

健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 60 例疗效观察

马健¹ 李勇² 刘春燕¹

(1 黑龙江中医药大学附属第一医院 哈尔滨 150040;

2 黑龙江中医药大学临床医学院硕士研究生 哈尔滨 150040)

摘要:目的:观察健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效。方法:将 60 例患者随机分为两组。试验组采用健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法,对照组采用抗氧化联合抗 Hp 疗法,疗程 3 个月,观察两组病例中医临床症状和病理疗效的变化。结果:健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法对脾胃虚弱型 CAG 症状总有效率为 93.33%,胃黏膜萎缩及肠化积分下降明显, Hp 转阴率 73.33%。结论:健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法对脾胃虚弱型 CAG 的疗效优于抗氧化联合抗 Hp 疗法。

关键词:健脾益胃汤;慢性萎缩性胃炎;脾胃虚弱

中图分类号:R 573.32 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2009)03-0031-02

慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化系统的常见病、多发病,据国际卫生组织调查,20~53 岁中患 CAG 者仅占 10%以上,而在 51~65 岁中则高达 50%以上。CAG 作为目前确定的五种胃癌癌前状态之一,受到了广泛重视。随访研究表明,中、重度 CAG 的胃癌年发生危险为 0.5%~1%^[1],积极治疗 CAG,是阻断其向胃癌发展并减少胃癌发病率的有效手段。虽然多项临床研究的结论倾向于根除 Hp 可以使胃黏膜萎缩、肠化不再进展,但尚无公认有效逆转胃黏膜萎缩及肠化的药物。导师应用经验方健脾益胃汤联合其他化学阻断剂治疗脾胃虚弱型 CAG,取得了较好疗效。现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 参照《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究指导原则”^[2],选择符合 CAG 伴肠化诊断、Hp 阳性、脾胃虚弱证患者 60 例,全部病例均选自 2007 年 1 月~2008 年 2 月黑龙江中医药大学附属第一医院住院和门诊病人。其中试验组男性 13 例,女性 17 例,年龄 30~61 岁,平均 53.31 岁,病史 1~21 年,平均 9 年;对照组男性 18 例,女性 12 例,年龄 31~65 岁,平均 51.93 岁,病史 1.5~24 年,平均 10 年。两组一般情况经统计学分析无明显差异,具有可比性。

1.2 分组及用药方法 本研究采用随机、阳性药对照的试验方法,随机化分组用查表法,60 例患者随机分为两组。试验组:予抗 Hp 治疗:洛赛克 20mg/次、克拉霉素 500mg/次、阿莫仙 1 000mg/次,均 1d 2 次口服,青霉素过敏者,用甲硝唑代替阿莫仙,400mg/次,1d 2 次口服,服用 1 周;同时给予健脾益胃汤 150mL(由黄芪 20g、党参 20g、白术 15g、桂枝 10g、丹参 15g、赤芍 15g、山楂 10g、白芍 15g、莪术 10g、甘草 5g 组成,黑龙江中医药大学附属第一医院门诊统一制备,150mL/袋),早晚口服,疗程 3 个月。

对照组:上述抗 Hp 药物相同,治疗 1 周;同时予维生素 C 100mg、维生素 E 50 mg,1d 3 次口服,β-胡萝卜素 15mg,1d1 次口服,疗程 3 个月。治疗过程中不再给予其他治疗药物。

1.3 观察指标和方法 治疗前后中医临床症状改变情况:治疗前将症状分项记录,将患者症状按轻、中、重三级分别计为 1、2、3 分,无则计为 0 分,并计算总积分;治疗末统计总积分改变情况,中医证候疗效评定标准采用尼莫地平法。常规病理改变情况:治疗前按悉尼系统要求经胃镜操作、定点活检取 5 块胃黏膜组织,将胃黏膜组织分别按腺体萎缩病理组织学分度和肠化生病理组织学分度进行评分,胃黏膜萎缩(正常:无腺体萎缩;轻度:胃固有腺减少 1/3 以内;中度:减少 1/3~2/3;重度:减少 2/3 以上)据其轻、中、重三级分别计 1、2、3 分,无则计为 0 分,并计算总积分;肠化生(正常:无结肠化生;轻度:肠化部分占腺体和表面上皮总面积 1/3 以内;中度:占 1/3~2/3;重度:占 2/3 以上)据其轻、中、重三级分别计 1、2、3 分,无则计为 0 分,并计算总积分^[3]。治疗末复查,统计总积分改变情况。

1.4 统计方法 采用 SPSS13.0 统计软件,计量资料以 ($\bar{X} \pm S$) 表示,两组比较用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验、Wilcoxon 秩和检验。

2 结果

2.1 中医临床症状疗效 见表 1。

表 1 两组中医临床症状疗效 例						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	痊愈+显效率(%)
试验组	30	4	13	11	2	56.67*
对照组	30	3	9	12	6	40.00

注:与对照组相比,**P*<0.05。

2.2 病理疗效 见表 2、表 3。

表 2 两组治疗前后胃黏膜萎缩积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	n	萎缩积分	
试验组	治疗前	30	5.00± 1.31
	治疗后	30	2.43± 1.19* [△]
对照组	治疗前	30	4.87± 1.25
	治疗后	30	3.60± 1.30 [△]

中西医结合治疗慢性肾衰竭的临床疗效观察

朱良伟 黄雪红 许文娟 陈继兴 李秋景

(福建省泉州市中医院 泉州 362000)

摘要:目的:观察加味升降散治疗早、中期慢性肾衰竭的临床疗效。方法:将70例早、中期慢性肾衰竭患者随机分为治疗组和对照组。对照组35例单纯用西药治疗,治疗组35例加用中药加味升降散治疗。4周后观察疗效。结果:治疗组总有效率77.1%,对照组总有效率54.3%,两组比较有统计学差异($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗早、中期慢性肾衰竭疗效明显。

关键词:加味升降散;慢性肾衰竭;中西医结合疗法

中图分类号:R 692.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0032-03

我院肾内科从 2003 年 10 月~2008 年 10 月采用加味升降散治疗早、中期慢性肾衰竭 35 例,并与单纯西医治疗 35 例进行临床疗效对比观察。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 70 例患者均为 2003 年 10 月~2008 年 10 月本院肾内科诊治的早、中期慢性肾衰竭病人,随机分为中西医结合组(治疗组)和西医组(对照组)。治疗组 35 例中,男 18 例,女 17 例;年龄 20~65 岁,平均(45±18)岁;病程 9 个月~20 年,平均 3 年;原发病:慢性肾小球肾炎 18 例,高血压肾

病 6 例,糖尿病肾病 6 例,狼疮性肾炎 2 例,乙肝病毒相关性肾炎 1 例,多囊肾 1 例,慢性肾盂肾炎 1 例。对照组 35 例中,男 17 例,女 18 例;年龄 19~64 岁,平均 (44 ± 19) 岁;病程 8 个月~21 年,平均 3.1 年;原发病:慢性肾小球肾炎 17 例,高血压肾病 7 例,糖尿病肾病 5 例,狼疮性肾炎 2 例,乙肝病毒相关性肾炎 1 例,多囊肾 2 例,慢性肾盂肾炎 1 例。两组性别、年龄、病程、原发病、肾功能及中医辨证经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及分期标准 西医诊断及分期标准参考《肾脏病学》^[1]。治疗组肾功能不全代偿期 15 例,肾

注:与治疗前相比, $\Delta P<0.05$;与对照组治疗后相比, $*P<0.05$ 。

表3 两组治疗前后肠化生积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别		<i>n</i>	肠化生积分
试验组	治疗前	30	3.47± 0.82
	治疗后	30	1.40± 0.86* [△]
对照组	治疗前	30	3.37± 0.85
	治疗后	30	2.00± 0.91

注:与对照组比较,* $P<0.05$;与治疗前比较, $\Delta P<0.001$ 。

2.3 健脾益胃汤对 Hp 的影响 试验组治疗 3 个月后 22 例 Hp 转阴,转阴率为 73.33%;对照组治疗 3 个月后 21 例 Hp 转阴,转阴率为 70.00%。经 χ^2 检验,两组 Hp 转阴率无显著性差异($P>0.05$)。

3 讨论

CAG 病位在胃,胃为阳明燥土,乃多气多血之腑,主受纳腐熟水谷。吴塘曾谓:“土为杂气,寄旺四时,藏垢纳污,无所不受。”外邪、饮食、情志皆可伤及胃腑,致胃气失和,中焦气机不利,变生诸症。此外,他脏之病,亦可累及于胃,如肝之疏泄失常,可影响脾胃的受纳运化及中焦气机的升降,《临证指南医案·木乘土》中指出:“肝为起病之源,胃为传病之所”,指出了肝与胃病发生的关系。以上内外因素皆可导致脾胃损伤,就 CAG 而论,其患者多数年龄较大,脏气衰退,外邪、饮食、情志等因素更易损伤脾胃,加之病程多数较长,正气受损较重,导致致病因素长期存在,脾胃益加受损,最终由实转虚,或虚实夹杂。脾胃之气虚弱,则胃之受纳腐熟失常、脾运

失职,而致胃脘胀满或隐痛,不欲饮食或食后不舒;食入不消,清浊不分,注入肠道,则见大便溏薄;脾胃为后天之本,五脏六腑之大源,脾胃虚弱,水谷精气化生不足,宗气亦虚,故气短懒言、乏力;脾胃气虚日久,常致脾阳损伤,故脾胃虚弱型 CAG 患者胃脘不舒且喜温喜按。导师在多年临床工作中总结出 CAG 患者多见脾胃虚弱证,以补益脾胃之气为根本大法,选黄芪、党参、白术健脾益气为主药;并兼顾“久病必瘀”,以丹参、赤芍、莪术活血化瘀;以桂枝振奋阳气,并可增强活血诸药的功效;在本病的发生、发展中肝木有着不可忽视的作用,一方面情志失调是致病因素之一,而本病患者又常有焦虑等表现,另一方面考虑到“土虚木乘”的疾病传变特点,以白芍柔肝止痛;脾胃虚弱,无力运化水谷,则生食滞,故用山楂消食导滞。纵观全方,以补益脾胃之气为本,兼顾血瘀、食滞,切合病机,配伍精当。

现代医学对 CAG 的治疗集中于抗 Hp、抗氧化、补充微量元素及对症治疗,但远期疗效尚无定论。健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法相对于抗氧化联合抗 Hp 疗法,临床症状及病理疗效更有效,值得临床应用。

参考文献

- [1]王吉耀,廖二元,胡品津.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.432
- [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,2002.124-128

(收稿日期: 2008-11-10)