

建中和胃汤治疗脾虚畏寒型慢性浅表性胃炎的疗效及对血清炎症介质的影响分析

王海霞

(河南省南阳市宛城区疾控中心地方病科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨建中和胃汤治疗脾虚胃寒型慢性浅表性胃炎的疗效及对血清炎症介质的影响。方法:选取收治的脾虚胃寒型浅表性胃炎患者 82 例,以抽选法随机分为对照组和观察组,各 41 例。对照组给予常规西药治疗,观察组在对照组基础上增加建中和胃汤治疗,比较两组患者中医证候积分、血清胃泌素、血清炎症介质水平以及药物不良反应。结论:两组治疗前中医证候积分对比无显著差异($P>0.05$);治疗 2 周后,观察组中医证候积分中的胃脘疼痛、嗳气、大便稀薄、食少纳差积分低于对照组($P<0.05$)。两组治疗前胃泌素、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平对比无显著差异($P>0.05$);治疗 2 周后,观察组胃泌素高于对照组,白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 低于对照组($P<0.05$)。两组治疗期间药物不良反应总发生率比较无显著差异($P>0.05$)。结论:在常规治疗方法基础上增加建中和胃汤治疗脾虚胃寒型慢性浅表性胃炎,能显著提升治疗疗效,促进患者相关症状的缓解,以及改善胃泌素及血清炎症介质水平,用药安全性较好。

关键词:慢性浅表性胃炎;脾虚胃寒型;建中和胃汤;炎症介质;中西医结合

中图分类号:R573.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.064

慢性胃炎是临床常见的消化传统疾病,按照病例类型可分为慢性浅表性胃炎(CSG)、慢性萎缩性胃炎(CAG)等^[1]。CSG 患者主要症状表现为胃脘疼痛、上腹部疼痛及其他胃肠道反应^[2]。相关研究认为,该病致病因素为幽门螺旋杆菌(Hp)感染或其他微生物感染所致的胃肠黏膜病变,因此 CSG 的发病率一般与 Hp 感染接近或略高于 Hp 感染^[3]。西医在治疗 CSG 时以药物治疗为主,予以患者促胃肠动力、抑酸等对症治疗,短期治疗效果理想,但病情易复发,中长期疗效不理想。本研究应用中西医结合的治疗理念予以患者建中和胃汤治疗,以期取得更为理想的治疗疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会批准后进行。选取收治的脾虚胃寒型慢性浅表性胃炎患者 82 例,以抽选法随机分为对照组和观察组,每组 41 例。对照组男 23 例,女 18 例;年龄 20~68 岁,平均(44.41±8.45)岁;病程 1~8 年,平均(3.92±0.92)年。观察组男 24 例,女 17 例;年龄 21~71 岁,平均(44.83±8.52)岁;病程 1~9 年,平均(4.11±0.94)年。两组一般资料组间对比无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)符合《中国慢性胃炎共识意见》^[4]CSG 的诊断;(2)符合中医关于胃虚胃寒型 CSG 的诊断^[5];(3)伴有胃脘疼痛、大便异常等症状;(4)胃镜检查胃黏膜呈现局部炎症、水肿或出血等,病理检查显示淋巴细胞、浆细胞等慢性炎性细胞浸润;(5)患者知情同意本研究。排除标准:

(1)其他慢性胃炎患者;(2)证候类型不属于脾虚胃寒型者;(3)合并消化道肿瘤等其他疾病者;(4)主要器官存在器质性损伤者;(5)不适合中药治疗或对常规西药用药过敏者;(6)精神、认知功能障碍者;(7)各种原因导致的治疗依从性不理想者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以艾司奥美拉唑(国药准字 H20046379)治疗,20 mg/次,1 次/d,连续治疗 2 周。合并 Hp 感染者增加三联或四联抗感染治疗,直至 Hp 试验转阴。

1.3.2 观察组 在对照组基础上增加建中和胃汤治疗,组方:炙黄芪 30 g、饴糖 30 g、白芍 15 g、干姜 10 g、桂枝 10 g、大枣 1 个、炙甘草 6 g。随症加减,口渴甚者加天花粉 10 g、石斛 10 g;腹胀甚者加陈皮 10 g、鸡内金 20 g;脘腹胀气甚者加元胡 10 g、炒香附 10 g。所有药物由我院中药房以自动煎药机统一水煎,每剂取汁 400 ml,分早晚温服。持续治疗 2 周。

1.4 观察指标 (1)评价两组治疗疗效,以中医证候积分评价。包括胃脘疼痛、嗳气、大便稀薄、食少纳差 4 项主症,按照轻重程度分别计 0~10 分,得分越高症状越为严重。(2)采集患者空腹静脉血,离心分离血清后分别检测胃泌素(GAS)及血清炎症介质水平。其中 GAS 检测采用放射免疫法检测,血清炎症介质白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)采用酶联免疫吸附测定(ELISA)法检测,试剂盒采购自上海酶联生物科技有限公司。(3)记录患者治疗期间出现皮疹、头痛等药物不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 应用统计学软件 SPSS22.0 对资

料进行分析处理,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)来表示,行 t 检验,计数资料采用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医证候积分对比 治疗前,两

组中医证候积分中的胃脘疼痛、嗝气、大便稀薄、食少纳差积分对比无显著差异 ($P>0.05$); 治疗 2 周后,观察组中医证候积分中的胃脘疼痛、嗝气、大便稀薄、食少纳差积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃脘疼痛		嗝气		大便稀薄		食少纳差	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	7.86± 1.52	2.56± 0.78	7.58± 1.67	2.15± 0.56	7.41± 1.26	1.74± 0.35	6.14± 1.12	1.55± 0.35
对照组	41	7.66± 1.75	3.94± 1.12	7.67± 1.65	3.18± 0.75	7.47± 1.30	2.56± 0.76	6.20± 1.15	2.64± 0.44
t		0.553	6.474	0.246	7.046	0.212	6.275	0.239	12.414
P		0.582	0.000	0.807	0.000	0.833	0.000	0.812	0.000

2.2 两组患者 GAS、IL-6、TNF-α 水平对比 治疗前, 两组 GAS、IL-6、TNF-α 水平对比无显著差异

($P>0.05$); 治疗 2 周后,观察组 GAS 高于对照组, IL-6、TNF-α 低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 GAS、IL-6、TNF-α 水平对比(ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	GAS		IL-6		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	107.24± 16.41	142.44± 19.41	38.90± 6.12	13.90± 3.62	35.24± 6.21	15.78± 3.41
对照组	41	110.34± 16.78	130.45± 17.42	39.43± 6.25	20.78± 5.92	35.12± 6.16	23.72± 5.23
t		0.846	2.944	0.388	6.349	0.088	8.143
P		0.400	0.004	0.699	0.000	0.930	0.000

2.3 两组患者治疗期间不良反应情况对比 两组治疗期间药物不良反应总发生率比较无显著差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗期间不良反应情况对比[例(%)]

组别	n	皮疹	头痛	其他	总发生
观察组	41	2(4.88)	1(2.44)	2(4.88)	5(12.20)
对照组	41	1(2.44)	1(2.44)	2(4.88)	4(9.76)
χ^2					0.125
P					0.724

3 讨论

CSG 作为常见的慢性消化系统疾病,具有较高的发病率,对人们的健康造成较大负面影响^[6-8]。目前 CSG 治疗主要以西医治疗为主,采用质子泵抑制剂联合抗 Hp 治疗,具有一定的疗效,但尚未达到令人满意的程度,因此在此基础上予以中医中药治疗。

中医认为,脾胃为后天之本,而 CSG 属于“痞满、胃脘痛”范畴,病机为情志不节、肝气横逆、脾胃运化导致的脾虚,继而在外邪入侵的影响下发病,治疗以温中健脾、和胃止痛为主。建中和胃汤由黄芪、白芍、大枣、桂枝、炙甘草、饴糖组成,方中炙黄芪具有益气补中、利水消肿、健脾利胃的功效;白芍有和血通阳、调和营卫的功效;大枣、炙甘草有补益脾胃、调和诸药的功效;桂枝具有温经养血的功效,再联合饴糖补脾益气的功效,全方有温中健脾、益气养胃的功效,正对应脾虚胃寒型 CSG 的治疗,同时随症加减以获得更为理想效果。本研究结果显示,增加建

中和胃汤治疗的观察组患者中医证候积分下降情况更理想($P<0.05$),提示增加建中和胃汤能促进治疗疗效的提升。观察组患者治疗后 GAS、IL-6、TNF-α 水平均优于对照组,还提示建中和胃汤有助于胃肠功能恢复,促进炎症的吸收。本研究结果还显示建中和胃汤的治疗安全性较高,未明显增加患者药物不良反应。综上所述,建中和胃汤联合西药治疗脾虚胃寒型 CSG 的疗效理想,值得应用与推广。

参考文献

[1]潘冰杰.温针灸对脾胃虚弱(寒)型慢性浅表性胃炎患者中医证候及生存质量的影响[J].黑龙江医学,2020,44(6):733-736.
[2]盛刚,杨改琴,王丽芬,等.温针灸治疗脾胃虚弱(寒)型慢性浅表性胃炎[J].吉林中医药,2018,38(11):1345-1348.
[3]魏华,江楠.香砂六君子汤对浅表性胃炎疗效及其对超氧化物歧化酶和 NO 的影响[J].世界中医药,2018,13(7):1653-1657.
[4]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012 年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5-16.
[5]中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
[6]王洪贵,唐仕伟,郑咏池.胃康胶囊联合常规西医治疗对慢性浅表性胃炎胃络瘀阻证的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(5):541-543.
[7]何保军.半夏益中汤对慢性浅表性胃炎患者血清趋化因子、CRP、IL-32 水平的影响研究[J].陕西中医,2018,39(5):574-576.
[8]高雯聪,王永林.荜铃胃痛颗粒联合兰索拉唑治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(12):3179-3182.

(收稿日期: 2020-08-04)