中医辨证标准 参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[5]辨证为肝胃气滞型。主症:1) 胃脘胀满或胀痛;2) 胁肋部胀满不适或疼痛。次症:1) 症状因情绪因素诱发或加重;2) 暖气频作。舌脉:1) 舌淡红,苔薄白;2) 脉弦。具备上述主症 2 项,次症 2 项,参考舌脉,即可诊断。

1.3 排除标准 1) 合并严重心脑血管等其他疾病或者全身状况极差;2) 妊娠及哺乳期女性或有精神障碍;3) 幽门螺杆菌感染;4) 对所用药过敏以及肝肾功能障碍。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用柴平汤加减治疗。处方:柴胡 9g,白芍 10g,黄芩 9g,姜半夏 9g,党参 10g,厚朴 9g,生白术 20g,枳实 9g,陈皮 10g,香附 9g,丹参 15g,莪术 6g。每天 1 剂,采用广东一方颗粒剂,每次开水 300ml 冲服,早饭前,晚饭后分温服。

2.2 对照组 采用胃复春片治疗。胃复春片(杭州胡庆余堂公司,批准文号:国药准字 Z20040003,规格:0.36g/片)口服,每次 4 片,每天 3 次。

2 组疗程均为 3 个月,观察期间勿服其他对该临床疗效有影响的相关药物。忌烟酒、肥甘厚味、辛辣食物,宜清淡饮食,少食酸甜食物及碳酸饮料。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 症状积分:对胃脘胀满、胀痛、胁肋不适或疼痛、暖气等主要症状积分变化进行统计。2) 胃镜及病理:观察 2 组治疗前后胃镜下黏膜颜色改变、血管透见、黏膜病变范围的变化;病检观察 2 组治疗前后慢性、活动性炎症、胃黏膜萎缩、肠化等病理变化情况。3) 安全性检测:治疗前后分别检测患者血、尿、便常规,肝肾功能等实验室指标,以评价其安全性。

3.2 疗效标准 1) 综合疗效标准:参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[5]拟定。痊愈:临床症状消失,胃镜示黏膜炎症反应消失,病理检查示萎缩、肠上皮化生消失或恢复正常;显效:临床症状基本消失,胃镜提示炎症较治疗前改善或已消失,肠上皮化生、萎缩等病理改变减轻达 2 个级别以上或复常;有效:临床症状显著改善,胃镜可见病变黏膜范围减小可达 1/2 以上,病理检查示炎症反应减轻 1 个级度以上,肠上皮化生及萎缩减轻;无效:临床症状无改善,胃镜和病理检查不能达到有效标准。2) 中医证候疗效标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]拟定。痊愈:中医证候基本消失,症状积分减少 $\geq 95\%$;显效:中医证候明显好转,症状积分减少 $\geq 70\%$, $<95\%$;有效:中医证候有所缓解,症状积分减少 $\geq 30\%$, $<70\%$;无效:中医证候无改善,症状积分减少 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 88.89%,对照组为 75.00%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	36	12(37.50)	14(38.88)	6(16.67)	4(11.11)	32(88.89) ^a
对照组	36	7(19.44)	8(22.22)	12(33.33)	9(25.00)	27(75.00)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 94.44%,对照组为 83.33%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	36	16(44.44)	12(33.33)	6(16.67)	2(5.56)	34(94.44) ^a
对照组	36	9(25.00)	10(27.78)	11(30.56)	6(16.67)	30(83.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

生脉散合玉屏风散加味 治疗老年顽固性便秘 56 例临床观察

邵洁琦, 钟秋生, 曾志江, 陆向然, 钟翠琼

(广东省东莞市第三人民医院, 广东 东莞, 523326)

[摘要] 目的: 观察生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘的临床疗效。方法: 将老年顽固性便秘患者 112 例分为 2 组, 每组各 56 例, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组采用生脉散合玉屏风散加味治疗, 对比 2 组中医证候疗效, 观察不良反应发生情况及复发率。结果: 中医证候疗效总有效率治疗组为 92.86%, 对照组为 76.79%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组中医症状各项积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组复发率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘临床疗效确切, 安全性较好。

[关键词] 老年顽固性便秘; 中医药疗法; 生脉散合玉屏风散

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.021

便秘是指因先天或获得性结直肠解剖结构异常而逐渐产生排便困难的一类疾病, 国内患病率为 10% ~ 15%, 女性多见, 与饮食、精神、肠道功能衰退、结肠冗长及盆底横纹肌与其支配神经、韧带损伤等因素密切相关^[1]。有报道指出西药治疗可获取一定疗效, 但毒副作用大, 愈后易复发, 长期使用

易出现药物依赖性便秘, 而中医治疗本病历史悠久, 疗效确切, 毒副作用较少, 已得到临床广泛认可^[2]。老年顽固性便秘多由阴亏血燥, 大肠液枯, 或真阴亏损, 阴邪凝结, 无力行舟致病, 多属虚证, 治疗上当以复正气、生阴血、通腑气为法则。生脉散合玉屏风散功能健脾养血, 益气养阴, 润肠行滞,

第一作者: 邵洁琦, 男, 主治中医师, 研究方向: 呼吸及消化系统疾病的中医诊疗

3.5 安全性指标 2 组患者在治疗过程中均未见不良反应, 三大常规都在正常值范围以内, 治疗前后 2 组患者肝肾功能等检测指标均无明显差异。

4 讨论

慢性萎缩性胃炎是多种因素致使胃黏膜腺体减少或萎缩, 伴或不伴有肠上皮化生等病理改变的一种胃炎, 为消化科临床多发病, 现代医学治疗方法只能暂时缓解不适症状, 却阻止不了腺体继续发展至萎缩、肠化, 甚至是不典型增生, 因此疗效欠佳。

CAG 属于中医学“胃痛”“胃痞”等范畴, 病因与饮食、情志、劳累等有关, 情志因素尤为突出, 情志抑郁, 肝失疏泄, 则肝郁不舒, 上逆犯胃, 致肝胃不和, 肝郁气滞, 发为本病。临床表现为胃脘胀满或疼痛不适感, 遇烦则痛甚, 可伴胸闷暖气、喜叹息、大便不畅等。其病位在胃, 与肝、脾有关, 治疗以疏肝和胃行气为法则。对 CAG 肝胃气滞证的治疗, 导师任顺平主任医师从调和肝胃入手, 以清法和法论治, 用柴平汤加减治疗, 方由小柴胡汤合平胃散化裁而来, 方中柴胡、黄芩、姜半夏、党参取小柴胡汤之义疏肝解郁, 调畅情志; 厚朴、陈皮健脾和胃, 行气除满; 生白术、枳实益气健脾行气, 以通为

用; 香附加强行气解郁止痛之功; 久病必瘀, 故以丹参、莪术活血化瘀。诸药合用, 使肝胃气滞得疏, 胃中气逆得降, 气机宣通调畅, 肝胆疏泄有度, 脾胃升降有序, 则病从根治, 迎刃而解。

本研究结果显示, 临床综合疗效、中医证候疗效治疗组均显著优于对照组, 柴平汤加减不仅能减轻肝胃气滞型 CAG 患者的临床症状, 并且可逆转腺体萎缩及肠上皮化生, 可在临床推广应用。

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(2017 年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-679.
- [2] Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention[J]. Cancer Res, 1992(52): 6735-6740.
- [3] Kuipers EJ, Klinkenberg kol EC, Vandenbroucke, rauls CM, et al. Role of Helicobacter pylori in the pathogenesis of atrophic [J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology Supplement, 1997, 223(1): 28.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1864.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-128.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. (收稿日期: 2018-07-13)