

# 枳实消痞丸合失笑散加减治疗慢性萎缩性胃炎 81 例

王恺\*

(北京市鼓楼中医医院, 北京 100009)

**[摘要]** 目的:观察枳实消痞丸合失笑散加减治疗慢性萎缩性胃炎脾虚湿阻兼瘀型的临床疗效。方法:将 81 例患者随机分为治疗组 41 例和对照组 40 例,治疗组服用枳实消痞丸合失笑散加减,对照组服用胃复春片,两组疗程均为 3 个月。结果:治疗组所有症状积分治疗后均优于治疗前( $P < 0.05$ ),且改善暖气、乏力、纳差的作用优于对照组;胃镜疗效治疗组优于对照组( $P < 0.05$ ),两组在改善肠上皮化生及不典型增生方面无统计学差异。结论:枳实消痞丸合失笑散加减治疗萎缩性胃炎有较好的疗效。

**[关键词]** 萎缩性胃炎;脾虚湿阻兼瘀型;枳实消痞丸;失笑散

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)17-0259-02

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种常见类型,也是消化系统疾病中常见的难治病症。世界卫生组织 1978 年将其列为癌前病变或癌前疾病。鉴于慢性萎缩性胃炎目前中西医均无确切有效的治疗方法。本人近年来以中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎 81 例,疗效满意。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 81 例患者均来自本院 2004 年 3 月至 2007 年 3 月的门诊病人,根据就诊的先后顺序以数字方法分为治疗组和对照组。治疗组 41 例,其中男 20 例,女 21 例;年龄 29 ~ 69 岁,平均 53.43 岁;病程 1.5 ~ 19 年,平均 10.72 年;胃镜活检:胃黏膜腺体轻度萎缩 19 例,中度 15 例,重度 7 例;伴轻度肠化生 16 例,中度 14 例;伴轻度异型增生 11 例,中度 7 例。对照组 40 例,其中男 20 例,女 20 例;年龄 34 ~ 67 岁,平均 54.19 岁;病程 2 ~ 18 年,平均 10.05 年;胃镜活检:胃黏膜腺体轻度萎缩 21 例,中度 15 例,重度 4 例;伴轻度肠化生 17 例,中度 15 例;伴轻度异型增生 9 例,中度 6 例。两组患者性别、年龄、病情程度、病程等资料比较均无显著差异,具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准**<sup>[1]</sup> 参照 2000 年中华医学会消化学会制定的《全国慢性胃炎研讨会共识意见》

的诊断标准。

**1.2.2 中医诊断标准及辨证**<sup>[2]</sup> 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》中慢性萎缩性胃炎脾虚湿阻兼瘀型诊断标准。

**1.3 纳入标准**<sup>[2]</sup> ①符合慢性萎缩性胃炎诊断标准和中医脾虚湿阻兼瘀证候标准;②2 周内经胃内窥镜和病理活检确诊的患者。

**1.4 排除标准**<sup>[2]</sup> 检查发现合并有溃疡者;胃黏膜重度异型增生、病理诊断怀疑有恶变者;已孕妇女、适值哺乳期妇女及其他心、脑血管等严重慢性疾病者。

**1.5 治疗方法** 治疗组采用枳实消痞丸合失笑散加减:炒枳实 15 g,茯苓 15 g,党参 15 g,白术 10 g,厚朴 12 g,黄连 10 g,半夏曲 12 g,麦芽 10 g,炙甘草 6 g,干姜 5 g,生蒲黄 12 g,五灵脂 10 g。辨证加减:胃阴虚者减干姜加生地黄 15 g,沙参 15 g;舌质黯红或瘀点者加丹参 20 g;幽门螺旋杆菌阳性者加红藤 15 g,蒲公英 30 g。用法:1 剂/d,水煎温服,早晚饭前 40 min 服用,每次 200 mL。对照组口服杭州胡庆余堂药业生产的胃复春片,4 片/次,3 次/d。以上药物两组均连续服用 3 个月。观察期间停药其他与本病相关的中西药物,并忌食肥甘厚味、生冷和辛辣刺激食物。停药后 1 个月内观察临床疗效,同时进行胃镜复查。

**1.6 统计学方法** 应用 SPSS 10.0 软件处理,计量资料用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为有统计学意义。

**[收稿日期]** 2011-07-04

**[通讯作者]** \*王恺,副主任医师,中医内科, Tel: 010-64007172, E-mail: 976093290@qq.com

### 1.7 疗效标准

**1.7.1 临床症状疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>对胃脘痞满、隐痛、嗳气、纳差、乏力等主要症状按计分法标准:症状消失记 0 分,轻度记 1 分,中度记 2 分,重度记 3 分。

**1.7.2 胃镜下胃黏膜变化标准** 采用 2000 年《全国慢性胃炎研讨会共识意见标准》<sup>[1]</sup>和 2004 年慢性胃炎的胃镜分型分级标准及治疗试行意见<sup>[3]</sup>。显效:胃镜复查胃黏膜活动性炎症基本消失,慢性炎症

好转,腺体萎缩,肠上皮化生和异型增生消失或减轻;有效:胃镜复查胃黏膜萎缩、伴肠化生和异型增生 1/3 有轻度改善;无效:病理无改善或加重。

### 2 结果

**2.1 两组临床症状疗效比较** 与治疗前比较,除对照组嗳气、乏力症状改善不明显外,两组治疗后的症状积分均明显下降( $P < 0.05$ );治疗组改善嗳气、乏力、纳差积分的作用强于对照组( $P < 0.05$ )。结果见表 1。

表 1 两组治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	胃脘痞满	隐痛	嗳气	乏力	纳差
治疗	41	治疗前	2.10 ± 0.86	1.31 ± 0.88	1.89 ± 0.53	1.08 ± 0.59	1.05 ± 0.36
		治疗后	1.63 ± 0.75 <sup>1)</sup>	0.87 ± 0.65 <sup>1)</sup>	1.29 ± 0.81 <sup>1,2)</sup>	0.46 ± 0.31 <sup>1,2)</sup>	0.80 ± 0.75 <sup>1,2)</sup>
对照	40	治疗前	2.18 ± 0.91	1.41 ± 0.78	1.90 ± 0.57	1.25 ± 0.42	1.89 ± 0.57
		治疗后	1.90 ± 0.97 <sup>1)</sup>	1.00 ± 0.98 <sup>1)</sup>	1.72 ± 0.58	1.00 ± 0.72	1.07 ± 0.85 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 2 同)。

**2.2 胃镜疗效比较** 总有效率治疗组 82.91%,对照组 60.00%,差异显著( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组胃镜疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗	41	21(51.21)	13(31.70)	7(20.93)	34(82.91) <sup>2)</sup>
对照	40	12(30.00)	12(30.00)	16(40.00)	24(60.00)

**2.3 脱落病例** 治疗组 2 例,对照组 3 例,其中 3 例因患其他疾病住院,另外 2 例移居他处居住。以上脱落病例均列入无效组。

### 3 讨论

现代医学认为慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和腺体萎缩,数目减少,胃黏膜变薄,黏膜基层增厚,或伴见幽门腺化生和肠腺化生,和(或)异型增生为特征的慢性疾病。1989 年 10 月全国第五届脾胃病、痹证学术会议上将本病列为胃痞范畴。该病以胃脘痞满、隐痛、纳差、嗳气、乏力等为主症。其病因多由饮食劳倦,损伤脾胃,或先天脾胃虚弱,中阳不运,胃失和降,进而形成了以脾运不健,湿聚气壅,寒热互结,胃络瘀阻,本虚标实的病机特点。故治疗当以健脾和胃、化湿消痞、祛瘀通络为法。本组所用枳实消痞丸合失笑散,方中枳实消痞丸又名“失笑丸”,源自于李东垣的《脾胃论》。因考虑到本证本虚标实的病机特点,故将原方中甘温峻补之人参改为甘平补中健脾的党参,与茯苓、白术、甘草共补脾胃以治其本,同时因为湿邪内停,故加重茯苓的用量以增强祛湿之功;枳实配厚朴行气燥湿除满;干姜、半夏辛温散痞和阴;黄连苦寒降阳,辛开苦降;麦芽

消食醒脾,使之共成治疗因虚致痞本虚标实的变通方剂。然本病又每多缠绵难愈,久病入络,胃络瘀阻,故活血化瘀通络亦为治疗本病不可或缺的方法之一。方中生蒲黄能破血行血,五灵脂能散血通闭为治疗心腹胀闷作痛的常用方剂。现代药理研究证实,活血化瘀药可降低血液黏度,加速血液循环,并可促进病变组织的修复和萎缩腺体再生。脾胃病专家危北海亦认为,活血化瘀可贯穿于整个慢性萎缩性胃炎的治疗过程,配合其他治法相得益彰,收效尤为显著。全方攻补兼施,气血同治,寒温并用,俾脾健湿化,气畅瘀除,对临床慢性萎缩性胃炎属于脾虚湿阻气滞血瘀证型者的治疗取得较满意的疗效。

对照组胃复春片是临床常用治疗萎缩性胃炎的中成药。通过临床观察证实,治疗组枳实消痞丸合失笑散方在治疗、改善萎缩性胃炎症状和其在胃镜的疗效上要优于胃复春片。

### [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 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: 126.
- [3] 于中麟. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77.
- [4] 张岱山, 陈治水, 危北海(整理). 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172.

[责任编辑 何伟]