

中西医结合治疗老年慢性萎缩性胃炎的临床效果分析

王 琨 李文江 马绍昌 (通讯作者)

(昆明市官渡区人民医院 650000)

摘要: 目的: 通过调查分析中西医结合治疗老年慢性萎缩性胃炎, 探讨其治疗效果。方法: 通过筛选我院 2020 年 3 月至 2021 年 4 月期间在我院治疗的 84 例老年慢性萎缩性胃炎患者, 并以此为研究对象, 并依据随机数字表法将期分为对照组和观察组, 其中对照组 42 例患者, 观察组 42 例患者, 对照组患者治疗措施是常规治疗, 观察组患者治疗措施是中西医结合治疗, 治疗之后对两组患者的治疗效果、临床症状以及并发症发生情况进行对比分析。结果: 观察组治疗有效率为 97.56%, 明显高于对照组的 82.92%, 组间数据比较具有明显差异性 ($P < 0.05$); 观察组胃脘痛 (1.02 ± 0.21)、嗝气 (0.85 ± 0.22) 分、纳差 (1.12 ± 0.21) 分、胀满 (0.66 ± 0.19) 分明显低于对照组, 数据具有明显差异性 ($P < 0.05$); 观察组并发症 2 例 (4.88%), 对照组为 7 例 (17.07%), 组间数据比较有明显差异 ($P < 0.05$)。结论: 老年慢性萎缩性胃炎患者应用中西医结合治疗可明显改善临床症状, 提升治疗有效率, 降低并发症发生率, 安全性更佳, 值得推广使用

关键词: 中西医结合治疗老年萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎简称萎缩性胃炎, 是消化系统高发的病症, 有着患者病情发生率高、难愈以及复发率高等特征, 患者临床表现为嗝气多发、上腹部胀气、纳差以及腹部疼痛等症状, 在老年群体中比较常见, 对老年人生活质量产生严重影响。在临床上, 采用西药治疗老年慢性萎缩性胃炎能够缓解患者的临床症状, 并起到抑制作用, 但是不能根治。在治疗胃病方面, 我国中医将胃病归属“痞满”范畴, 以胃气虚弱和病症演变为病机。中医治疗慢性萎缩性胃炎安全性好、效果明显, 同时治疗费用也比较低, 所以近年来中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎越来越被医学界关注。慢性萎缩性胃炎是一种较高发病率的胃疾病, 常伴有胃黏膜萎缩、肠上皮化生、不典型增生以及固有腺体消失或数量减少等临床症状, 慢性萎缩性胃炎有着典型的病理特征, 但是长期以来都没有取得理想的临床效果。当前, 医学上治疗慢性萎缩性胃炎一般采取中西医结合治疗的方式进行, 西医药物治疗主要是改善患者病症, 使慢性萎缩性胃炎患者能够有效缓解肠腺增生和不典型增生等病症; 临床上中西治疗主要是采取通过结合病症进行辨证分型治疗方法, 本文就对中西医结合治疗老年慢性萎缩性胃炎的临床效果进行分析探讨, 具体如下:

1. 研究资料与方法

1.1 研究资料

通过筛选我院 2020 年 3 月至 2021 年 4 月期间在我院治疗的 84 例老年慢性萎缩性胃炎患者, 并以此为研究对象, 并依据随机数字表法将期分为对照组和观察组, 其中对照组 42 例患者, 观察组 42 例患者。对照组患者男、女比: 22: 21, 年龄为 55-68 岁, 病程为 8 个月至 12 年; 观察组患者男、女比例为: 21: 20, 年龄为: 59-77 岁, 病程为 6 个月至 14 年; 本次研究两组患者的一般资料比较无差异, 两组一般资料比较无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性。

1.2 诊疗标准

本次研究中疗效标准为: 符合我国《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准 (试行方案)》标准。患者主症为: 反酸、嗝气、肋肋胀闷、纳呆以及胃脘痛。西医诊疗标准为: 符合我国《中国慢性胃炎共识意见》有关老年慢性萎缩性胃炎的诊疗标准。本次研究纳入标准为: a 年龄 ≥ 55 岁; b 患者有良好的精神状态; c 患者 H p 感染; d 患者有嗝气和腹部疼痛等症状; e 患者有良好的认知能力和沟通能力。本次研究的排除标准为: a 不配合的患者; b 患者有器质性损伤或者心肾功能障碍; c 患者近期有过激素药物治疗情况; d 患者有语言沟通障碍或精神疾病; e 患者中途突出或相关资料不全; f 患者有过敏或与本研究有禁忌证; 本次研究获得患者和家属同意以进行研究工作。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组治疗方法

本次研究中, 将对照组患者给予西药进行干预治疗, 即: 使用

阿莫西林 (批准文号: H C 20130014, 澳美制药厂) 进行治疗, 患者口服, 每天 3 次, 0.5 g /次; 雷贝拉唑肠溶胶囊 (国药准字: H 20052317, 丽珠集团丽珠制药厂) 规格: 10mg \times 7s, 早晨口服, 每天 1 次, 20 mg /次; 口服胶体果胶铋胶囊 (国药准字: H 10920072, 50mg \times 24 s), 每天 4 次, 3 颗 /次, 叮嘱患者餐前 1 h 或者睡前口服; 口服呋喃唑酮片 (国药准字: H 14023937, 山西云鹏 制药有限公司), 每天 3 次, 0.1 g /次。4 周为一个疗程。

1.3.2 观察组治疗方法

本次研究中, 观察组患者在对照组治疗干预的基础上, 配合益胃化瘀汤干预治疗, 房子为: 刺猬皮和枳实各 15 g、石斛和徐长卿各 12 g、(佛手、没药、半夏、麦冬) 各 10 g、6 g 黄连、5 g 砂仁、20 g 太子参。对于伴有恶心呕吐患者: 在方内加苏梗和藿香各 10 g; 给予胃阴亏虚的患者: 方内加 15 g 炒莱菔子、槟榔和苏梗各 10 g; 给予脾胃虚寒患者: 方内加 10 g 槟榔、8 g 厚朴、20 g 枳壳; 对于胃络瘀血患者给予: 方内加苏梗和旋覆花各 10 g、15 g 内加柿蒂、3 g 沉香。上述方药以上配方用 800 ml 清水熬至剩余 400 ml 药汤即可, 患者可早晚加温后口服, 1 剂/天, 4 周为一个治疗周期。

1.4 研究评价标准

(1) 本次研究对两组患者的治疗效果评价标准为: 患者治疗后痊愈: 治疗结束后患者相关病症消失, 检查显示胃黏膜组织正常, 患者有正常食欲; 患者治疗显效为: 患者症状得到改善, 相关检查显示胃黏膜组织病变得减轻; 患者治疗无效为: 经过为期 4 周的治疗未达到理想治疗效果甚至患者出现病情恶化的情况。

(2) 对孩子治疗后患者临床症状, 本次研究采用《胃肠疾病中医症状评分表》对本次研究患者进行胃嗝气、胀满、胃脘痛以及纳差等临床症状评分, 治疗后患者无症状记为: 0 分; 治疗后患者有轻微症状记为: 1 分; 治疗后患者轻微胃嗝气、胀满、胃脘痛以及纳差等临床症状, 并不影响日常生活的记为: 2 分, 当患者临床症状严重并对日常生活与工作能力产生影响的记为: 3 分。

(3) 本次研究中, 对患者的腹泻、贫血以及胃溃疡等不良反应进行比较分析, 采用百分比 (%) 比较两组治疗不良反应发生率

1.5 数据统计方法

本文对研究数据采用 SPSS23.0 软件对本次研究数据统计分析, 采用 ($\bar{X} \pm s$) 表示计量数据, 两组间比较通过 t 和 χ^2 进行检验, 采用 (%) 表示计数资料, 当 $P < 0.05$ 差异显著为有统计学意义。

2. 研究结果

2.1 两组治疗后效果比较分析

经过为期 4 周的治疗, 两组患者治疗结果显示对照组中痊愈患者为 21 例, 有效的为 16 例, 治疗无效的患者为 5 例, 对照组治疗总有效率为 88.1%; 观察组患者中痊愈的为 26 例, 有效的为 15 例, 1 例患者治疗无效, 观察组患者治疗后总有效率为 97.5%, 可见采

取中西医结合治疗的观察组患者只来后的效果优于对照组治疗效果, 两组差异显著具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1。

表 1. 两组治疗后效果比较(n,%)

分组	例数	痊愈	显效	无效	总有效率 (%)
对照组	42	21	16	5	37 (88.1)
观察组	42	26	15	1	41 (97.6)
X^2					9.867
p					0.003

2.2 两组患者治疗后临床症状比较分析

本次研究中对两组患者治疗后的临床症状进行了分析比较, 治疗后观察组的患者胃暖气、胀满、胃脘痛以及纳差各症状积分都低于对照组, 两组间数据比较差异显著, ($P < 0.05$) 有统计学意义, 如表 2。

表 2 两组治疗后临床症状对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	暖气	胀满	胃脘痛	纳差
对照组	42	2.28 ± 0.18	2.12 ± 0.34	2.28 ± 1.14	2.20 ± 0.65
观察组	42	0.86 ± 0.24	0.64 ± 0.21	1.12 ± 0.25	1.14 ± 0.22
t		4.524	3.461	3.522	3.542
p		0.011	0.013	0.016	0.012

2.3 两组患者并发症发生率比较分析

通过对比分发现, 经过 4 周的治疗后观察组患者并发症为 3 例, 发生率为 (7.1%), 对照组患者并发症发生 8 例, 发生率为 (19.0%), 两组数据对比差异显著 ($P < 0.05$) 具有统计学意义, 如表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较 [n (%)]

分组	例数	腹泻	贫血	胃溃疡	发生率 (%)
对照组	42	3 (7.1)	1 (2.4)	4 (9.5)	8 (19.0)
观察组	42	1(2.4)	0 (0.0)	2 (4.8)	3 (7.1)
X^2					12.51
p					0.000

3. 分析与讨论

大量的临床研究表明, 长时间的慢性浅表性胃炎如果反反复发, 就会发展成为上腹不适、呕吐恶心以及早饱等慢性萎缩性胃炎临床主要病症。在临床上, 真正的慢性萎缩性胃炎的病因其实还不清楚, 但是从病因的因素看包括: (1) 有研究显示, 慢性萎缩性胃炎的患者其发病率与年龄呈正比, 当患者年龄增加 10 岁 1 个单位, 患者发病率增加 14% 左右, 而老年人是慢性萎缩性胃炎发病率较高的群体。

(2) 慢性萎缩性胃炎病因之一是慢性浅表性胃炎的发展。大量的研究数据显示, 20 左右% 的浅表性胃炎如果发展一段时间, 就可能成为成为更严重的慢性萎缩性胃炎的情况; (3) 慢性萎缩性胃炎病因可能受到家庭遗传因素造成, 通过相关的研究和文献查询显示, 慢性萎缩性胃炎与家庭关系密切相关, 数据显示有血缘关系的发病率高出没有血缘关系的 20 多倍; (4) 在大量的文献和研究中发现, 患者与铅等重金属接触的人其慢性萎缩性胃炎发生率比较高; (5) 在研究中还发现, 长时间开展放射照射的工作人员, 其胃黏膜的损害十分大; (6) 研究显示, 缺铁性的患者其胃比较容易出现炎症, 增加了萎缩性胃炎的概率。另外, 患者体质差、感染肝炎、胆汁反流、免疫低下以及幽门螺旋杆菌感染等都是萎缩性胃炎发生

的危险性病因。萎缩性胃炎病因比较多, 这就使得萎缩性胃炎治疗增加了难度和发病率。大量的研究表明, 基于保护胃黏膜和消炎处理基础上, 对老年慢性萎缩性胃炎患者单纯的西医抗感染和胃动力治疗, 治疗效果不理想, 同时增加了患者反复发作情况, 给患者带来了严重的副作用和心理压力, 局限性太大。所以, 对老年慢性萎缩性胃炎患者的治疗近年来逐渐向生津益气以及胃降逆为主要治疗措施。

当前, 西医治疗慢性萎缩性胃炎主要是消除幽门螺杆菌感染和抑制胃酸分泌为干预措施。我国中医在治疗胃病方面历史悠久, 有着丰富的治疗经验, 中医中将老年慢性萎缩性胃炎归为“胃痞”和“胃脘痛”范畴。中医认为老年慢性萎缩性胃炎是由脾胃气机失调、饮食失节或者情志造成, 中医治疗慢性萎缩性胃炎患者的时候, 通常采取以患者湿热内阻、肝脾失衡、肝胃不和、气痰浊中阻、脾胃虚弱以及血瘀阻等为病症, 研究相应的治疗措施。本研究中益胃化痰汤方子中, 太子参具有健脾补脾和益气生津的功效, 患者脾虚乏力、食欲不振使用; 佛手和没药和具有止痛、补血和益气舒肝的功效; 而石斛具有甘凉润泽的功效; 麦冬具有健脾补气和益胃养阴的功效, 适用于脾虚泄泻患者。中医益胃化痰汤有着: 集补、消以及活血化痰五大特点, 治疗效果显著, 使用处方比较简单。近年来的研究显示, 中医益胃化痰汤对胃肠蠕动有着促进作用, 能够促进胃分泌腺萎缩的自我修复以及胃黏膜屏障功能的恢复。

由本次研究可见, 采用中西医结合治疗老年慢性萎缩性胃炎效果明显, 经过 4 周的治疗后观察组患者并发症为 3 例, 发生率为 (7.1%), 对照组患者并发症发生 8 例, 发生率为 (19.0%) 中西医结合治疗的并发症发生率较单独使用西药治疗要低; 治疗总有效率上, 对照组治疗总有效率为 88.1%; 观察组患者治疗后总有效率为 97.5%, 显著高于纯西医治疗的对照组; 治疗后观察组的患者胃暖气、胀满、胃脘痛以及纳差各症状积分都低于对照组。

总之, 慢性萎缩性胃炎病因比较多, 治疗难度大, 通过中西医结合治疗措施能够有效提高治疗效果和减轻病症, 降低患者的并发症发生率, 使用简单、价格实惠, 大大减轻患者的治疗压力, 应进一步加强研究临和临床推广。

参考文献:

- [1]对慢性萎缩性胃炎患者进行中西医结合治疗的效果分析[J]. 李德朝. 当代医药论丛. 2016(16)
- [2]中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对胃黏膜免疫相关指标的影响[J]. 喻媛媛, 张压西. 实用心脑血管病杂志. 2019(S1)
- [3]益气健脾方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者临床疗效及安全性观察[J]. 陈春妃. 现代消化及介入诊疗. 2018(04)
- [4]中医治疗慢性萎缩性胃炎临床研究进展[J]. 段浩博, 周焕荣, 王艳艳, 赵艳, 段素社. 现代中西医结合杂志. 2017(12)
- [5]中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的疗效探讨[J]. 严炜. 内蒙古中医药. 2017(20)
- [6]中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果观察[J]. 郭金胜. 临床医药文献电子杂志. 2017(79)
- [7]中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J]. 朱伟荣. 中医临床研究. 2019(05)
- [8]中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎患者的临床效果[J]. 龚享铜. 医疗装备. 2017(22)