

柴胡疏肝散加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎临床研究

沈磊

(石嘴山市中医医院脾胃肝病科 宁夏 石嘴山 753000)

【摘要】慢性萎缩性胃炎是一种消化科常见病及多发病,发病因素众多,经过抑酸及促进胃肠动力等治疗后症状可改善,但病情易反复,中医药治疗慢性萎缩性胃炎有良好的疗效。

【关键词】肝胃气滞;慢性萎缩性胃炎

【中图分类号】R242

【文献标识码】A

【文章编号】1674-1412(2021)04-0160-01

慢性萎缩性胃炎(CAG)是慢性胃炎的一种类型,系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和假幽门腺化生(IM)的一种慢性胃部疾病。该病可归属中医“胃脘痛”范畴。多受情志、饮食、遗传、环境等因素影响,临床表现为上腹部胀痛,泛酸烧心,恶心,纳差等消化道症状,部分患者还有乏力、消瘦、健忘、焦虑、抑郁等症状,治疗上予以抑酸、促进胃肠动力、保护胃黏膜治疗,但治疗效果欠佳,病情容易反复,使用中医制剂,症状可以得到有效的控制,部分肠上皮化生可以逆转,笔者以柴胡舒肝散加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎并进行临床观察,从而探讨中医药治疗CAG的有效性,现将研究资料与结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2020年1至12月于本院脾胃肝病科住院治疗的86例肝胃气滞型CAG患者,按照随机数字表法分为两组,对照组和治疗组,各43例。对照组中,男12例、女31例,年龄35~86岁,病程3~15年;治疗组中,男13例、女30例,年龄32~78岁,病程2~17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。

1.2 诊断标准

西医诊断均符合《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[1],中医诊断参考《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[2]中诊断标准,证属肝胃气滞证,临床表现为胃脘胀痛,或伴胀满不适、胸闷不舒、纳差、舌苔薄白、脉弦。

1.3 纳入标准

符合慢性萎缩性胃炎诊断标准的患者;符合本临床观察中医证型(肝胃气滞)诊断标准者;自愿参加本研究组。

1.4 排除标准

伴有严重心肺疾病的患者,依从性差,不愿意配合治疗的患者。

2 治疗方法

对照组给予西医常规治疗,泮托拉唑钠针40mg,静脉滴注10天,之后改为泮托拉唑钠片,每次40mg,每日一次。治疗组给予柴胡舒肝散加减,处方:柴胡12g、枳壳15g、白芍12g、川芎12g、香附15g、陈皮10g、甘草6g,疼痛明显者加川楝子15g、延胡索15g,腹胀明显者加厚朴10g、莱菔子10g,伴烦躁不安者,加百合20g、郁金15g。治疗组与对照组均治疗1个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标

对两组患者治疗后的胃脘胀满、泛酸烧心、嗝气、纳差等主要症状进行积分统计。

3.2 疗效评价标准

中医证候疗效标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]

拟定。痊愈:中医证候基本消失,症状积分减少 $\geq 95\%$;显效:中医证候明显好转, $95\% >$ 症状积分减少 $\geq 70\%$;有效:中医证候有所缓解, $70\% >$ 症状积分减少 $\geq 30\%$;无效:中医证候无改善,症状积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法

采用SPSS 22.0统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组症状疗效比较(表1)

表1 两组症状疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	43	23.25%	62.79%	6.97%	6.97%	93.02%
对照组	43	18.6%	60.46%	9.3%	11.62%	88.37%

3.4.2 两组中医证候疗效比较(表2)

表2 两组中医证候疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	43	26.75%	64.67%	7.15%	1.43%	98.57%
对照组	43	20.32%	61.4%	10.35%	7.93%	92.07%

4 讨论

慢性萎缩性胃炎属中医“胃脘痛”范畴,最早记载于《内经》,如《灵枢·经脉》说:“脾足太阴之脉……入腹,属脾,络胃……是动则病舌本强,食则呕,胃脘痛,腹胀,善噯,得后与气,则快然如衰。”肝与脾胃关系密切,从肝论治胃痛应调肝之用,肝疏泄功能正常,胃自安和,即所谓“治肝可以安胃”。肝胃气滞型多以女性多见,伴有轻度抑郁、焦虑,《景岳全书》中使用柴胡舒肝散加减治疗,方中柴胡、芍药、枳壳、川芎、香附、甘草等6味药物组成,具有疏肝行气、活血止痛的功效。现代药学研究柴胡舒肝散已广泛应用于原发性抑郁症及其他疾病伴见抑郁症的临床治疗中,刘永辉等^[4]以柴胡疏肝散治疗30例原发性抑郁症患者4周,患者脑干听觉诱发电位Ⅲ波潜伏期及视觉诱发电位各波潜伏期均较治疗前明显缩短($P < 0.01$),且疗效优于盐酸帕罗西汀。柴胡舒肝散加减在治疗慢性萎缩性胃炎肝胃气滞型患者方面优于对照组,笔者认为这也和柴胡疏肝散抗抑郁作用有关,可以将此方制成颗粒剂以便于服用,有助于临床推广。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-679.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-128.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 刘永辉,曾胜,段志刚,等. 柴胡疏肝散对原发性抑郁症患者脑诱发电位的影响[J]. 湖北中医杂志,2014,36(2):5-6.