

清热和胃方治疗萎缩性胃炎疗效观察

范一宏, 乔樵, 吕宾

范一宏, 乔樵, 吕宾, 浙江省中医院消化科 浙江省杭州市 310006
项目负责人: 范一宏, 310006, 浙江省杭州市, 浙江省中医院消化科.
hzhzl518352@zjip.com
电话: 13157178717
收稿日期: 2004-09-13 接受日期: 2004-10-20

摘要

目的: 观察清热和胃方治疗中医证属脾胃气虚、兼有瘀热证的慢性萎缩性胃炎的临床疗效。

方法: 治疗组与养胃冲剂对照组, 随机进行分配和双盲法口服治疗, 疗程均 3 mo。

结果: 治疗组(26例)、对照组(26例)对萎缩性胃炎的疗效分别为 73.1% 和 42.3%, 差异显著($P < 0.05$)。

结论: 清热和胃方剂治疗胃黏膜萎缩在组织学上较养胃冲剂有显著改善作用。

范一宏, 乔樵, 吕宾. 清热和胃方治疗萎缩性胃炎疗效观察. 世界华人消化杂志 2005;13(2):270-271
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/270.asp>

0 引言

胃镜普查证实, 我国人群中慢性胃炎的发病率高达 60% 以上, 萎缩性胃炎约占其中的 20%。慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)属于一种癌前状态, 已被世界公认。目前尚无较好的药物逆转该病。我们用清热和胃方治疗萎缩性胃炎, 并对其疗效进行观察, 并探讨可能的治疗机制。

1 材料和方法

1.1 材料 CAG 诊断参照 1982 年 10 月《中华内科杂志》编委会胃炎诊断座谈会制定的诊断标准; 中医辨证表现为脾胃气虚、兼有瘀热证, 主症: 胃脘胀满; 兼症: 除主症外, 可兼有: (1) 胃脘疼痛、(2) 嘈杂、(3) 嗝气、(4) 口苦、(5) 便溏、(6) 纳呆, 舌质淡红或暗红、或有舌下静脉曲张、增粗、瘀紫, 苔薄白或黄, 舌胖有齿痕, 脉细或细弦等症状。除主症及舌、脉必备外, 尚应具备兼症(1)–(6)中的二项以上即可。中医症状以半定量积分法表示, 无症状为 0 分、轻度为 1 分、中度为 2 分、重度为 3 分。所有病例均经电子胃镜确诊, 并进行病理学检查以明确胃黏膜萎缩程度, 并排除合并有胃、十二指肠溃疡、胃癌, 或病理诊断证实有恶变者、合并有心血管、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病患者。选择符合上述标准的病例 52 例, 均为 2001-01/2001-12 门诊患者。随机分为治疗组 26 例, 其中男 10 例, 女 16 例, 年龄 39–65 岁, 平均(50.27 ± 7.10 岁)。

对照组 26 例, 其中男 12 例, 女 14 例, 年龄 38–65 岁, 平均(50.81 ± 9.57 岁)。两组患者性别、年龄和病程比较 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法 采用双盲随机对照临床试验设计, 将慢性萎缩性胃炎分为两组(治疗组与对照组), 清热和胃方组成: 太子参、炒白术、丹参、广西血竭、柴胡、黄芩、赤白芍、炙甘草、水线草、蜀羊泉等(上海中药制药一厂生产), 对照组为养胃冲剂(浙江青春宝集团公司生产), 两组服用方法均为 3 次/d, 每次 1 包, 疗程为 3 mo。治疗期间停用一切影响本试验的药物。

1.2.1 观察 于用药前记录患者临床表现, 以后间隔 2 wk 记录 1 次, 胃镜征象、病理表现及腺体萎缩程度根据轻中重分级标准分别记为 1, 2, 3 分。采取病理方法: 在电子胃镜直视下于胃窦距幽门口 2 cm 的大弯、小弯、前壁和后壁各取一块活检(共 4 块)。

1.2.2 疗效评定标准 参照 1998-11 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会南昌会议制订的“慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准”。临床疗效评定: 临床症状和体征消失为临床痊愈; 临床症状明显改善, 治疗前后积分下降 2/3 以上为显效; 临床症状改善, 治疗前后积分下降 1/3–2/3 为有效; 临床症状无改善, 治疗前后积分下降 1/3 以下为无效。胃镜疗效评定: 腺体萎缩恢复正常为临床痊愈; 腺体萎缩基本恢复正常, 或减轻 2 个级差为显效; 腺体萎缩减轻 1 个级差为有效; 无变化为无效。

统计学处理 等级分组资料比较用 Ridit 检验。

2 结果

两组临床总有效率及胃镜、病理疗效比较(表 1、2)。两组完成疗程的患者服用药物期间均无明显不适, 顺利结束疗程。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是临床上难以治愈的疾病, 其病因复杂, 可能由多种不同的病因而致胃黏膜遭到反复损害后, 累及胃黏膜深处的腺体, 最终可导致不可逆的萎缩, 甚至腺体消失, 部分发生癌变。目前对于萎缩可否逆转存在很大争议。中医药不仅在改善症状和解除病痛方面具有良好的疗效, 在改善和逆转病理变化方面也占有较大优势。我们在最近观察的清热和胃方治疗萎缩性胃炎 26 例患者中, 临床有效率达 100%, 胃镜及病理综合有效率达 58.5%。

清热和胃方组成在国内文献中治疗萎缩性胃炎尚未见报道。现代医学及药理研究对其方剂中的部分单味药已表明, 白术等益气药能增强机体网状内皮系统的吞噬功能,

表1 两组中医证候总体疗效比较

用药分组	n	疗效判定				显效率 (%)	总有效率 (%)	Ridit 检验(U值)
		痊愈	显效	有效	无效			
治疗组	26	17	7	2	0	92.3	100	0.979
对照组	26	12	11	3	0	88.5	100	

$P > 0.05$, 两组疗效比较无显著性差异.

表2 两组病理改变疗效比较

用药分组	n	疗效判定				显效率 (%)	总有效率 (%)	Ridit 检验(U值)
		痊愈	显效	有效	无效			
治疗组	26	0	5	14	7	19.2	73.1	0.652
对照组	26	0	3	8	15	12.5	42.3	

$P < 0.05$ vs 对照组.

消炎镇痛, 并且可增加胃黏膜表面黏液凝胶原厚度, 在胃黏膜受损时, 能维持正常的胃黏膜血流, 具有保护胃黏膜的作用^[1]. 丹参等可改善胃黏膜微循环, 增加血流量, 使局部缺血缺氧得到改善, 促进局部炎症吸收及萎缩腺体复生^[2]. 丹参、黄芩等^[3-5]还有抑制幽门螺杆菌作用, 并可消除胃黏膜炎性病变、抑制胃细胞不典型增生与增生.

按张镜人教授长期的临床经验, 从“中焦如衡, 非平不安”着眼, 对本病的辨证抓住脾胃气虚, 肝胃不和, 胃络瘀阻的发病机制, 结合症状、舌苔、脉象的综合分析, 认为“气虚血瘀”是CAG辨证的主流. 故立清热和胃、调气活血为治疗原则, 熔益气健脾、理气和胃、活血行瘀、清化瘀热为一炉. 方中太子参补而不膩; 合白术益气健脾; 丹参、赤芍、广西血竭, 活血和营; 柴胡、黄芩清热和胃, 升降并调; 芍药、甘草酸甘化阴, 和中泻木, 缓急止痛; 水线草、蜀羊泉等清化瘀热, 消痈肿、祛热毒, 诸药相合, 相得益彰. 因此清热和胃方剂的作用, 可能是通过调整机体机能, 同时改善胃内环境, 综合了提高机体功能、改善胃动力、保

护胃黏膜屏障、改善黏膜血流、清除 *H. pylori* 等多种功能, 在改善症状的前提下, 为胃黏膜腺体萎缩的修复、再生提供了良好的环境, 同时也有助于肠腺化生和不典型增生病理改变的减轻或消除.

我们的研究表明清热和胃法对于萎缩性胃炎临床症状有不同程度的缓解, 在组织学上亦有明显的改善和逆转作用. 故认为清热和胃法治疗后, 胃镜直视黏膜变化及病理活组织变化是可以逆转的. 在CAG病因尚不完全清楚的情况下, 早期选择清热和胃方治疗, 不仅可能阻止病变以及进展, 而且对降低胃癌的发病率也是大有裨益的.

4 参考文献

- 1 胡研萍, 杨国红. 萎缩性胃炎脾虚证中医研究进展. 河南中医学院学报 2003;18:78-81
- 2 葛文松, 刘杰民, 安祯祥, 王敏. 中医药对逆转慢性萎缩性胃炎病理变化的探讨. 四川中医 2004;22:19-20
- 3 王绪霖, 缴稳玲, 吕宗舜, 杨恕, 陈桂芳. 抑制幽门螺杆菌中药的初步筛选. 中国中西医结合杂志 1994;14:534-536
- 4 张存钧, 蒋振明, 张镜人. 中药对 *Hp* 抑制作用的体外实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志 1997;5:168-169
- 5 吴芳, 易受乡. 中医药对胃黏膜损伤保护作用机制研究进展. 中国中医药信息杂志 2003;10:76-78

编辑 张海宁