

膏方辨治慢性萎缩性胃炎临床观察

王 新 芳

(广东省中西医结合医院消化内科, 佛山, 528200)

摘要 目的:研究膏方辨治慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:选择慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象,随机分为给予膏方治疗的治疗组、西药治疗的对照组1和汤剂治疗的对照组2,观察临床症状、内镜直观征象、病理情况、幽门螺杆菌感染情况、安全性指标并判断治疗效果。结果:治疗组患者的疼痛、胀满、嘈杂反酸、嗳气、纳差少食等临床症状以及内镜直观征象、病理诊断分级、幽门螺杆菌感染的疗效情况均明显好于两个对照组;不良反应及器官功能损害的例数明显少于两个对照组。结论:膏方辨证治疗慢性萎缩性胃炎能改善治疗效果、减少不良反应,具有积极的临床价值。

关键词 萎缩性胃炎;幽门螺旋杆菌;辨证治疗;膏方

Clinical Observation of Dialectical Paste in Treating Chronic Atrophic Gastritis

Wang Xinfang

(Department of Gastroenterology, Guangdong Provincial Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Foshan 528200, China)

Abstract Objective: To study the clinical effect of paste in treating chronic atrophic gastritis. **Methods:** Patients with chronic atrophic gastritis were collected as the research objects and were randomly divided into treatment group (treated with paste), control group 1 (treated with western medicine) and control group 2 (treated with decoction). Clinical symptoms, endoscopy visual signs, pathology condition, infection of *Helicobacter pylori*, security index were observed and treatment effect were judged. **Results:** Curative effect of pain, fullness, belching, acid regurgitation, noisy appetite to eat less and endoscopic direct signs, *helicobacter pylori* infection, pathological grade in the treatment group were significantly better than those in the two control groups; the cases of adverse reaction and organ damage were significantly less than the two control groups. **Conclusion:** Dialectical paste treatment has positive clinical value for chronic atrophic gastritis as it can improve therapeutic effect and reduce adverse reaction.

Key Words Atrophic gastritis; *Helicobacter pylori*; Dialectical treatment; Paste

中图分类号:R283;R256.32 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.01.015

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是临床常见的消化系统疾病,属于癌前病变的范畴,需要采取积极的治疗措施。根据中医理论,饮食失调和情志失调是其主要致病因素,采用辨证用药的治疗方式能取得较好效果^[1]。在下列研究中,我们分析了膏方辨治慢性萎缩性胃炎的临床疗效,旨在为CAG的治疗提供一种优质、便捷的方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年4月至2012年8月在广东省中西医结合医院(佛山市南海区中医院)消化内科的门诊就诊的CAG患者作为研究对象,入选标准:1)年龄大于18岁,小于65岁;2)符合《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[2]和《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[3]中慢性萎缩性胃炎的诊断标准;3)内镜检查提示黏膜呈颗粒状,皱襞变平,黏膜血管透见,色泽灰暗,皱襞细小,可有灰色肠上皮化生结节;4)参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]进行中医辨证分型;5)取得患者知情同意。共入组210例患

者,采用随机法,通过SAS 6.12相关程序产生随机数字,制备随机信封。符合入选标准的患者按入组先后顺序随机分为治疗组(膏方组)、对照组1(西药组)、对照组2(汤剂组),各组均为70例。

1.2 治疗方法 3组患者中,幽门螺旋杆菌(Hp)阳性患者均先抗Hp治疗1周,选用药物雷贝拉唑(江苏豪森药业有限公司,国药准字H20020330,规格为10 mg×14粒/盒):10 mg/次,2次/d,克拉霉素(扬子江药业集团有限公司,国药准字H19990376,规格为250 mg×6片):0.5 g/次,2次/d、甲硝唑片(广东康美药业股份有限公司,国药准字H44024120,规格为0.2 g×100片×300瓶):0.4 g/次,2次/d。

1.2.1 膏方组 肝胃不和证采用柴胡舒肝散:陈皮(醋炒)、柴胡各12 g,川芎、枳壳(麸炒)、香附、白芍各10 g,甘草6 g。脾胃气虚证采用香砂六君子汤:党参、炒白术、茯苓、半夏各12 g,橘皮、炙甘草各8 g,木香、砂仁各10 g,加乌梅、大枣、生姜。脾胃湿热证采用黄连温胆汤:黄连10 g,半夏、竹茹、枳实、茯苓各15 g,陈

皮 6 g, 甘草 5 g。胃阴不足证采用益胃汤: 沙参 15 g, 麦冬 20 g, 冰糖 6 g, 生地黄 15 g, 炒玉竹 10 g。胃络瘀血型采用丹参饮: 丹参 200 g, 檀香 6 g, 砂仁 6 g。膏方组由我院制剂室固定中药师制备, 口服, 每日 3 次, 每次 1 调匙。以 3 个月为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

1.2.2 西药组 替普瑞酮(日本卫材株式会社生产, 批准文号: H20091057, 规格: 50 mg × 20 粒) 50 mg 口服, 3 次/d; 叶酸片(广东三才医药集团有限公司, 批准文号: 国药准字 H44023240, 规格: 5 mg × 100 片) 5 mg 口服, 3 次/d。疗程同膏方组。

1.2.3 汤剂组 方剂配伍同膏方组, 汤剂组由本院药房全自动煎药机煎汤取汁 300 mL, 1 剂/d, 分 2 次早晚餐前 1 h 口服。疗程同膏方组。

1.3 观察指标及疗效评价

1.3.1 临床症状 观察患者胃脘疼痛、胀满、嘈杂反酸、暖气、纳差少食等临床表现, 按症状轻、中、重分别记录为 1、2、3 分。显效: 临床症状消失或减轻 2 个等级以上(含 2 级); 有效: 临床症状减轻 1 个等级; 无效: 临床症状减轻不及 1 个等级或加重。

1.3.2 内镜直观征象 按萎缩程度的轻、中、重分别记录为 1、2、3 分。显效: 内镜直观萎缩征象消失或减轻 2 个等级以上(含 2 级); 有效: 内镜直观萎缩征象减轻 1 个等级或以上, 或黏膜病变范围缩小 1/2 以上; 无

效: 内镜直观萎缩征象减轻不及 1 个等级或加重。

1.3.3 病理诊断及分级 由固定的病理医师将萎缩性胃炎病理诊断分为萎缩、肠化生、异型增生并各按轻、中、重分别记录为 1、2、3 分。病理检查由广州金域临床检验中心提供。显效: 病理检查腺体萎缩、肠化生及异型增生消失或减轻 2 个等级以上(含 2 级)或仅为浅表性胃炎; 有效: 萎缩、肠化生及异型增生减轻 1 个等级或以上; 无效: 萎缩、肠化生及异型增生减轻不及 1 个等级或加重。

1.3.4 幽门螺杆菌感染情况 采用快速尿素酶试验观察并记录治疗前后 Hp 感染情况。显效: 幽门螺杆菌转为阴性; 有效: 幽门螺杆菌由阳转为弱阳性或无变化; 无效: 幽门螺杆菌阳性无变化。

1.3.5 安全评价指标 检查血尿粪常规、肝功能、肾功能、胸片、心电图等, 并记录 3 组患者发生的不良反应情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行分析, 计数资料采用卡方检验、等级资料采用秩和检验, 检验水准按 $\alpha = 0.05$, 取双侧检验。

2 结果

2.1 三组患者的临床症状疗效情况 治疗组患者的疼痛、胀满、嘈杂反酸、暖气、纳差少食等临床症状的疗效情况均明显好于两个对照组($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 治疗组和对照组患者的临床症状疗效比较

组别	疼痛			胀满			嘈杂反酸			暖气			纳差少食		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效
治疗组	45	22	3	46	22	2	43	26	1	41	25	4	42	21	7
对照组 1	39	19	12	40	20	10	38	23	9	36	22	12	37	16	17
对照组 2	38	18	14	41	18	11	36	22	12	34	21	15	39	19	12
χ^2 值	6.372			5.829			6.183			5.983			6.832		
P 值	0.034			0.039			0.037			0.038			0.032		

2.2 三组患者的辅助检查疗效情况 治疗组患者的内镜直观征象、病理诊断分级、幽门螺杆菌感染的疗效情况均明显好于两个对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗组和对照组患者的辅助检查疗效情况比较

组别	内镜检查			病理分级			幽门螺杆菌感染情况		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效
治疗组	41	24	5	43	23	4	46	23	1
对照组 1	37	21	12	39	20	11	43	21	6
对照组 2	36	22	12	38	19	13	42	22	6
χ^2 值	6.883			6.273			6.723		
P 值	0.031			0.035			0.033		

2.3 三组患者的安全性评价情况 治疗过程中, 治疗组患者出现头痛头晕 5 例、消化道症状 4 例、肾功能损害 3 例、肝功能损害 1 例、心功能损害 2 例, 均明显少

于对照组($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 治疗组和对照组患者不良反应例数的比较

组别	例数	头痛 头晕	消化道 症状	肾功能 损害	心功能 损害	肝功能 损害
治疗组	70	3	2	1	1	0
对照组 1	70	7	3	3	2	1
对照组 2	70	6	5	2	2	2
χ^2 值		8.948	9.472	8.742	8.884	12.482
P 值		0.0219	0.0173	0.0229	0.0223	0.0132

3 讨论

CAG 是消化系统常见病、多发病、难治病之一, 系指不同病因引起的局限性或广泛性的胃黏膜固有腺体数量减少, 伴有不同程度的胃分泌功能低下, 具有病程长、反复发作等特点。1978 年 WHO 将 CAG 列为胃癌

的癌前状态,在其基础上伴发的不完全型肠上皮化生和(或)中、重度异型增生则被视为癌前病变,经过一个漫长的、多阶段、多基因的变异积累过程可发展成胃癌^[5]。

在我国,CAG的发病率较高,各家报道CAG占胃镜检查例数7.5%~13.8%左右,在胃癌高发区可高达28.1%^[6]。近年本病发病率有上升趋势,且随着年龄的增长,本病的检出率可高达25%~50%,据有关部门统计,年龄每增长10岁,发病率平均上升14%以上^[7]。在我国,CAG特别是伴肠上皮化生和异型增生者,胃癌的发病率高达2.55%~7.46%。由于胃癌病死率在我国位居各类肿瘤死亡率之首,因此积极治疗CAG,阻断胃癌前病变就具有异常重要的意义^[8]。

CAG属中医“胃脘痛”“痞满”等范畴,其病因病机复杂,虚实寒热表现不一,饮痰血食各自不同,但归纳起来多因患者饮食失节,脾胃运化功能减弱,脾气虚不能为胃行其津液,脾阴虚不能滋养胃阴,肾精亏损不能化生阴液,致胃中阴津不足,运纳失职,中气久虚,精微不化,阴血不足,失于濡养,日久枯萎进而导致疾病的发生^[9-10]。故饮食失节和情志失调是其主要致病因素,病机本虚标实,本虚以脾胃气阴两虚为主,标实则气滞、血瘀、湿阻、热毒蕴胃等,且多呈兼挟之势^[11-12]。

对于CAG的治疗,目前中医用药方式可分为辨证用药、专病专方以及基础方加减。在上述方式中,辨证用药和采用基础方加减的临床疗效优于固定的专方专药,对患者临床症状的改善尤其明显,这与汤剂所体现的以“辨证论治”为特征的个体化治疗有关^[13]。CAG是一种慢性顽固性疾病,临床治疗抓住基本病机,照顾兼夹之证,取效贵在守一,缓图治本,以守为攻。但汤剂煎煮麻烦,口感差,长期服用困难,这就使寻找一种新的高效、便捷的代用品成为必要。

膏方是将中药加水煎煮3次后去渣过滤,再加各种胶饴等辅料浓缩而成的一种内服剂型。它是中医学的重要组成部分,在祛除疾病、改善体质、补益虚羸方面发挥着独特的功用^[14]。膏方具有如下特点:由于原料是经过煎煮浓缩加工制成的,所以有效成分含量较高;作用比较稳定持久;体积小,便于携带;服用方便,既可直接食用,又可用温水冲化饮服;蜜膏的效用比较缓和,以滋补为主^[15]。在上述研究中,我们分析了膏方辨治慢性萎缩性胃炎临床疗效,旨在为慢性萎缩性胃炎的治疗提供一种优质、便捷的方法。

膏方不仅仅限于滋补,它的选药原则是以中医的辨证论治为基础,根据患者的体质和病情等综合情况

精心组方。膏方中充分体现疗疾与养生相结合,并严格按照中药君、臣、佐、使的原则,同时考虑到药性的寒热温凉、四气五味等特点^[16],可“因人处方”,谢建群提出辨证施补、标本兼顾、攻补兼施的治疗原则^[17]。因此,更是治疗慢性疾病的上佳制剂。对于慢性脾胃病患者,尤其慢性萎缩性胃炎,膏方可作为灵活功专、简便易服的代用品长期服用以治疗疾病。为此观察了3组患者的临床症状和辅助检查的改变情况,并以此来判断治疗效果,结果发现治疗组患者的疼痛、胀满、嘈杂反酸、嗳气、纳差少食等临床症状以及内镜直观征象、病理诊断分级、幽门螺杆菌感染的疗效情况均明显好于两个对照组。

参考文献

- [1] 黄宣,吕宾. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 世界华人消化杂志,2010,18(10):1056-1062.
- [2] 樊斗霜. 枳实消痞丸(汤)合丹参饮加减治疗慢性萎缩性胃炎32例[J]. 西部中医药,2013,26(2):72-74.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志,2000,20(3):199-201.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [5] 王萍. 唐旭东教授治疗慢性萎缩性胃炎用药经验数据挖掘分析[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2013,20(1):25-30.
- [6] 周信有. 慢性萎缩性胃炎的辨证论治[J]. 世界中医药,2007,2(2):101-102.
- [7] 孙婷婷,唐勇,吕文良. 张杰运用胃痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 中华中医药学刊,2012,30(5):1206-1207.
- [8] 王祖蕊. 中医辨证治疗56例慢性萎缩性胃炎患者的临床研究[J]. 中医临床研究,2011,3(18):34-35.
- [9] 潘琳,陆为民. 活血化痰法治疗慢性萎缩性胃炎的探讨[J]. 浙江中医药大学学报,2009,33(1):23-24.
- [10] 黄栋,刘小丽. 顾庆华教授从湿热论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医药导报,2012,18(3):11-12.
- [11] 陈旋,蔡淦. 膏方调治脾虚肝乘型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 上海中医药杂志,2010,44(1):34-35.
- [12] 王彦,魏玮. 魏玮教授运用辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎经验体会[J]. 云南中医学院学报,2013,36(1):50-51.
- [13] 武建设,林晃,谢东宇. 单兆伟教授膏方调治慢性萎缩性胃炎验案分析[J]. 中华中医药杂志,2012,27(2):396-398.
- [14] 何镔,潘军,周德义. 单兆伟应用膏方治疗老年胃病的经验[J]. 中医临床杂志,2007,19(6):540-541.
- [15] 聂小丽. 王国斌教授辨治慢性萎缩性胃炎经验撷拾[J]. 河南中医学院学报,2009,24(1):76-77.
- [16] 黄彬,邓静,沈瑞南,等. 周永华老中医辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 广西中医药,2011,34(2):47-48.
- [17] 程艳梅,王磊,张丹,等. 谢建群运用膏方调治脾胃经验撷英[J]. 江苏中医药,2012,45(11):13-14.