

•临床•

血府逐瘀胶囊治疗瘀血型慢性萎缩性 胃炎 60 例临床观察

韩新玲¹, 赵志强²

(1 河北省蠡县中医院, 蠡县 071400; 2 河北省石家庄市中医院, 石家庄 050051)

摘要: 探讨血府逐瘀胶囊对瘀血型慢性萎缩性胃炎(CAG)的治疗效果。将120例瘀血型慢性萎缩性胃炎患者随机分为治疗组和对照组。治疗组口服血府逐瘀胶囊, 对照组口服吗丁啉和痢特灵。两组疗程均为30天, 治疗3个疗程后观察结果。以临床症状改善及胃镜病理检查判断疗效, 结果显示血府逐瘀胶囊治疗瘀血型慢性萎缩性胃炎疗效明显优于西药对照组。并有使幽门螺杆菌(HP)转阴的作用。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 瘀血; 血府逐瘀胶囊

中图分类号: R256.3 **文献标识码:** D **文章编号:** 1005-9903(2001)06-0048-02

慢性萎缩性胃炎是消化系统常见病和难治病之一, 自1996年5月至2000年12月, 笔者运用血府逐瘀胶囊治疗瘀血型慢性萎缩性胃炎取得了良好疗效, 并设西药治疗对照组进行临床观察, 结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者均为本院住院及门诊患者, 两组共120例, 随机分为治疗组和对照组, 各60例。治疗组中, 男38例, 女22例, 年龄最大者83岁, 最小者26岁, 平均61.5岁, 病程4个月—30年, 平均12.5年, HP阳性者43例。对照组, 男39例, 女41例, 年龄最大者81岁, 最小者27岁, 平均61岁, 病程3个月—28年, 平均12年, HP阳性者42例。所有病例胃镜下均见不同程度的胃粘膜萎缩、活动性炎症、肠生化。两组病人年龄、性别、病程、HP阳性例数及胃镜病理检查轻重程度均具有可比性, 经 χ^2 检验, 差异无显著性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 两组病例均符合1982年重庆召开的全国胃炎诊治座谈会制定的《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎病理诊断标准》(试行方案)[1]中的诊断标准。根据辨证均属于1989年11月中国中西医结合研讨会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》(试行方案)[2]中的瘀血型诊断标准。症见胃脘痛、痞满、纳呆, 舌质紫暗或有瘀斑, 苔薄白, 脉

沉或脉沉细涩。

2 治疗方法

治疗时停用西药一周后开始口服血府逐瘀胶囊, 每次4粒, 每日3次, 餐后1h服药。对照组采用吗丁啉10mg, 每日3次; 痢特灵50mg, 每日3次, 餐前0.5h服药。两组均以30d为一疗程, 3个疗程后统计疗效。治疗期间停用其他相关性治疗药物, 忌食烟、酒、茶、肥、甘、辛、辣等刺激性食物, 情绪稳定。观察方法: 主症胃脘痛3级分法。按轻、中、重度分别记2、4、6分。轻度: 隐痛, 活动不受影响; 中度: 胃痛明显, 但能耐受, 痛苦表情不明显, 活动不受限; 重度: 胃痛十分明显, 呈持续性, 有痛苦表情, 活动受一定限制(排除急腹症)。伴随症状观察。胃痛时伴有拒按, 痞满, 纳呆, 噎气, 口苦, 恶心, 呕吐, 乏力等, 每一项记1分。

3 疗效评定标准

3.1 中医证候疗效判断标准 临床治愈: 主症与伴随症状全部消失; 有效: 主症与伴随症状均明显改善; 积分值下降 $> 70\%$; 或主症轻度改善的其他症状全部消失; 无效: 主症, 伴随症状均无明显改善, 积分值未达到 70% ^[2]。

3.2 胃镜及病理疗效判定标准 临床治愈: 胃镜检查胃粘膜颜色基本恢复, 充血水肿消失或血管透见不清楚, 病理证实胃粘膜萎缩及肠化生消失, HP阳性者转阴; 有效: 胃镜检查萎缩范围缩小, 充血水肿减轻, 病理检查腺体萎缩减少1个级别以上, HP阳性者未转阴; 无效: 胃镜及病理检查提示胃粘膜无改

善, 肠化生未消失, HP 阳性者未转阴^[2]。

4 治疗结果

4.1 两组症候疗效总有效率比较 见表1。

表1 两组症候疗效总有效率比较

组别	临床治愈	有效	无效	总有效率%
治疗组	44(73.3)	12(20.0)	4(6.7)	56(93.3)
对照组	21(35.0)	20(33.3)	19(31.7)	41(68.3)

两组经 χ^2 检验, 差异无显著性 ($P < 0.01$); $n = 60$ 。

4.2 两组症状总积分下降水平比较 治疗组治疗前症状总积分值为 32.64 ± 2.26 , 治疗后为 10.24 ± 4.46 ; 对照组治疗前为 31.92 ± 1.97 , 治疗后为 14.81 ± 4.73 。两组治疗前后比较差异均有显著性 (P 均 < 0.01)。

4.3 两组胃镜及病理检查情况比较 见表2。

表2 两组胃镜及病理检查结果比较

胃镜及病理检查	组别	n	临床治愈	有效	无效	总有效率
						%
粘膜萎缩	治疗组	60	47(78.3)	12(20.0)	1(1.7)	98.3
	对照组	60	28(46.7)	14(23.3)	18(30.0)	70.0
活动性炎症	治疗组	40	28(70.0)	10(25.0)	2(5.0)	95.0
	对照组	38	6(15.8)	8(21.0)	24(63.2)	36.8
肠化生	治疗组	32	19(59.4)	10(31.2)	3(9.4)	90.6
	对照组	30	4(13.3)	5(16.7)	21(70.0)	30.0

三种胃镜及病理检查结果比较, 经 χ^2 检验治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

4.4 两组 HP 转阴率比较 见表3。

表3 两组 HP 转阴率比较

组别	HP 阳性例数	转阴例数	转阴率 (%)
治疗组	43	28	65.12
对照组	42	11	26.19

经 χ^2 检验, 两组有明显差异 ($P < 0.05$); $n = 60$ 。

5 讨论

慢性萎缩性胃炎属于祖国医学“胃脘痛”“痞满”“胃胀”范畴。胃为五脏六腑之大源, 主受纳腐熟水谷。若饮食失节, 情志失调, 以及寒热诸邪等损伤脾胃, 皆能引起脾阳不运, 寒湿内停, 胃气失和, 气机不利, 引发本病。病程迁延日久, 久病入络, 气滞血瘀。

《临症指南·胃脘痛》所载:“胃病, 其要何在, 所云初病在经, 久病如络, 以经主气, 络主血, 则可知其治气治血之当然也。”“胃痛久而屡发, 必有凝痰聚瘀。”“血瘀存在于慢性萎缩性胃炎的全过程。”可见瘀血阻络是引发此病的主要病机关键^[3]。

现代医学认为, CAG 发病机制复杂, 主要与幽门螺旋杆菌(HP) 的感染有关, 急性胃炎的继续发展, 十二指肠液的返流等也是引发本病的重要因素。胃粘膜长期慢性炎症, 最终导致胃粘膜萎缩性改变, 肠腺化生, 揭示了慢性萎缩性胃炎的现代病理学基础。

血府逐瘀胶囊是天津中药五厂将传统方(源于王清任《医林改错》) 血府逐瘀汤经现代工艺设备加工而制成的新剂型。是临床应用多年、效果较好的方剂, 其组方独特, 具有活血化瘀而不伤血, 舒肝解郁而不耗气的特点。方中桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍活血化瘀而养血, 柴胡、枳壳、甘草行气和血而舒肝, 合桔梗、牛膝, 通气机通血脉, 使血活气行、瘀化、热消, 诸药和用, 共奏行气止痛、活血化瘀、升清降浊之功。活血化瘀之品可以提高慢性萎缩性胃炎的疗效。血府逐瘀胶囊通过活血化瘀作用, 不仅能改善临床症状, 而且能调节胃肠机能, 改善胃粘膜屏障, 有保护胃粘膜作用, 改善胃血液循环, 减少腺体萎缩程度, 逆转胃粘膜细胞变性, 促使肠化消失^[4]。通过临床疗效观察, 血府逐瘀胶囊治疗瘀血型慢性萎缩性胃炎疗效优于吗丁啉加痢特灵。临床应用时应注意辨证用药。本药无明显毒副作用, 服用方便, 便于临床推广使用。

参考文献:

- [1] 李益农, 萧树东, 张锦坤, 等. 慢性胃炎的诊治问题[J]. 中华内科杂志, 1983, 22(5): 261-262.
- [2] 周建中, 陈泽民, 危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[J]. 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 318-319.
- [3] 罗珠林. 胃部疾病时胃粘膜瘀血——微循环研究进展[J]. 中西医结合杂志, 1994, 14(4): 11.
- [4] 崔学增, 郭传军, 崔儒敏. 论血瘀与慢性萎缩性胃炎的关系[J]. 山东中医杂志, 1996, 15(5): 54-55.