

中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察

沈斌

(甘肃省武威市凉州区武南镇中心卫生院 武威 733009)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的疗效。方法:回顾性分析我院收治慢性萎缩性胃炎 84 例患者,其中中西医结合治疗组 48 例,单纯西医对照组 36 例,观察两组临床疗效。结果:根据临床症状改善、胃镜、病理检查结果,对两组患者进行疗效评定,经统计学分析,治疗组总有效率优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。结论:中西医结合辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎疗效满意。

关键词:慢性萎缩性胃炎;中西医结合疗法;辨证分型

中图分类号:R573.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.039

胃炎(Gastritis)是胃黏膜对胃内各种刺激因素的炎症反应。根据临床表现、胃镜及病理学检查结果,胃炎可大致分为急性、慢性和特殊类型胃炎。急性胃炎主要是胃黏膜糜烂和出血,慢性胃炎胃黏膜呈非糜烂的炎性改变。在胃镜下,慢性胃炎表现为黏膜色泽不均、颗粒状增殖及黏膜皱襞异常等,根据黏膜色泽、皱襞形态、黏液多少、黏膜薄厚,将慢性胃炎分为慢性非萎缩性(浅表性)胃炎和慢性萎缩性胃炎。组织学上慢性胃炎以显著炎症细胞浸润、上皮增殖异常、胃腺萎缩及瘢痕形成等为特点。病变轻者不需治疗,当有上皮增殖异常、胃腺萎缩时应积极治疗。幽门螺杆菌(Hp)感染是慢性胃炎最常见的病因^[1]。在慢性炎症向胃癌的进程中,化生、萎缩及异型增生被视为胃癌前状态,所以慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎中较重的类型。笔者在近年的临床实践中,根据胃镜及组织学检查结果,筛选慢性萎缩性胃炎 84 例,以纯西药治疗 36 例作对照,采用中西医结合治疗 48 例,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 1 月~2013 年 12 月本院收治的符合病例选择标准的慢性萎缩性胃炎患者,共 84 例。其中男 52 例,女 32 例,年龄最大 70 岁,最小 35 岁。均行胃镜检查,符合镜下诊断标准,并取材活检行病理诊断,萎缩程度:轻度 36 例,中度 28 例,重度 6 例。排除其他类型胃炎,排除 2 周内经抑酸、抗生素、铋剂治疗者,有严重心、肝、肾疾病者,对本研究药物过敏者及精神病患者。随机分两组:中西医结合治疗组 48 例,男 28 例,女 20 例,年龄 35~66 岁,平均(44.6±11.7)岁,病程 4~10 年;单纯西医对照组 36 例,男 24 例,女 12 例,年龄 35~70 岁,平均(45.6±12.1)岁,病程 3~18 年。两组一般资料比较差异无显著性,具有可比性。两组中幽门螺杆菌感染 62 例,其中中西医结合组 38 例,西医治疗

组 24 例。

1.2 病例选择标准

1.2.1 临床表现 有消化道症状,如中上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛等,也可有食欲不振、嗝气、泛酸、恶心等消化不良症状。有体征,如上腹轻压痛。伴恶性贫血者常有全身衰弱、疲软,可出现明显的厌食、体重减轻、贫血,而一般消化道症状较少。

1.2.2 胃镜检查 萎缩性胃炎的黏膜色泽变淡,皱襞变细而平坦,黏液减少,黏膜变薄,有时可透见黏膜血管纹^[1]。

1.2.3 病理学检查 萎缩指胃固有腺减少,分为两种类型:(1)化生性萎缩:胃固有腺被肠化或被假幽门化生腺体替代;(2)非化生性萎缩:胃固有腺被纤维或纤维肌性组织替代,或炎性细胞浸润引起固有腺数量减少。萎缩程度以胃固有腺减少各 1/3 来计算。轻度:固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3;中度:固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3~2/3;重度:固有腺体数减少超过 2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失^[2]。

1.3 治疗方法 一般治疗:两组患者均嘱选用富营养、少刺激、易消化的食物,避免吸烟、酗酒、咖啡、浓茶以及对胃有刺激的药物。消除患者疑虑,调整精神情绪,保持心情乐观、舒畅、平和,确立积极健康的生活态度。

1.3.1 对照组 有返酸予以奥美拉唑(20 mg/d);有嗝气、腹胀予以多潘力酮或莫沙比利;有上腹部烧灼感予以铋剂(三钾二枸橼酸铋、果胶铋);幽门螺杆菌阳性者予以奥美拉唑(40 mg/d)、胶体果胶铋(480 mg/d)、克拉霉素(500~1 000 mg/d)或阿莫西林(1 500 mg/d)、甲硝唑(800 mg/d)三联抗 Hp 治疗 7 d。

1.3.2 治疗组 在西医治疗基础上辨证分型治疗。(1)肝胃气滞型:主症:胃部饱胀以进食后为甚,或胃部胀痛连胁,嗝气频作,矢气稍适,或恶心欲吐,口苦

泛酸,大便排出不畅等症,舌边尖稍红,苔薄白,脉弦。治疗当疏肝和胃、理气消胀,方用四逆散、柴胡疏肝散加减。药用:柴胡 10 g,枳实 10 g,白芍 15 g,香附 15 g,陈皮 10 g,川芎 10 g,甘草 6 g,苏梗 10 g,佛手 10 g。痛甚加川楝子、延胡索、郁金;吐酸加乌贼骨、瓦楞子;脘闷、纳呆、苔腻挟食滞者加神曲、麦芽、谷芽、莱菔子;大便不畅者加大腹皮、厚朴等行气通腑;暖气频作加代赭石、旋复花等降气消胀。(2)脾虚胃热证:主症:胃部嘈杂,或胃部灼痛,痛无定时,饥时觉痛,饱时觉胀,口苦干而不多饮,饮食量减,大便时稀时秘等,舌质淡或淡红,舌苔薄黄,脉细弦。治疗当健脾补气、和中清胃,方用半夏泻心汤加减。药用:半夏 10 g,黄连 6 g,茯苓 15 g,黄芩 10 g,苍术 15 g,厚朴 12 g,白蔻仁(后下)10 g,滑石(包煎)30 g,甘草 3 g。胃胀痛明显者加木香、香附、砂仁、延胡索以理气止痛;纳差食减者加谷麦和中消食;大便溏烂者加淮山药、炒白术以健脾补气;大便干结者加大黄、枳实行气导滞;咽干痛如有痰梗者加木蝴蝶、浙贝等祛痰利咽。(3)脾胃虚弱证:主症:胃部虚痞,隐隐作痛,按之得减,喜进热食,食后腹胀,或呕吐清涎,面色萎黄,神疲乏力,大便溏薄,舌质淡,体胖,苔白润,脉细弱。治疗当健脾补气、温中和胃,方用香砂六君子汤、黄芪建中汤加减。药用:党参 20 g,法半夏 10 g,白术 15 g,茯苓 12 g,炒山药 15 g,木香 7 g,砂仁(后下)7 g,生黄芪 30 g,桂枝 10 g,酒白芍 15 g,炙甘草 6 g,生姜 6 g,大枣 5 枚。泛吐清涎、畏寒肢冷者加熟附片、干姜、吴茱萸等温中散寒降逆;胃缓下垂者可合加升麻、柴胡以补中升陷;面白不华、唇舌俱淡者加当归、首乌、阿胶、黄精等补气养血。(4)胃阴不足证:主症:胃痛日久,胃部微灼痛,或嘈杂不适,口干纳呆,或食后饱胀,大便干结,舌质红少津,苔薄白或无苔,脉细数。治疗当养阴益胃、缓急止痛,方用益胃汤合芍药甘草汤加减。药用:北沙参 15 g,地黄 15 g,麦门冬 15 g,石斛 12 g,玉竹 10 g,冰糖 30 g,生白芍 15 g,甘草 6 g。纳呆食减者加乌梅、木瓜、鸡内金等酸甘化阴,消食增纳;便结难解者加火麻仁、柏子仁、玄参等润肠通便;伴见气短乏力,舌体胖嫩、脉虚者加人参、黄芪以健脾补气。水煎服,每日 1 剂。上述治疗均以 30 d 为 1 个疗程,主要临床症状全部消失再巩固治疗 2 周,停药 1 周后观察分析治疗结果。

1.4 疗效判定标准 治愈:临床主要症状消失,次要症状基本消失或消失;胃镜复查萎缩好转达轻度;活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型

增生消失。显效:临床主要症状消失,次要症状基本消失;胃镜复查黏膜萎缩好转;活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生明显减轻。有效:主要症状减轻;胃镜复查黏膜萎缩范围缩小 1/2 以上;活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效:症状、内镜、病理均无好转者^[3]。

1.5 统计学处理 本研究数据采用 SPSS20.0 统计软件进行分析处理,组间比较采用 *t* 检验,计数用百分比(%)表示, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 临床症状改善结果 治疗组总有效率为 91.67%,对照组总有效率为 72.22%,两组比较有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床症状治疗效果比较(例)				
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
治疗组	48	28	16	4
对照组	36	14	12	10

2.2 胃镜检查结果 治疗组总有效率为 87.50%,对照组总有效率为 61.11%,两组比较有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组胃镜检查效果比较(例)				
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
治疗组	48	20	22	6
对照组	36	12	10	14

2.3 病理检查结果 治疗组总有效率为 95.83%,对照组总有效率为 77.78%,两组比较有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组病理检查效果比较(例)				
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
治疗组	48	29	17	2
对照组	36	18	10	8

3 讨论

西医认为,慢性胃萎缩性胃炎主要是固有腺体减少,后期可出现肠腺化生和不典型增生等胃癌前病变。单纯西医治疗可给予抑酸剂、黏膜保护剂、根除 Hp,三联或四联疗法。三联或四联疗法治疗后症状缓解较快,但复发率高,而结合中医治疗可显著减少复发。萎缩性胃炎的致病因子多样复杂,主要有 Hp 感染、十二指肠 - 胃反流、自身免疫、高龄和胃黏膜营养因子缺乏^[4],与种族、遗传、饮食、不良生活习惯等多种因素有关,其中 Hp 已被公认为慢性胃炎的主要病因。慢性萎缩性胃炎属中医学“胃脘痛、痞满”等范畴。本病多因外邪犯胃、饮食不节、情志失

调、脾胃虚弱等引起^[4]。上述各种病因,单一出现者有之,合并出现者也有之,单一出现者其病理变化及临床症候比较简单,故为易治;合并出现者,其病理变化及临床症候比较复杂,故难治。它们均能引起胃受纳腐熟之功能失常,胃失和降,而发生疼痛。与本病发病密切相关的脏腑主要为脾、胃、肝、胆。但肝与胃木土相克,胃与脾表里相关。故胃痛与肝脾关系最为密切。“不通则痛”是最终的结果。胃以降为顺,以通为用。治疗以理气和胃止痛为主,通降方能使气滞、湿阻、食滞、胃火等下降,使上下畅通无阻,血络流畅,从而恢复正常的脾胃功能。临床上须针对本病的虚实夹杂、不同病机,辨证论治,审因对症,因势利导,标本兼顾方可中的。诸多研究表明中药具有改善胃黏膜的血流,有助组织细胞黏膜的修复,杀灭幽门螺杆菌的作用。本研究中虽将慢性萎缩性

胃炎辨证分为肝胃气滞、脾虚胃热、脾胃虚弱、胃阴不足四型,但本病病机特点为虚实夹杂。在临床实际治疗中需仔细辨证,灵活加减。同时饮食调摄十分重要,要养成良好的饮食习惯,忌暴饮暴食、饥饱无常,忌长期饮食生冷、炙博之物,忌烟、酗酒,忌用过苦寒、燥热伤胃的药物,方能使疾病快速康复和防止复发。综上所述,中西医结合辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎可靠,值得临床推广疗效。

参考文献

[1]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.363-367
[2]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-742
[3]中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):749-753
[4]吴勉华,王新月.中医内科学[M].第 9 版.北京:中国中医药出版社,2012.178-185

(收稿日期: 2015-12-16)

局部激痛点封闭加手法治疗腰肌筋膜综合征 50 例体会

李明松

(云南省红河州公安边防支队绿春大队卫生所 绿春 662599)

摘要:目的:探讨局部激痛点封闭加手法治疗腰肌筋膜综合征的疗效。方法:对 50 例腰肌筋膜综合征患者采用局部激痛点封闭加手法治疗并进行疗效分析。结果:本组 50 例腰肌筋膜综合征患者,痊愈 43 例,占 86%;好转 7 例,占 14%。结论:腰肌筋膜综合征治疗方法很多,采用局部封闭加手法治疗效果较好。

关键词:腰肌筋膜综合征;激痛点封闭;手法治疗

中图分类号:R686.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.040

腰肌筋膜综合征是指因寒冷、潮湿、慢性劳损导致腰背部肌筋膜及肌组织发生水肿、渗出及纤维变性而出现的一系列临床症状,主要是肌肉和筋膜因无菌性炎症而发生粘连而形成激痛点所引起的一种疼痛性综合征,是引起慢性腰部疼痛的常见疾患之一,亦称腰背肌筋膜炎,好发于中老年人。本病多由损伤所引起,各行各业的人员都可发病,体力劳动者和脑力劳动者的发病人数往往无多大差别,对生产劳作影响较大,故应积极治疗。我所从 2012 年 1 月~2015 年 5 月,共收治腰肌筋膜综合征近百例,取得良好疗效。现将资料完整的 50 例报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 50 例患者中,部队战士 6 例,占 12%,地方群众 44 例,占 88%;男 28 例,占 56%,女 22 例,占 44%;年龄 20~65 岁 28 例,占 56%,65~70 岁 12 例,占 24%;病程最短者 2 个月,最长者 7 年;双侧发病 6 例,单侧发病 44 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 局部激痛点封闭 器材与药物:备一次性 5 ml 无菌注射器 1 个;2%利多卡因 20 mg,醋酸泼尼松龙注射液 25 mg,维生素 B₁ 50 mg,维生素 B₁₂ 500 μg,透明质酸酶 1 000 U。激痛点注射法:患者取坐、卧位或舒适体位,在脊柱两旁,确定“激痛点”投影,并作好标记。把上述药物(除透明质酸酶)抽入 5 ml 无菌注射器内混匀,局部皮肤消毒,在标记处垂直激痛点进针,到达激痛点时即出现疼痛和放射痛,回抽无血,在此点将药物总量 1/2 全部注入。如粘连严重或有硬结者加透明质酸酶 1 000~1 500 U。如果有多个激痛点,其注射方法同上。注射完毕,皮肤局部针眼消毒后用无菌敷料覆盖^[1]。注意事项:应避开血管和神经。必须严格消毒,皮肤感染或破溃者禁用此法。有少数病人注射后症状反而加重,后迅速减轻,有糖尿病、胃溃疡病严重者禁用。利多卡因用量不能超过 40 mg,有 II、III 度房室传导阻滞者禁用。