

• 临床报道 •

黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证 30 例

付 强 王祖龙 蒋士卿*

(河南中医学院, 河南省郑州市金水路 1 号, 450008)

基金项目: 河南省重点科技攻关计划资助项目(082102310028)

* 通讯作者: jiangshiqing66@126.com, 13607640006

[摘要] 目的 观察黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法 将 60 例脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组给予黄芪建中汤治疗, 对照组给予维酶素片治疗, 两组均治疗 8 周。观察两组患者治疗前后的中医症状和体征积分, 并判定临床疗效, 观察不良反应。结果 治疗组临床疗效总有效率为 90.00%, 对照组为 63.33%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组治疗后中医症状和体征积分均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗后治疗组低于对照组($P < 0.05$)。两组均未发现明显不良反应。结论 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎疗效肯定, 能改善中医症状和体征。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 脾胃虚寒; 黄芪建中汤; 维酶素

慢性萎缩性胃炎(CAG)是胃黏膜发生萎缩性改变的慢性胃炎, 尤其是伴有肠上皮化生和异型增生的 CAG 属于癌前病变^[1-2], 目前尚无特效治疗方法。我们于 2011 年 6 月至 2012 年 3 月采用黄芪建中汤治疗 CAG 患者 30 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照文献^[2]中有关 CAG 的诊断标准。

中医辨证标准参照《中医内科学》^[3]中脾胃虚寒证。症见: 胃脘胀满或隐痛, 纳呆便溏, 喜按喜暖, 气短懒言, 呕吐清水, 肢软乏力, 舌质淡, 边有齿痕, 脉细弱。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合西医诊断标准和中医辨证标准; 14 天内未使用对本病治疗有影响的药物; 签署知情同意书, 并自愿配合研究者。

排除标准: 重症抑郁、焦虑、双相情感障碍及其他精神病者; 酒精、毒品、药物依赖者; 有进食障碍者; 对治疗药物过敏者; 孕期及哺乳期妇女。

1.3 脱落标准与剔除标准

①出现过敏反应或严重不良事件者; ②病程中病情恶化, 根据医生判断应该停止者; ③在临床试验过程中依从性较差, 不愿意继续进行治疗者。

1.4 一般资料

60 例均来自 2011 年 6 月至 2012 年 3 月河南

中医学院第三附属医院消化科门诊的 CAG 患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 30~70 岁, 平均 (49.60 ± 6.11) 岁; 病程 1~8 年, 平均 (5.07 ± 1.01) 年。对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 40~66 岁, 平均 (54.60 ± 5.64) 岁; 病程 1~10 年, 平均 (5.06 ± 2.24) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组给予维酶素片(四川大冢制药有限公司生产, 批号: 2010081006, 每片 0.2g), 每次 1g, 每日 3 次, 口服。

治疗组给予黄芪建中汤, 组成: 黄芪 30g, 桂枝 9g, 白芍 18g, 饴糖 30g, 甘草 6g, 大枣 6 枚, 生姜 9g。每日 1 剂, 每日 2 次, 温服。

两组患者均治疗 8 周, 治疗结束后统计疗效。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 中医症状和体征积分 参照文献^[4]有关标准, 包括胃痛、纳食、呕吐清水、胃胀、喜按喜暖、便溏、肢体乏力、气短懒言。分别于治疗前后进行评分: 无计 0 分; 轻计 1 分; 中计 2 分; 重计 3 分。

2.2.2 安全性评价指标 包括血常规、大便常规、尿常规、肝肾功能、心电图、肝胆 B 超。

2.3 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。临

床治愈:临床症状和体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转,病理检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生复常或消失;显效:临床主要症状和体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症好转,病理检查证实腺体萎缩范围缩小 1/2 以上;有效:临床主要症状和体征明显减轻,胃镜示炎症减轻,病理检查证实慢性炎症减轻 1 度,腺体萎缩、肠腺上皮化生和异型增生减轻;无效:达不到有效标准或反恶化者。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组 30 例,临床治愈 6 例,显效 14 例,有效 7 例,无效 3 例,总有效率 90.00%;对照组 30 例,临床治愈 3 例,显效 3 例,有效 13 例,无效 11 例,总有效率 63.33%。两组患者临床疗效总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3.2 两组患者中医症状和体征积分比较

表 1 示,两组患者治疗后中医症状和体征积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组降低更明显($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后中医症状和体征积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	21.28 ± 7.41	5.52 ± 3.13 ^{*△}
对照组	30	20.56 ± 8.30	11.37 ± 4.16 [*]

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

$\triangle P < 0.05$

3.3 不良反应

两组患者治疗中未出现明显不适症状,且血常规、大便常规、尿常规、肝肾功能、心电图、肝胆 B 超等治疗前后未出现异常。

4 讨论

CAG 可以归属于中医“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”等病范畴。中医认为,本病的发生多由于外邪犯胃、饮食不节、脾胃素虚、情志不畅、禀赋不足或年老精衰体弱,或久病迁延耗伤正气都可导致脾胃虚弱^[6]。而脾胃虚弱,每易受外淫、饮食、七情所伤,合而为病。素体阳虚,脾胃虚弱,胃失温养;或素体阴虚,脾胃失于濡润,胃失所养;或素体湿热内盛,胃气不和,损伤胃络;或久病体虚,久病入络等均可导致中焦气机失常,受纳腐熟功能下降,发为与 CAG 的相关症状。治疗宜“益气健脾,缓急止痛”,方用黄芪建中汤。

黄芪建中汤由桂枝、甘草、大枣、白芍、生姜、胶

饴糖、黄芪等组成。黄芪甘、温,归脾、肺经,具有补气升阳、益卫固表、利水消肿、托疮生肌作用,为本方君药。桂枝辛、甘、温,归心、肺、膀胱经,具有发汗解肌、温通经脉、助阳化气功效。桂枝合甘草具有温经通阳作用^[7];白芍苦、酸、甘、寒,归肝、脾经,具有养血调经、平肝止痛、敛阴止汗的功效。白芍合甘草,具有缓急止痛、养阴生津作用;桂枝、白芍、甘草共为臣药。生姜辛、温,归肺、脾、胃经,具有发汗解表、温中止呕、温肺止咳的功效;饴糖甘、温,归脾、胃、肺经,具有补中缓急、润肺止咳的功效。生姜、大枣、饴糖共为佐药;甘草味甘、平,归心、肺、脾、胃经,具有益气补中、清热解毒、祛痰止咳、缓急止痛、调和药性的功效为使药。《本草正》云:“(甘草)得中和之性,有调补之功,故毒药得之解其毒,刚药得之和其性,表药得之助其外,下药得之缓其速。随气药入气,随血药入血,无往不可,故称国老。惟中满者勿加,恐其作胀,速下者勿入,恐其缓功,不可不知也。”全方共奏益气健脾、缓急止痛之功。

本研究结果显示,黄芪建中汤可以明显提高脾胃虚寒型 CAG 患者的总有效率,降低患者中医症状和体征积分,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。临床观察未发现黄芪建中汤有明显毒副反应,CAG 的治疗应防治结合,注意饮食、生活、情绪的调养,可以预防本病,缩短疗程,减少复发。综上,黄芪建中汤能明显改善 CAG 脾胃虚寒证患者的临床症状、体征,且毒副作用较小,值得进一步研究推广。

参考文献

- [1]赵晶,孟捷,杨晋翔,等. 消痞颗粒对慢性萎缩性胃炎伴不典型增生大鼠胃黏膜增殖和凋亡的影响[J]. 中医杂志, 2012,53(24):8112-8124.
- [2]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006,11(11):674-684.
- [3]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:374.
- [4]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.
- [5]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第 2 辑)[S]. 1995:108-112.
- [6]李永乐,张锐,董秋梅,等. 朱宗元治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医杂志, 2013,54(10):823-824.
- [7]郑逢民,吴品琮,季海峰,等. 泻心消痞汤治疗萎缩性胃炎 64 例[J]. 中医杂志, 2010,51(2):149-151.

(收稿日期:2013-05-10;修回日期:2013-08-10)

[编辑:叶晨]