

2005;83.

[4] 顾玉东. 手部肌腱修复后评定[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16(1):134.

泻心消痞汤治疗萎缩性胃炎 64 例

郑逢民¹ 吴品琼² 季海锋¹ 王志栋¹ 郑中坚¹

(1. 浙江省瑞安市中医院, 325200;

2. 浙江省瑞安市湖岭中心卫生院)

慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种顽固难治的消化系统常见病。我们自 2006 年 5 月~2009 年 4 月采用经验方泻心消痞汤治疗 CAG 患者 64 例, 并与养胃颗粒治疗的 32 例进行对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

诊断参考 1989 年 10 月第五届全国脾胃病学术会议制定的《慢性萎缩性胃炎(CAG)诊断标准》, 并符合中医“胃痞”中实证之诊断。即所具备的症状中, 以上腹近心窝处痞满堵闷, 餐后加重为主症。同时具备下列条件之一: ①每次发作以痞满为主症; ②绝大多数情况下, 发作以痞满为主症; ③有反复发作病史。并经电子胃镜检查确诊为 CAG, 病理诊断固有腺体萎缩等。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 18~65 岁; 有胃脘胀满、食欲减退、反酸和暖气的 2 个以上症状, 且符合上述诊断标准的 CAG 患者。电子胃镜确诊 1 周内有效, 病理诊断固有腺体萎缩, 而肠上皮化生和淋巴滤泡形成可有可无。排除标准: 上消化道恶性肿瘤; 消化性溃疡; 严重的心、肝、肾功能不全; 妊娠或哺乳期妇女; 入组前 2 周内服用影响本试验观察的药物, 如 PPI、H₂-RA、抗酸剂、黏膜保护剂、抗生素等。

1.3 一般资料

共观察 96 例, 均为本院脾胃病专科门诊及内科住院的 CAG 患者。治疗组 64 例, 男 35 例, 女 29 例; 年龄 19~65 岁, 平均(47.35±6.8)岁; 病程(13.6±12.4)年; 腺体萎缩轻度 9 例, 中度 21 例, 重度 2 例; 肠化生程度阴性 7 例, 轻度 14 例, 中度 8 例, 重度 3 例。对照组 32 例, 男 18 例, 女 14 例。年龄 18~64 岁, 平均(47.05±7.2)岁; 病程(12.6±11.2)年; 腺体萎缩轻度 7 例, 中度 24 例, 重度 1 例; 肠化生程度阴性 10 例, 轻度 11 例, 中度 9 例, 重度 2 例。经统计学处理, 两组间差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组以泻心消痞汤治疗, 基本方: 党参 30g, 谷芽、麦芽各 20g, 半夏、神曲各 15g, 鸡内金、莱菔子、厚朴、枳实、白术各 10g, 黄连、黄芩、干姜、炙甘草各 6g, 大枣 6 枚。胀满选用延胡索 15g, 佛手 10g, 甘松、玫瑰花各 6g; 暖气选用柿蒂、旋覆花各 15g, 丁香、降香各 6g; 苔白厚腻选用佩兰、藿香各 10g, 草果仁、砂仁各 8g。重度萎缩、肠化生、异型增生等, 可结合辨病, 适当选用白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、石见穿、乌梅、丹参、三七、三棱、莪术。每日 1 剂, 水煎取汁 400ml, 分早晚 2 次温服。对照组

给予养胃颗粒(正大青春宝药业有限公司生产, 国药准字 Z33020174), 每次 1 包, 每日 3 次温服。每组均服药 4 周为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。治疗期间均停服其他影响疗效观察的药物, 注意饮食调摄并忌酒。

2.2 观察指标

每 1 个疗程后进行主要临床症状积分判断, 症状打分参考标度尺进行半定量观察(标度尺为 150mm, 分为轻、中、重三个区间, 即 0~50mm 为轻度, 51~100mm 为中度, 101~150mm 为重度。由医生指导患者, 根据自身主客观体验, 指认症状所处的区间和分数。如症状加重, 分数增加。症状减轻, 分数减少。

然后采用 4 级评分法^[1], 治疗前后将主要症状(胃脘胀满、胃脘疼痛、暖气泛酸、胃中嘈杂和饮食减少)分别计 0~3 分, 按治疗前后症状总分数, 统计分析疗效。3 个疗程结束后进行胃镜、病理组织复查。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照 1989 年 10 月第五届全国脾胃病学术会议制定的《慢性萎缩性胃炎(CAG)疗效判定标准》。临床痊愈: 临床主要症状、体征消失; 胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度; 病理组织检查肠上皮化生恢复正常或消失。显效: 临床主要症状、体征基本消失; 胃镜复查黏膜慢性炎症好转; 病理组织检查肠上皮化生恢复正常或减轻 2 个级度。有效: 临床主要症状、体征明显减轻; 胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上; 病理组织检查慢性炎症减轻 1 个级度以上, 肠上皮化生减轻。无效: 未达到上述标准或反而加重。

3.2 两组治疗前后症状评分变化比较

结果显示, 治疗后两组胃脘胀满、胃脘疼痛、暖气泛酸、胃中嘈杂、饮食减少等症状积分较治疗前均明显下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 治疗组治疗后在改善胃脘胀满和饮食减少方面疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组 64 例, 显效 23 例, 有效 32 例, 无效 9 例, 总有效率 85.9%; 对照组 32 例, 分别为 10 例、14 例、8 例、75.0%, 两组疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组优于对照组。

4 讨论

应用中医药治疗 CAG, 可以使固有腺体萎缩逆转和肠上皮化生或异型增生消退, 而且临床实践已经证明这些病理改变是可以逐步恢复的^[2]。采用辨病论治、随证加减的辨治方法既继承中医之传统, 又利于归纳与发扬。中医对 CAG 的研究, 首先应在病因病机方面, 将中医的传统理论观点与现代医学的新进展联系起来, 寻找更多的共同语言。其次, 在辨病和辨证方面, 要总结出能反映疾病本质的辨证规律。

参考文献

- [1] 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: 139-143.
- [2] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 395-413.

编辑: 黄健