

藿朴夏苓汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎 32 例 临床疗效观察

杨丽娟¹ 胡珂²

(1 江西中医学院 2008 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨藿朴夏苓汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床意义,旨在确定本中医药治疗方案的临床疗效特点和疗效优势。方法:所有病例随机分治疗组、对照组。治疗组给予藿朴夏苓汤加减,对照组给予施维舒胶囊,8 周后复查胃镜及病理。结果:中医证候疗效比较:治疗组总有效率为 96.9%,高于对照组 78.1%, $P<0.01$,说明治疗组中医证候改善明显优于对照组;胃镜比较:总有效率治疗组 84.4%,对照组 75.0%, $P>0.05$,统计学无显著性差别,但中药治疗组有效率高于西药对照组;病理比较:总有效率治疗组 68.8%,对照组 65.6%,统计学处理无显著性差异。结论:藿朴夏苓汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎中医证候方面疗效确切,胃镜及病理方面同样有其有效性。

关键词:慢性浅表性胃炎;脾胃湿热型;藿朴夏苓汤;中医药疗法

中图分类号:R 573.31

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.015

慢性浅表性胃炎 (chronic superficial gastritis, CSG) 是指不同病因引起的仅及胃黏膜表层上皮的慢性胃黏膜炎性病变,主要限于黏膜表层,即黏膜层的上 1/3 处。胃镜见黏膜充血、水肿或渗出,点片状红斑。不同的患者临床表现各有差异,多数患者

可有上腹部痛、食后饱胀、食欲不振及暖气、反酸、口苦、口中黏腻、小便黄、大便黏腻不爽等症状,且时轻时重,可反复发作或长期存在,严重影响患者生存质量。自 2009 年 7 月~2010 年 9 月,我们进行了临床病例收集,运用藿朴夏苓汤加减治疗,取得

变化。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准^[2] 显效:治疗 3 d 后体温恢复正常,鼻塞、流涕、咳嗽、咽部充血等症状、体征消失或明显改善。好转:治疗 3 d 后体温下降,鼻塞、流涕、咳嗽、咽部充血等症状、体征好转。无效:治疗 3 d 后症状、体征无改善或加重。

2.2 两组疗效对比 见表 1。

表 1 两组疗效对比 例					
组别	n	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	40	10	18	12	70.0
观察组	40	14	21	5	87.5

注:观察组与对照组总有效率比较, $P<0.05$ 。

2.3 不良反应 在滴注利巴韦林过程中有 2 例出现恶心欲吐,予调整滴速为 15 滴/min 后缓解,1 例出现变态反应,表现为全身皮肤散在风团、瘙痒,立即停药并肌注异丙嗪 25 mg 后,症状缓解。

3 讨论

利巴韦林是人工合成的广谱强效抗病毒药物,具有包括 RNA 和 DNA 病毒在内的广泛抗病毒作用。其主要作用机制为^[3]:药物进入被病毒感染的细胞后迅速磷酸化,其产物作为病毒合成酶的竞争性抑制剂,抑制肌苷单磷酸脱氢酶、流感病毒 RNA 聚合酶和 mRNA 鸟苷转移酶,从而引起细胞内鸟苷三磷酸的减少,损害病毒 RNA 和蛋白质的合成,使病毒的复制和传播受抑。临床广泛用于呼吸系统、眼科、皮肤科及病毒性肝炎的治疗,是治疗流行性感冒疗效较为肯定的药物^[4-5]。

双黄连口服液由金银花、黄芩、连翘组成,具有清热解毒作用。用于风热感冒所致发热、头痛、咳嗽、咽痛等症状。现代药理学研究表明^[6]:双黄连口服液具有抑菌、抗病毒、增强免疫力的作用,能抑制流感病毒甲乙型、上呼吸道合胞病毒、腺病毒、柯萨奇病毒、艾可病毒、流行性腮腺炎病毒、带状疱疹病毒等病毒,还具有消炎、解热、镇痛作用。

本研究结果显示,观察组总有效率高於对照组 ($P<0.05$),说明二者联合应用效果优于单纯使用利巴韦林。尤其是通过双黄连剂型由注射剂到口服液的改变,原注射剂所出现的变态反应发生率也大大降低,因此安全性有所提高。但值得一提的是利巴韦林的不良反应不可忽视,本研究 80 例患者中有 2 例出现恶心欲吐的胃肠道反应,1 例出现皮肤过敏症状,但经对症处理后均好转。因此治疗过程中对生命体征的严密观察以及严格控制滴速对减少严重的不良反应是非常重要的。

参考文献

[1]流行性感冒诊断标准及处理原则[S].GB15994-1995
[2]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005. 311-312
[3]张卫.病毒唑的临床应用[J].新医学,1990,21(3):151
[4]靖百谦,周文,王凤山.利巴韦林临床应用进展[J].齐鲁药事,2006,25 (7):417-418
[5]蒋坤华.利巴韦林注射液治疗流行性感冒 100 例临床分析[J].中外医疗,2008,3(1):25
[6]李效全,刘佳易,胡琪.利巴韦林联合双黄连口服液治疗 13 例轻型甲型 H1N1 流感临床观察[J].实用医院临床杂志,2010,7(3):96
(收稿日期:2011-02-10)

显著临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将符合中西医诊断标准的 64 例患者分成中药治疗组和西药对照组各 32 例,治疗组:男 14 例、女 18 例,平均年龄 43.69 岁,平均病程(6.82± 4.836)年,证候积分 20.4 分,胃镜 I 级 8 例、II 级 20 例、III 级 4 例,病理分级 + 级 15 例、++ 级 13 例、+++ 级 4 例;对照组:男 17 例、女 15 例,平均年龄 43.41 岁,平均病程(6.87± 4.375)年,证候积分 20.5 分,胃镜 I 级 7 例、II 级 22 例、III 级 3 例,病理分级 + 级 16 例、++ 级 13 例、+++ 级 3 例;两组比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 中医诊断标准^[1] 主要症状:(1)胃脘胀痛拒按或脘腹痞闷不舒;(2)舌质红,苔黄厚或腻;(3)渴不欲饮;次要症状:(1)口苦口黏;(2)小便短黄或大便不爽;(3)脉滑或濡数。具备主症 2 项[(2)为必备]加次症 1 项。

1.3 内镜诊断标准^[2] 参照 2003 年中华消化内镜学会大连会议慢性胃炎内镜分型分级标准及治疗试行意见。浅表性胃炎内镜诊断标准:胃黏膜红斑(点状、片状、条状),黏膜粗糙不平,出血点/斑;分级标准:I 级:分散或间断线状;II 级:密集斑点或连续线状;III 级:广泛融合。

1.4 病理诊断标准^[3] 参照 2006 年中华医学会消化病分会上海会议慢性胃炎研讨会共识意见。组织学分级标准:有 5 种组织学变化要分级(HP 感染、慢性炎症、活动性、萎缩、肠化),分成无、轻度、中度和重度(或 0、+、++、+++)4 级。

1.5 治疗方法 中医治疗组:藿朴夏苓汤加减(藿香 10 g、川朴 15 g、法夏 15 g、蔻仁 12 g、茯苓 15 g、黄芩 15 g、黄连 6 g、儿茶 10 g)汤剂,每日 1 剂,分 2 次服。西医对照组:施维舒胶囊 50 mg (国药准字 J20030052),每次 1 粒,1 d 3 次。疗程 8 周,治疗过程中不予任何其他药物及辛辣刺激之品,戒烟酒、甜食生冷,8 周后复查胃镜及病理。

1.6 疗效评价标准 (1)中医证候疗效评价^[4]:痊愈:治疗后各症状消失,疗效指数≥95%;显效:治疗后各症状明显减轻,疗效指数≥70%,<95%;有效:治疗后各症状有所减轻,疗效指数≥30%,<70%;无效:治疗后各症状无改善或有加重,疗效指数<30%。(2)胃镜疗效判定标准^[2]:痊愈:胃黏膜正常;显效:胃黏膜病变积分减少 2 级以上;有效:胃黏膜病变积分减少 1 级;无效:胃黏膜病变无改变或加重。(3)病理疗效标准^[3]:痊愈:胃黏膜病理无明显异常;显效:胃黏膜病理积分减少 2 级;有效:胃黏膜

病理积分减少 1 级;无效:胃黏膜炎症程度无改变或加重。

2 治疗结果

2.1 中医证候疗效比较 见表 1。

表 1 两组中医证候疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	12(37.5)	9(28.1)	10(31.2)	1(3.1)	96.9
对照组	32	7(21.9)	6(18.8)	12(37.5)	7(21.9)	78.1

2.2 胃镜疗效比较 见表 2。

表 2 两组治疗后胃镜疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	6(18.8)	11(34.4)	10(31.2)	5(15.6)	84.4
对照组	32	4(12.5)	10(31.2)	10(31.2)	8(25.0)	75.0

2.3 病理疗效比较 见表 3。

表 3 两组治疗后病理疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	1(3.1)	6(18.8)	15(46.9)	10(31.2)	68.8
对照组	32	1(3.1)	7(21.9)	13(40.6)	11(34.4)	65.6

3 讨论

CSG 属中医学“痞满”、“胃脘痛”、“纳呆”、“呕吐”、“嘈杂”等范畴。胃痛及胃痞的发生,主要由于外邪犯胃、饮食所伤、情志不畅、脾胃虚弱、湿热蕴结等所致,导致胃气郁滞,胃失和降,不通则痛,同时中焦气机不利,脾胃升降失职而发生痞满等。而脾胃虚弱,不能正常运化谷物水液,水反为湿,谷反为滞,湿邪滞久则化热,可形成湿热;同时各种疾病因素很易引发虚弱之脾胃功能失调而生湿热。薛生白云:“太阳内伤,湿饮停聚,客邪再致,内外相引,故病湿热。”故在治疗脾胃病时,以行其滞、利其湿、复其升降为其总旨。历代医家主张治疗脾胃病应清灵流畅,当升者升,当降者降,湿去则脾运。藿朴夏苓汤原方出自《医原》,其功效能宣通气机,燥湿利水,主治湿热病邪在气分而湿偏重者。本方以藿香、白蔻仁、厚朴芳香化湿;厚朴、半夏燥湿运脾;黄芩、黄连与厚朴清热化湿,湿除火降,则清气得升,浊气得降,气机得畅,使脾能运化水湿,不为湿邪所困;佐以儿茶,用其收湿生肌之性,促进慢性浅表性胃炎的修复。

本文研究结果表明,藿朴夏苓汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床疗效显著,能明显改善患者的主要证候,有效改善胃镜结果,降低病理指标。在中医证候疗效方面,两组疗效经 Ridit 检验分析, $P<0.01$,有极显著性差异,说明治疗组明显优于对照组;在胃镜改善方面,两组比较, $P>0.05$,无显著性差异,但治疗组有效率 84.4%高于对照组 75.0%,说明中药在改善胃镜方面存在优势;在病理改善方面,两组比较, $P>0.05$,无显著性差异,两组有效率也相对较低,首先考虑慢性浅表性胃炎为组织细胞的慢性炎性改变,其次治疗疗程短,短期内难以达到组织学的明显改变,其远期疗效有待进一

保和丸治疗老年功能性消化不良 51 例疗效观察

欧之洋 银赟

(四川省邛崃市中医院 邛崃 611530)

摘要:目的:探讨保和丸(水丸)与多潘立酮片治疗老年功能性消化不良的疗效并进行两者疗效比较。方法:治疗组用保和丸治疗,每日 3 次,每次 1 袋。对照组用多潘立酮片,每日 3 次,每次 1 片。7 d 为 1 个疗程,用药 2 个疗程,对两组的临床疗效进行统计学分析。结果:两组总有效率比较,有显著性差异($P<0.05$)。结论:中成药保和丸和多潘立酮片治疗老年功能性消化不良临床疗效相比较,保和丸具有一定的优势。

关键词:老年功能性消化不良;保和丸;多潘立酮;疗效比较

中图分类号:R 574.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.016

1 资料与方法

1.1 一般资料 99 例老年功能性消化不良病人均为我院门诊和住院病人,随机分成治疗组和对照组。治疗组 51 例,男 30 例,女 21 例;年龄 ≥ 80 岁 6 例,70~79 岁 18 例,60~69 岁 27 例;症状:暖气、呕逆 15 例,腹胀 48 例,胃脘痞满不适疼痛 45 例,便秘 46 例。对照组 48 例,男 28 例,女 20 例;年龄 ≥ 80 岁 4 例,70~79 岁 15 例,60~69 岁 29 例;症状:暖气、呕逆 12 例,腹胀 47 例,胃脘痞满不适疼痛 44 例,便秘 44 例。以上病例病程长者已数年,短者有数月,并经多方治疗,反复发作。中医诊断:脉象滑数 85 例,脉象弦数 14 例;舌苔 99 例均厚腻而黄或黄白相兼;诊断为食积停滞、脾(肝)胃不和、脾失健运等证型。

1.2 治疗方法 治疗组用保和丸水丸(国药准字 Z20023052),每日 3 次,每次 1 袋;用炒麦芽 50 g,以水 250 mL 煎汤 100 mL,每餐后 30 min 内送服。对照组用多潘立酮片(国药准字 H20033864),每日 3 次,每次 1 片,每餐前 30 min 内温开水送服。7 d 为 1 个疗程,用药 2 个疗程,中间停药 1 d。两组均进行饮食卫生、健康指导和中医调理脾胃、肠胃的相关知识指导,并及时随访观察记录。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]结合相关标准确定:(1)治愈:临床症状、体征消除,饮食基本正常,食欲增加,大小便正常;(2)有效:临床症状、体征有明显改善,食欲增加,大小便步研究。可见藿朴夏苓汤加减是治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的有效方剂。

综上所述,对于诊断明确的脾胃湿热型慢性浅表性胃炎,给予清热化湿、理气止痛之藿朴夏苓汤加减方,能显著改善患者中医证候,有效改善胃镜病理结果,其方剂配伍,能够整体调节全身机能,发挥中药汤剂的多部位、多靶点、多环节治疗效应,提高患者生活质量。治疗过程中,未见不良反应及心、

基本正常;(3)无效:临床症状、体征基本无改变。

2.2 治疗结果 治疗组总有效率为 94.12%,对照组总有效率为 56.25%,两组比较,治疗组优于对照组,经统计学检验, $P<0.05$ 。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	n	治愈	有效	无效
治疗组	51	18(35.29)	30(58.82)	3(5.88)
对照组	48	15(31.25)	12(25.00)	21(43.75)

2.3 副作用 治疗组 51 例,无 1 例有副作用发生。对照组有 1 例男性患者(68 岁)发生左乳房肿大(6 cm $\times$ 6 cm $\times$ 4 cm 大小),经 X 线拍片为良性乳腺增生,治疗结束停药 1 个月消失,未作其他特殊治疗。

3 讨论

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是临床上最常见的功能性胃肠病。目前西医治疗 FD 没有公认的疗效确切的治疗方案,主要是对症处理,包括促胃肠动力、保护胃黏膜、抑酸、抗幽门螺杆菌、抗焦虑和抗抑郁等,有一定的疗效,但长期使用副作用多^[2]。中医学没有与 FD 完全等病的病名。中华中医药学会内科脾胃病专业委员会将 FD 的中医病名诊断分为两种:以上腹部痞满不适、餐后早饱为主症者命名为“痞满”;以上腹部疼痛为主症者命名为“胃脘痛”。有学者根据临床的三大主症而命名:即临床表现以上腹部痞满为主症时,属于中医“痞满病”范畴;以胃脘部疼痛为主症时命名为“胃脘痛”范畴;以烧心反酸为主症时,命名为“嘈杂”范畴^[3]。另外,有的学者将中医的病证与西医 FD 临床分期相联系,进行分类治疗,即中医痞满病相当于

肝、肾功能损害,值得临床推广运用。

参考文献

[1]张万岱,陈治水,危北海.慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J].世界华人消化杂志,2004,12(11):2 697-2 700
[2]中华医学会消化内镜学分会.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):77-78
[3]中华医学会消化病分会.中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2006,11(11):674-693
[4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.114

(收稿日期: 2011-03-18)