

柴胡疏肝散化裁治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎 53 例

李秀英*

(北京西城区展览路医院展览路社区卫生服务中心, 北京 100037)

[摘要] 目的: 观察柴胡疏肝散化裁治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将 88 例患者随机分为治疗组 53 例给予柴胡疏肝散, 对照组 35 例口服维酶素、吗丁啉, 3 个月为 1 疗程, 连续服用 2 个疗程。分别观察治疗前后的临床疗效、主要症状疗效。结果: 柴胡疏肝散的临床疗效均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 柴胡疏肝散能改善肝胃不和型慢性萎缩性胃炎, 有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 肝胃不和; 柴胡疏肝散

[中图分类号] R285.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2009)06-0077-02

慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见病, 在慢性胃炎中约占 10%~30%, 发病率随年龄增长而增高, 可反复发作, 不易治愈。中医中药在治疗慢性萎缩性胃炎方面有着明显的优势, 在改善患者症状以及纠正病变等方面有一定的疗效。笔者采用柴胡疏肝散化裁治疗慢性萎缩性胃炎 53 例, 取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 88 例均为本院 2004 年 1 月~2007 年 2 月门诊患者, 随机分为 2 组, 治疗组 53 例, 男 31 例, 女 22 例, 年龄 29~74(平均 44.96±0.15) 岁, 病程 0.6~12 年, 平均(7.8±4.0) 年; 对照组 35 例, 男 16 例, 女 19 例, 年龄 30~78(平均 45.26±0.26) 岁。病程 0.6~10 年, 平均(7.1±4.1) 年。两组在年龄、性别、病程、胃镜检查等具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 采用 2000 年全国胃炎诊治座谈会制定的标准^[1]; 中医诊断标准: 采用《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]。

1.3 纳入标准 所有纳入病例均符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 中肝胃不和型及 2000 年全国胃炎诊治座谈会制定标准, 具体标准有以下几方面: ①胃脘胀满或胀痛, 胁肋胀痛, 或胸闷善太息, 常因情志等因素加重, 嗳气, 泛酸。②胸闷, 食少, 伴见恶心, 大便不爽, 舌苔薄白, 脉弦。③胃镜和病理检查均提示为慢性萎缩性胃炎。

1.4 排除标准 ①合并有胃、十二指肠溃疡者, 胃黏膜有重度异型增生或恶性肿瘤者; ②合并有心血管、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病者; ③妊娠或准备妊娠妇女, 过敏体质以及精神病患者。

1.5 治疗方法 治疗组口服中药柴胡疏肝散化裁(组成: 柴胡 12 g, 枳壳 9 g, 川芎 9 g, 白芍 12 g, 赤芍 12 g, 半夏 12 g, 党参 15 g, 白术 12 g, 黄连 9 g, 川楝子 9 g, 炙甘草 6 g), 随证加减: 气虚甚者加黄芪; 兼有胃阴不足者, 加沙参、麦冬、百合; 血瘀甚者加丹参、蒲黄、五灵脂; 泛酸重者加吴茱萸、乌贼骨; 胀甚者加佛手、香橼、青皮; 食积者加焦三仙。每日 1 剂, 水煎至 400 mL, 早晚 2 次分服; 对照组口服维酶素片(北京长城制药厂有限公司生产, 批号: 1102232) 0.8 g, 3 次/d, 吗丁啉(西安杨森制药有限公司生产, 批号: 10910003) 10 mg, 3 次/d。2 组治疗均以 3 个月为 1 个疗程, 连服 2 个疗程, 胃镜以治疗前及治疗后半个月以内的检查为准。治疗期间均嘱忌食腌制、烧烤、油炸食品, 不饮浓茶及影响临床治疗的药物。

1.6 统计学处理 率的比较用 χ^2 检验, 均数之间比较用 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 痊愈: 临床症状、体征消失, 胃镜复查粘膜慢性炎症明显好转达轻度, 病理组织学证实腺体萎缩、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: 临床主要症状、体征明显减轻, 胃镜复查

[收稿日期] 2009-03-17

[通讯作者] * 李秀英, Tel: (010) 68304566

胃黏膜病变范围缩小 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^[2]。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	53	10	18	19	6	88.68 ¹⁾
对照组	35	5	8	12	10	71.40

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (下同)

2.2 两组主要症状疗效比较 临床痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$; 有效: 临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$; 无效: 临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少不足 30% ^[2]。见表 2。

表 2 两组主要症状疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	53	16	21	14	2	96.23 ¹⁾
对照组	35	7	10	8	10	71.43

2.3 两组病理检查比较 本组均在治疗前后经活检行病理检查, 病理检查胃黏膜萎缩、肠化、异型增生度, 将轻、中、重分别记为 1、2、3 分; 各项目积分为部位组织得分之和。两组患者治疗前后胃黏膜萎缩、肠化、异型增生度积分变化比较^[2]。见表 3。

表 3 两组病理检查积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	胃粘膜萎缩	肠上皮化生	异型增生度
治疗组	53	治疗前	5.0 ± 2.1 (53)	3.7 ± 1.5 (12)	2.6 ± 1.0 (5)
		治疗后	2.7 ± 1.5 ²⁾	1.2 ± 0.5 ²⁾	0.6 ± 0.8 ²⁾
对照组	35	治疗前	5.1 ± 1.8 (35)	3.8 ± 1.2 (8)	2.5 ± 1.2 (3)
		治疗后	4.2 ± 1.3	1.9 ± 0.6	1.3 ± 0.4

注: 与本组治疗前比较²⁾ $P < 0.05$; () 内为发生异常的例数

2.4 复发情况 治疗组复发(停药半年内症状、体

征又复发或加重)者 7 例, 占总有效率的 14.89%; 对照组复发者 12 例, 占总有效率的 48%, 2 组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎属祖国医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴, 其发病原因与饮食失节, 劳倦过度, 进食辛辣肥甘之品, 或口服刺激性药物有关, 发病之后多缺乏系统治疗, 致使病情反复发作, 迁延不愈。中医药可针对不同证型进行辨证治疗。笔者根据多年临床经验发现肝胃不和型为临床较常见病证。以柴胡疏肝散为基本方治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎。因其病机为肝气过盛, 横逆犯胃, 故治疗以调肝和胃为法, 方中柴胡以疏肝解郁, 行气止痛为主药, 配以白芍养血柔肝止痛, 川芎行气活血止痛, 枳壳、川楝子理气和中止痛, 半夏降逆止呕散结, 党参、白术补中益气健脾, 黄连、赤芍清热燥湿、散瘀止痛, 炙甘草和中, 调和诸药。诸药合用, 使得肝郁得以舒展, 脾气得以健运, 胃气得以和降, 瘀血得以通畅则胃病自除。

综合表 1~3, 两组临床疗效总有效率: 治疗组为 88.68%, 对照组为 71.4%, ($P < 0.05$)。主要症状疗效总有效率: 治疗组为 96.23%, 对照组为 71.43%, ($P < 0.05$)。经病理检查中医药治疗胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生度积分明显低于对照组。综上所述结论: 柴胡疏肝散治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎疗效明显, 优于对照组。

[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]. 胃肠病学, 2000, 5(2): 77.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.