

加味柴胡疏肝散治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的疗效观察

江冠亚¹ 邹立华^{2#}

(1 广东省广州市越秀区梅花村街社区卫生服务中心中医科 广州 510080;

2 广东省深圳市龙岗区人民医院 深圳 518172)

摘要:目的:观察加味柴胡疏肝散治疗幽门螺杆菌(HP)相关性慢性胃炎的疗效及安全性。方法:入选患者 120 例,分成治疗组和对照组各 60 例,治疗组在常规治疗的基础上采取中医辨证,用加味柴胡疏肝散进行治疗,对照组则单独采用常规治疗,治疗后观察两组患者的中医证候疗效、临床疗效及不良反应。结果:治疗组中医证候疗效的总有效率为 95.0%,对照组为 80.0%,两组疗效差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗组临床疗效的总有效率为 91.7%,对照组为 75.0%,两组差异具有统计学意义($P<0.05$);两组均未出现不良反应。结论:与单独西医治疗对比,加味柴胡疏肝散治疗 HP 相关性慢性胃炎可明显提高临床疗效,且无明显不良反应,值得应用。

关键词:柴胡疏肝散;慢性胃炎;肝胃不和

中图分类号:R573.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.047

慢性胃炎作为临床常见的消化道疾病之一,发病率居各种胃病首位,病理改变为胃黏膜慢性炎症或萎缩性病变。HP 感染是慢性胃炎最主要病因,其它病因包括长期服用对胃黏膜有刺激的食物、药物或郁怒类的精神刺激等。西医治疗短期效果好,但副作用大,且容易复发,中医则本着辨病与辨证结合的原则,根据患者个体的不同证型,对慢性胃炎采用针对性的治疗,具有一定的优势^[1-2]。本研究对我院收治的肝胃不和型慢性胃炎患者用加味柴胡疏肝散治疗,效果显著。现将观察结果总结如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 西医诊断标准:参照 2006 年中华医学会消化病分会《中国慢性胃炎共识意见》^[3]制定的标准;中医诊断标准:参照 2009 年中华中医药学会脾胃病分会《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》^[4]制定的肝胃不和证型辨证标准。

1.2 入选标准 符合上述中医及西医诊断标准;年龄 18~65 岁;患者均经电子胃镜检查、病理组织学确诊,并经快速尿素酶试验确定为 HP 感染。

1.3 排除标准 重症精神病患者及拒绝配合治疗的患者;哺乳期妇女或孕妇;上消化道疾病者如胃癌、胃息肉和消化性溃疡等;有严重肝、肾疾病或造血系统和心脑血管系统疾病者;胃镜及病理检查示重度异型增生者。

1.4 一般资料 入选患者 120 例均为 2009 年 7 月~2013 年 10 月在我中心或深圳市龙岗区人民医院就诊的患者,所有患者均符合上述入选与排除标准。入选的 120 例患者按随机数字表分为两组:治疗组 60 例,其中男 27 例、女 33 例,平均年龄

(49.6 ± 2.5)岁,病程 3 个月~15 年,平均病程(1.5 ± 0.5)年;对照组 60 例,其中男 36 例、女 24 例,平均年龄(47.7 ± 2.6)岁,病程 5 个月~14 年,平均病程(1.4 ± 0.6)年。两组患者在性别、年龄、临床表现以及病程方面具有可比性,均无显著性差异($P>0.05$)。

1.5 研究方法 对照组:阿莫西林胶囊(国药准字 H44021518)每次 1.0 g,每日 2 次口服;克拉霉素缓释胶囊(国药准字 H20051661),每次 0.5 g,每日 2 次口服;奥美拉唑肠溶胶囊(国药准字 H20033510),每次 20 mg,每日 2 次口服;多潘立酮片(国药准字 H10910003)每次 10 mg,每日 3 次(饭前半小时)口服;疗程为两周。治疗组:在对照组治疗基础上采用加味柴胡疏肝散辅助治疗,柴胡疏肝散药方组成:柴胡 12 g,陈皮 9 g,川芎 10 g,木香 9 g,枳壳 10 g,芍药 8 g,炙甘草 5 g,郁金 10 g,党参 20 g,山药 15 g,麦芽 20 g。根据患者临床症状表现结合中医辨证加味治疗:腹痛甚加延胡索、川楝子;脾虚生湿加茯苓、薏苡仁;呕吐泛酸,则酌加海螵蛸、半夏、浙贝母;气滞血瘀疼痛加蒲黄、丹参;郁火伤阴加山梔、石斛、麦冬。用药用法:每天 1 剂,水煎取汁 150 mL,早、午饭后 1~2 h 后服用,疗程为两周。两组患者治疗期间忌烟酒和刺激性食物。

1.6 疗效评定标准

1.6.1 中医证候疗效评定 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定的肝胃不和证的证候疗效判定标准。临床控制:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 95%及以上;显效:症状、体征改善明显,证候积分减少 70%~95%;有效:症状、体征有改善,证候积分减少 30%~70%;无效:症状、体征改善

通讯作者:邹立华, E-mail: zjgzlh@126.com

不明显,证候积分减少不足 30%。 $\text{显效率}(\%) = (\text{临床控制} + \text{显效}) / \text{总例数} \times 100\%$, $\text{总有效率}(\%) = (\text{临床控制} + \text{显效} + \text{有效}) / \text{总例数} \times 100\%$ 。

1.6.2 临床疗效评定 两组于停药 1 个月后,参照吕琪新等^[9]标准评价临床疗效:(1)治愈:腹痛、腹胀、泛酸等主要症状完全消失,胃镜提示胃黏膜无炎症,复查 HP 阴性;(2)显效:腹痛、腹胀、泛酸等主要症状完全消失,胃镜显示炎症好转(胃黏膜活动性炎症基本消失),复查 HP 阴性;(3)有效:上腹胀痛等症状减轻,胃镜复查显示黏膜病变范围缩小 $>50\%$,复查 HP 阴性或由强阳性转弱阳性;(4)无效:症状改善不明显,未达到以上标准,病情加重,或见并发症,复查 HP 阳性。总有效率 = 治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.7 不良反应观察 治疗前后观察病人肝肾功能、血尿常规及心电图的变化,记录患者治疗期间的不适症状以评价药物的不良反应。

1.8 统计学方法 选用 SPSS13.0 软件对数据进行统计分析,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候疗效 治疗组中医证候疗效总有效率为 95.0%,对照组为 80.0%,经卡方检验, $\chi^2=4.877$, $P=0.027<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者中医证候疗效比较[例(%)]						
分组	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	15(25.0)	18(30.0)	24(40.0)	3(5.0)	57(95.0)
对照组	60	12(20.0)	17(28.3)	19(31.7)	12(20.0)	48(80.0)

2.2 临床疗效 治疗组临床总有效率为 91.7%,对照组为 75.0%,经卡方检验, $\chi^2=5.065$, $P=0.024<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效对比[例(%)]						
分组	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	14(23.3)	19(31.7)	22(36.7)	5(8.3)	55(91.7)
对照组	60	11(18.3)	18(30.0)	16(26.7)	15(25.0)	45(75.0)

2.3 不良反应 两组患者治疗前后肝肾功能、血尿常规及心电图均无明显变化,服药期间均无不适症状。

3 讨论

慢性胃炎的具体病因目前仍不十分明确,大量研究显示 HP 感染与慢性胃炎尤其是胃窦炎相关。西医治疗虽然短期效果不错,但容易复发且副作用大,中医药疗法成为越来越多临床医生治疗慢性胃炎的手段^[7]。现代中医根据辨病与辨证相结合的原

则,依靠自身积累的临床经验并与现代医学知识相结合,对慢性胃炎的病因病机认识各抒己见,多有阐发。参照中医古典医籍中相应的记载及专论分析,慢性胃炎属于中医学的“胃脘痛、胃痞”范畴。中医学者认为慢性胃炎的根本原因是由于肝失条达,肝气横逆犯胃,则胃失和降,不通则痛,气郁化火伤阴。笔者通过长期的临床实践观察,认为本病大多因秉赋不足,每因饮食失调或忧思郁怒类的精神刺激而致病。依据中医的整体观和辨证观,慢性胃炎病变部位虽然在胃,但与肝、脾等也有不可分割的关系。郁怒过度肝失疏泄,忧思过度脾气郁结,而使胃气失降,引起呕吐等反胃症候;肝郁气滞,导致血瘀,胃脘疼痛难解,甚则郁火,耗伤胃阴或损伤胃络,甚至出现吐血便血等症候。根据辨证论治原则,当疏肝、健脾、燥湿、祛瘀、滋阴等法兼用。

柴胡疏肝散源自《景岳全书·古方八阵·散阵》,其用于肝气郁滞,横犯脾胃,导致脾失健运、胃失和降、气滞血瘀而引起的胃痛有显著疗效^[8-9]。组方中以疏肝理气、健脾和胃为主,方中柴胡、木香、枳壳疏肝理气;川芎、郁金活血解郁以助气行;党参、山药、麦芽健脾消积驱浊以重调气血生化之源;白芍、甘草缓急止痛。诸药合用,共奏疏肝和胃、健脾行气之功。临床应用时需随证治之,灵活运用,气滞者行气理血,伤阴者滋阴,血瘀者活血,反酸者制酸止痛,临床疗效自当效如桴鼓。现代药理学研究证明,柴胡皂苷具有降低胃蛋白酶活性、抑制胃液分泌和缩小溃疡面积的作用^[10];枳壳促使胃肠道平滑肌收缩力增强,兴奋性增加,促进胃的排空^[11];甘草含有黄酮苷,对大鼠实验性溃疡有明显保护作用,能降低溃疡病的发病率;郁金有较强的中枢抑制作用,郁金挥发油具有抗溃疡、镇痛的作用;木香、丹参可促进胃黏膜血液循环,活血祛瘀生新,增强毛细血管的通透性和吞噬细胞的吞噬功能,促使炎症快速得到吸收或改善;白芍中有效成分芍药苷具有显著镇痛作用。

本研究中,加用中药的治疗组的中医证候总有效率为 95.0%,临床总有效率为 91.7%;而单用西医治疗的对照组中医证候总有效率为 80.0%,临床总有效率为 75.0%;两组中医证候和临床疗效比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组均未出现明显不良反应。研究结果充分表明,中西医结合治疗慢性胃炎疗效好,能够起到协同作用,明显改善临床症状和体征,杀灭幽门螺旋杆菌,并且复发率低。综上所述,中医辨证联合抗炎杀菌、中和胃酸保护胃黏膜的西药治疗慢性胃炎可有效改善中医临床症状、促进胃黏膜恢复,并且使 HP 由强阳性转为(下转第 79 页)

1 临床资料

1.1 一般资料 选择在我院就诊的 60 例腰椎间盘突出病例为观察对象,随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组男 21 例,女 9 例,平均年龄(53.4±3.3)岁,病程(4.2±3.7)个月;对照组男 20 例,女 10 例,平均年龄(52.6±3.5)岁,病程(4.6±2.8)个月。两组患者性别、年龄、病程等资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 所有入选病例均依照严隽涛主编的《推拿学》^[2]中腰椎间盘突出症的诊断标准。无合并其他慢性活动性病变,肝肾功能正常者。

1.3 治疗方法 治疗组:电针治疗联合药饼灸。电针治疗选病变阶段的夹脊穴 3 对,针刺时针尖方向斜向脊椎侧。三组导线连接脉冲电麻仪(华佗牌 SDZ-II 型,苏州医疗用品有限公司生产),电流量以局部肌肉出现节律跳动且患者能忍受为度,每次 3 min,每周 1 次,10 次为 1 个疗程,1 个疗程后休息 3 d 再做下 1 个疗程。药饼灸:用中药附子、桂枝、丹参、马钱子四味研末,加入少量面粉用黄酒调成干糊状,压制成直径 5 cm、厚 0.5~0.8 cm 的药饼,中央用针刺若干小孔。选穴:腰阳关、命门及附近夹脊穴,选用清艾条(国药准字 Z32020253)施灸 1 h。对照组:绝对卧床休息;牵引;口服药物:布洛芬缓释胶囊(国药准字 H20093691)0.3 g/次,2 次/d。

1.4 疗效标准 参照蒋协远等主编的《骨科临床疗效评价标准》^[3]。良:背痛及下肢痛大部分痊愈(76%~100%),从事一般活动不受限。可:背部和下肢痛部分缓解(26%~75%),可从事正常活动,但受到限制。差:背部及下肢痛很少部分得到缓解(0%~25%),或症状较前加重,身体活动极度受限。

1.5 治疗结果 两组临床疗效比较,治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	良	可	差	总有效
治疗组	30	14(46.67)	13(43.33)	3(10.00)	27(90.00)
对照组	30	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)

2 讨论

腰椎间盘突出症的发病是多个因素作用的结果。现代医学认为,本病常由慢性劳损引起腰椎动力失衡和静力失衡,当外力打击导致人体腰部软组织损伤,进而出现椎间盘退变、脱出,棘突突出压迫所致。夹脊穴电针疗法取病变节段的夹脊穴,可缓解对神经根的压迫,消除炎性水肿,疏通气血,改善神经周围的血液循环,抑制伤害信息的传导,直接作用于病位,起到了良好的镇痛及治疗效果。

腰椎间盘突出症属中医“痹症”范畴,风寒湿外侵是其病因,肾虚是其病变基础。艾灸疗法是中医传统的外治方法之一,属无损伤的自然疗法,具有温经通络、活血止痛、祛湿散寒的作用。药饼中附子辛温大热,走而不守,温肾壮督、除寒开痹力峻效宏;桂枝辛温,通阳散寒入营达卫;马钱子走窜经络,消肿止痛;丹参活血通络止痛。药饼灸能充分利用艾灸的温热作用,扩张毛孔,改善给药途径,使药物能最大限度通过皮肤吸收,直达病所,增加了局部的药物浓度,使药物的作用产生最大效能^[4]。电针夹脊穴和药饼灸联合应用,使针刺、艾灸、中药外治有机联合起来,共奏逐顽痹、起沉疴之功。通过观察证实,电针夹脊穴合并药饼灸治疗腰椎间盘突出症有效率明显高于对照组,但远期疗效有待于进一步观察。此方法疗效确切,无明显毒副作用,操作简便,费用低廉,值得基层临床推广应用。

参考文献

[1] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000.1702
[2] 严隽陶. 推拿学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009.66-67
[3] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.101
[4] 崔学伟. 实用现代艾灸疗法[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2008.9-10
(收稿日期: 2014-08-06)

(上接第 76 页)弱阳性或者转阴,值得在临床上进行更加深入的临床研究和推广使用。

参考文献

[1] 甘雨, 郭雪. 中西医结合治疗慢性胃炎临床观察[J]. 牡丹江医学院学报, 2010, 31(3): 75-76
[2] 尹国有. 中医治疗调养慢性胃炎[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2010.1-2
[3] 中华医学会消化病分会. 中国慢性胃炎共识意见(上)(2006, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(1): 45-49
[4] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3): 207-209
[5] 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, 2002.366-368

[6] 吕琪新. 中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎 50 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(12): 663-664
[7] 李天望, 马吕丽. 胃复春联合西药治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎脾虚兼热型 30 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(12): 657-658
[8] 张静芬. 柴胡疏肝散化裁方治疗慢性萎缩性胃炎 95 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(10): 39-41
[9] 庞家善, 李树标, 黄波贞, 等. 柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎 46 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2012, 44(2): 24-25
[10] 马海燕, 马玉奎. 柴胡皂苷治疗胃溃疡作用的研究[J]. 齐鲁药事, 2011, 30(6): 318-319
[11] 朱金照, 张志坚, 张捷. 中药枳实对功能性消化不良大鼠胃排空的影响[J]. 中国临床药理学杂志[J]. 2005, 14(5): 291-294
(收稿日期: 2014-08-07)