

中西医结合治疗慢性胃炎120例临床观察

冷贵兰 李习鹏

(杭州市第二人民医院, 浙江省杭州市拱宸桥温州路, 310015)

[摘要] **目的** 观察中医辨证并配合西药治疗慢性胃炎的临床疗效。**方法** 将120例慢性胃炎患者分为5个证型进行中医辨证治疗, 并将各型与幽门螺杆菌(Hp)感染的关系, 各型间的疗效进行比较。**结果** 慢性胃炎以脾虚肝胃不和型、脾胃气虚挟气滞型和脾胃湿热型3型最多, 且与Hp感染关系最为密切。**结论** 慢性浅表性胃炎及慢性胃炎的脾胃湿热和脾虚肝胃不和型疗效最好。**[关键词]** 慢性胃炎; 幽门螺杆菌; 辨证治疗; 中西医结合疗法

Treatment of Integrated Chinese and Western Medicine for Chronic Gastritis: A Clinical Observation of 120 Cases

LENG Gui-lan, LI Xi-peng

(Second People's Hospital of Hangzhou, Zhejiang 310015)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of Chinese medicine treatment by pattern identification combined with western medicine for chronic gastritis. **Methods** Totally 120 cases of chronic gastritis was divided into 5 patterns. Chinese medicine treatment was conducted by pattern identification. Infection condition of Hp and therapeutic effect were compared among different patterns. **Results:** Three patterns were common and closely related to Hp infection in chronic gastritis such as spleen deficiency liver-stomach disharmony, spleen-stomach qi deficiency with qi stagnation and spleen-stomach damp-heat. **Conclusion:** The therapeutic effect of spleen-stomach damp-heat pattern and spleen deficiency liver-stomach disharmony pattern is best in chronic gastritis.

Key Words Chronic gastritis; Helicobacter pylori; Treatment by pattern identification; Integrated Chinese and western medicine treatment

慢性胃炎(CG)是由多种病因引起的慢性胃黏膜炎性病变,也是临床上常见病、多发病。目前西医对CG,尤其是慢性萎缩性胃炎仍缺乏有效的治疗手段,而慢性浅表性胃炎—慢性萎缩性胃炎—肠上皮化生、不典型增生—胃癌的发展模式已被国内外专家所公认,治愈CG对防治胃癌的发生具有重大意义。但目前本病尚缺乏疗效确切、副作用少的西药,而中药治疗有其独特的优势,采用中西医结合治疗对减少复发、阻断其向萎缩性胃炎发展有重要意义。近两年来我们运用中西医结合疗法治疗慢性胃炎120例,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例均来自杭州市第二人民医院中医胃病门诊,且均经胃镜、病理检查确诊。本组资料共120例,男50例,女70例;年龄24~80岁,平均40岁;病程2.6~30年,平均8.2年;浅表性胃炎54例,萎缩性胃炎26例,糜烂性胃炎15例,胆汁反流性胃炎20例,疣状胃炎5例,其中Hp阳性50例,异型增生20例。

1.2 诊断标准

参照2003年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的慢性胃炎的中西医结合诊疗方案(草

案)中的诊断标准并结合临床经验而制定^[1]。

2 治疗方法

2.1 中医辨证治疗

主要根据患者的症状、舌象、脉象、胃镜及病理检查所见进行辨证分型。大致可分为以下5型,疗程4~6周。

脾虚肝胃不和型45例:胃脘胀痛或痛窜两胁,嗳气频繁,嘈杂泛酸,与情绪有关;胃镜显示胃黏膜急性活动性炎症,红白相间,以红为主;胃蠕动减慢甚至消失,或见胆汁反流,部分病例出现Hp(+);舌质淡红,苔薄白,脉弦。治拟疏肝理气,和胃降逆。柴胡疏肝散合香砂六君子汤加减。处方:柴胡12g,佛手12g,枳壳12g,半夏9g,陈皮9g,茯苓12g,白豆蔻6g(后下),炒白芍15g,炒白术12g,神曲15g,甘草6g。伴胆结石者加用大叶金钱草30g,鸡内金15g,海金沙15g,广郁金15g,赤芍18g以扩张胆管;胃酸多者加用煅瓦楞子20g,浙贝母12g,海螵蛸20g或用旋覆代赭汤。

脾胃气虚挟气滞型23例:胃脘隐痛或胀痛,食后脘闷,纳呆少食嗳气,便溏腹泻,四肢乏力,舌质淡红或舌胖边有齿印,苔薄白或白;胃镜显示胃黏膜可见红斑或粗糙不平;脉细软无力。治拟益气运脾。处方:生黄芪12g,炒党参12g,炒白术12g,茯苓15g,半夏10g,陈皮10g,枳壳12g,川厚朴12g,砂仁8g。消化不良者加神曲

20g, 临床上多加少许黄芩(6g)防止上述药物温燥太过(反治法)。

脾胃湿热型35例:胃脘灼热胀痛,口苦口臭,渴不欲饮,舌质红,苔黄厚或厚腻,脉滑或濡数;胃镜检查示胃黏膜急性活动性炎症,黏膜充血明显,呈斑点状或斑片状潮红,可伴有散在糜烂或出血点,22例Hp(+).治拟清化湿热,运脾和胃。药用连朴饮或三仁汤加减:黄连4g,厚朴9g,半夏10g,陈皮10g,茯苓12g,栀子10g,枳壳10g,生薏苡仁20g,飞滑石12g,神曲24g,甘草5g。热重于湿加用蒲公英15g,黄芩12g;湿重于热加用藿香6g,白豆蔻6g,桂枝3g以温化;伴肠化者加用白花蛇舌草12g,藤梨根12g;红斑渗出糜烂者加用地榆12g,白及12g。

脾胃气阴两虚型10例:胃脘灼热疼痛,口干舌燥,大便干燥,神疲乏力,舌淡红或有裂纹,脉细软无力;胃黏膜血管显露,黏膜充血水肿或小糜烂。治拟益气健脾,养阴泄热。处方:太子参15g,炒白术9g,茯苓10g,竹沥半夏9g,川厚朴花12g,佛手花12g,炒白芍12g,南沙参15g,石斛12g,麦冬12g,玉竹12g,知母4g。

气滞血瘀型7例:多见疣状胃炎,病理检查可出现异性增生。患者胃脘疼痛明显,暖气频作,舌红,苔薄白,脉弦。治拟清热解毒理气活血。处方:败酱草12g,蒲公英12g,黄芩12g,柴胡12g,枳壳10g,炒白芍12g,佛手12g,炒白术10g,茯苓10g,陈皮9g,莪术10g。疼痛者根据轻重程度分别用延胡索15g;失笑散;三七粉、炙桂枝。

2.2 西药治疗

以上各型均以中药治疗为主,适当配以西药。如Hp感染者进行抗菌治疗:奥美拉唑20mg,每日2次或瑞倍350mg,每日2次;阿莫西林1g,每日2次,黄连素0.3g,每日2次,连用7天;胃镜下发现胆汁反流者,服用达喜0.5g,每日3次;疣状胃炎加比乐200mg,每日3次,饭前口服。

2.3 统计学方法

采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 疗效评定标准

参照文献[1]标准。近期临床治愈:(1)临床主要症状消失。(2)胃镜复查黏膜活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度。(3)活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生复常或消失。(4)胃酸基本恢复正常,胆汁返流消失。显效:(1)临床主要症状基本消失。(2)胃镜复查黏膜急性炎症基本消失,慢性炎症好转。(3)活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异

型增生恢复或减轻达2个级度以上(含2个级度)。(4)胃酸分泌功能和胆汁反流改善,原异常值减少2/3以上。有效:(1)主要症状明显减轻。(2)胃镜检查黏膜病变范围缩小1/2以上,炎症有所减轻。(3)活检组织病理证实胃镜所见,急、慢性炎症减轻1个级度以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。(4)胃酸分泌功能和胆汁反流改善。无效:达不到有效标准之病例,而未恶化者。

3.2 结果

120例CG患者Hp感染与中医辨证分型、各型间的疗效比较见表1~3。表1示,脾虚肝胃不和型、脾胃气虚挟气滞型、脾胃湿热型与气滞血瘀型比较(均 $P<0.05$),差异有显著性意义。

表1 中医证型与Hp感染的关系比较[例(%)]

证型	例数	感染	未感染
脾虚肝胃不和型	45	21(46.7)	24(53.3)
脾胃气虚挟气滞型	23	8(34.8)	15(65.2)
脾胃湿热型	35	25(71.4)	10(28.6)
脾胃气阴两虚型	10	1(10)	9(90)
气滞血瘀型	7	1(14.3)	6(85.7)

表2示,慢性胃炎各中医证型间的疗效差异有显著性意义($0.01<P<0.05$)。

表2 慢性胃炎各中医证型疗效比较

证型	例数	临床治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
脾虚肝胃不和型	45	15	18	8	4	91.11
脾胃气虚挟气滞型	23	5	12	3	3	86.95
脾胃湿热型	35	10	12	10	3	91.43
脾胃气阴两虚型	10	0	3	3	4	60
气滞血瘀型	7	0	2	2	3	57.14

表3示,浅表性、糜烂性、胆汁返流性与萎缩性、疣状胃炎比较(均 $P<0.01$),浅表性与糜烂性、胆汁反流性胃炎比较(均 $P<0.05$),说明各型间的疗效差异有显著性意义。

表3 慢性胃炎西医各型疗效比较

证型	例数	临床治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
浅表性胃炎	54	22	10	20	2	96
萎缩性胃炎	26	0	17	1	8	69
糜烂性胃炎	15	5	6	2	2	86
胆汁反流性胃炎	20	3	12	2	3	85
疣状胃炎	5	0	1	2	2	60

4 讨论

西医认为慢性胃炎的发生与不良饮食习惯、胆汁反流等造成的理化因子刺激、Hp感染、免疫失衡、老化和遗传因素等有关,Hp感染是其主要病因之一。其发

(下转第159页)

IgA 肾病的一个重要发病原因,银屑病的皮肤损伤也可能诱发 IgA 肾病。对于继发性 IgA 肾病的治疗,要考虑到两个方面,一是导致 IgA 肾病的原发病治疗,具体到该患者就是关节型银屑病的治疗,治疗方案同意曹炜医师的意见,即在中药治疗的基础上加用甲氨喋呤、柳氮磺胺吡啶等;二是 IgA 肾病的治疗,治疗方案基本同意王丽医师的意见,即以中医治疗为主,配合使用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素转换受体拮抗剂。中医选方用药方面,根据我们的临床体会,因 IgA 肾病临床常表现为镜下或肉眼血尿,而一些活血化瘀中药如桃仁、红花等往往加重尿血,而当归、赤芍、川芎等养血活血之品既可活血化瘀,又不加重尿血,因此,从活血化瘀角度来讲,建议使用当归、赤芍、川芎等,不宜选用桃仁、红花等。

肾内科主任医师李秀英:该病例作为一个较为罕见的病例进行多学科讨论,对提高大家的认识、拓宽视野很有意义。银屑病引起肾脏病变的发病机制尚不明确,其临床表现不一,组织病理学改变多样且无特异性,诊断亦无明确标准,总之,银屑病与肾损害的关系,需要进一步探讨。关节型银屑病所致的 IgA 肾病与原发性 IgA 肾病相比较,其治疗更加复杂,除了要明确

IgA 肾病的治疗外,还要考虑导致 IgA 肾病的原发病的治疗。具体治疗方案同意以上各位医师的分析,值得注意的是,有些药物如非甾体类消炎药长期服用有可能引起肾脏损害,因此,如何把握好用药尺度,达到既能控制病情活动,又尽可能避免药物引起的肾损害,即所谓要以最小的治疗代价获得最大的治疗效果,需要大家在临床实践中反复揣摩、总结提高。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:(1) 中医辨证治疗:给予益气养阴,清热利湿,活血通络中药,每日1剂。处方:太子参12g,生地黄30g,牡丹皮12g,当归12g,赤芍12g,川芎12g,苦参10g,白鲜皮10g,忍冬藤15g,牛膝10g,小蓟15g,蒲黄炭12g。(2) 银屑病关节炎的治疗:甲氨喋呤每周15mg,疗程至少1年;柳氮磺胺吡啶1g,每日2次,疗程1年;口服非甾体类消炎药至关节疼痛消失(约1.5~3个月)。(3) 轻度系膜增生性 IgA 肾病的治:科素亚100mg,口服,每日1次。患者于2005年8月10日出院,1周后复查尿常规:蛋白75mg/dl,红细胞5~6/HP。现门诊随诊,病情平稳。

(收稿日期:2006-10-17)

(上接第139页)

病为多种因素致胃黏膜损害因素与保护因素之间失衡所致,治疗上主要用抗Hp、制酸、黏膜保护剂。中医学则认为本病病机为嗜食辛辣肥甘、酗酒,湿热内生;情志不遂,恚怒忧思,致气郁伤肝,横逆犯胃;过于劳倦,饥饱失宜,病后或先天禀赋不足等致脾胃虚弱。其伤及脏腑主要在脾胃肝胆。本病的实质脾虚兼气滞、湿热、血瘀。

从分型来看,CG以脾虚肝胃不和型、脾胃气虚夹气滞型和脾胃湿热型3型最多,气滞血瘀型和脾胃气阴两虚型较少,且脾虚贯穿于各型之中。Hp感染的活动性胃炎临床上多表现为脾胃湿热型、脾胃气虚夹气滞型和脾虚肝胃不和型,经统计学处理差异有显著性意义。这似乎提示CG病变以脾胃运化功能受损,中焦湿热内蕴、气机阻滞为病机核心,病变在气分为多,较少深入血分、阴分,较少形成瘀阻、阴伤的病理变化。而气滞血瘀型和气阴两虚型疗效较差可能与病程长、病位深,疗程相对短有关。在治疗上,以脾胃湿热型和脾虚肝胃不和型、浅表性胃炎疗效最好,经统计学处理,各组间差异具有显著性意义($P < 0.05$)。

治疗上要注重疏肝理气健脾和胃,扶助正气,顾护脾胃。CS虽病因种种,但不通则痛则是共同的,其发病

与肝脾(胃)关系最为密切,临床表现为肝胃不和证和脾胃湿热型较多,较为突出。对于胆汁反流性胃炎宜通宜降,其通全借肝气疏泄,其降有赖于胃气下行,胆汁才顺势下降;故疏肝理气,健脾和胃是治疗胃脘痛的关键。对于脾胃湿热型在清化的同时一定要处处顾护脾胃,不忘通调气机,切勿苦寒败胃,以增加患者服药的依从性。具体用药时应注意扶土健脾和胃不可太温、太峻,以防助热为患;通胃和降,不可过用苦寒,以防苦寒伤胃;养阴时宜酌加疏解之品,但不易过于温燥,可选用理气不伤阴之川厚朴花、佛手花之类;清热降逆时不可过用苦寒香窜之药,以防耗气伤阴。

就目前来说,在治疗主病的同时,必须重视对合并症和Hp感染的治疗。我们主张临床运用中医辨证施治,汤剂和西药配合交替使用。这样可有效清除Hp,消除炎症,保护和修复胃黏膜,使胃逐渐趋于稳定,减少复发,增强胃抵御饮食不慎和寒冷等促发诱因的能力,以便尽快消除和减轻患者的痛苦,增强治疗信心。

参考文献

- [1] 张万岱,陈治水,危北海,等.慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案).中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314~316.

(收稿日期:2006-02-17;修回日期:2006-03-24)