

半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床疗效

万全正

(青海省海北州门源县中医院 青海门源 810399)

摘要: 目的: 比较不同药物方案治疗慢性浅表性胃炎(CSG 脾胃湿热型)疾病取得的效果。方法: 将 2021.1~2022.12 收治的 68 例 CSG 患者分成对照、试验组两组, 各 34 例, 分别采用常规西药、半夏泻心汤加减治疗, 治疗前后分别测评各组病患的中医证候积分, 计算总有效率及复发率, 在组间对比分析以上观察指标。结果: 治疗后, 试验组患者各项中医证候积分低于本组治疗前及同期对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。试验组治疗总有效率、复发率分别是 91.18%、5.88%, 对照组为 67.65%、23.53%, 差异有统计学意义 (X^2 分别为 4.512、3.851, P 分别等于 0.031、0.036 均 < 0.05)。结论: 对于脾胃湿热型 CSG 患者, 进行半夏泻心汤加减治疗, 能更好地控制症状, 增进疗效, 减少复发风险, 值得推广。

关键词: 慢性浅表性胃炎; 脾胃湿热型; 半夏泻心汤加减疗法; 效果观察

CSG 是消化内科临床上一种常见病, 现已经证实, 幽门螺旋杆菌(Hp)感染是本病的主要病因, 多数患者没有任何症状, 出现症状的患者会非特异性的消化不良症状, 比如上腹部疼痛、腹胀、餐后饱胀感等, 进食后以上症状可能会加重或减轻。CSG 会对患者身体健康造成不同程度的损害, 降低日常生活质量与工作效率, 造成家庭医疗支出明显增多^[1]。西药治疗 CSG 时能在短期内缓解疾病症状, 遏制病情发展, 但容易出现各种药物副作用, 且停药后复发率很高, 远期疗效欠佳。祖国中医学将 CSG 纳入到“胃脘痛”范畴, 并将本病细分成多个证型, 脾胃湿热型是常见证型之一。中医医家积极分析 CSG 的病机病因, 并形成了很多经典中药方剂, 半夏泻心汤加减疗法就是其一, 为了更好地控制 CSG 患者病情, 改善预后, 本文纳入 68 例脾胃湿热型 CSG 患者资料, 分组对比以证实半夏泻心汤加减治疗的有效性, 为其推广应用提供一些理论依据, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 68 例脾胃湿热型 CSG 患者的病历资料, 就诊时间 2021.1~2022.12。纳入标准: ①CSG 符合中、西医相关诊断标准^[2], 经胃镜检查确诊; ②患者意识清楚, 依从性尚可; ③明确本课题研究的目的、方法等, 在知情同意书上署名。排除标准: ①合并免疫系统疾病者; ②严重过敏体质者; ③处于妊娠或哺乳期的女性; ④并发其他严重的重大疾病者; ⑤有严重精神类疾病或人格障碍者。按照随机数表法将以上患者分成两组, 各 34 例, 每组基本情况如下:

对照组: 男女比例 19:15; 年龄 24~47 岁不等, 均值 (38.33 ± 5.14) 岁; 病程 8 个月~9 年, 平均为 (2.61 ± 0.62) 年。

试验组: 男女比例 1:1; 年龄 22~48 岁, 平均 (39.49 ± 5.30) 岁; 病程 8 个月~10 年, 均值是 (2.85 ± 0.70) 年。

对比两组患者以上基线资料 ($P > 0.05$), 有可比性, 本课题符合《赫尔辛基宣言》。

1.2 方法

表 1 治疗前后组间患者中医证候积分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别 (n)	胃痛	胃胀	烧灼感	纳差	反酸	嗝气
治疗前	试验组 (34)	5.54 ± 1.53	5.61 ± 1.34	5.49 ± 1.36	5.52 ± 0.95	5.51 ± 1.31	5.38 ± 1.34
	对照组 (34)	5.56 ± 1.54	5.58 ± 1.32	5.52 ± 1.42	5.49 ± 1.06	5.48 ± 1.28	5.41 ± 1.19

对照组患者接受常规西药治疗, 对于有反酸、烧心等胃炎症状的患者, 联合使用奥美拉唑及枸橼酸铋钾治疗。奥美拉唑 20 吨/次, 2 次/d, 口服; 枸橼酸铋钾 0.6g/次, 2 次/d, 口服。

试验组运用半夏泻心汤加减疗法, 基本方剂构成: 姜半夏 15g, 干姜、黄芩、人参各 10g, 炙甘草 6g, 黄连 3g 及大枣 3 枚。用药过程中要做到辨证加减: 伴有胃胀症状的患者, 增加木香、佛手各 10g; 伴有灼热感者, 增加生地、玄参各 15g; 伴有明显胃痛感者, 增加元胡、川楝子各 15g; 对于反酸者, 加用煅瓦楞、乌贼骨各 15g; 针对有明显纳差者, 增加神曲 10g, 焦山楂 15g; 对于伴发腹泻的患者, 加炮姜 10g、车前子 15g。以上中药物配伍后, 加水煎煮取汁液温服。100ml/次, 2 次/d, 早晚饭后 30min 服用。

两组均连续用药 30d。

1.3 观察指标

(1) 中医证候积分: 胃痛、胃胀、烧灼感、纳差、反酸及嗝气, 积分越高提示病症越严重。

(2) 疗效判断: 胃镜检查示病患的胃黏膜炎症大体消除, 通过病理学检查发现肠上皮化生及异型增生等症状都消失记为临床治愈; 胃黏膜炎症显著好转, 腺体萎缩减少 $> 50\%$; ③胃黏膜炎症获得减轻, 腺体萎缩减少 25%~50%记为有效; 治疗前后病症未见改善, 或病情愈发严重记为无效。

(3) 疾病复发情况: 出院后进行为期 6 个月的随访观察, 记录复发情况。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 软件处理数据, 中医证候积分用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 检验; 总有效率、复发率用%表示, X^2 计算。可对比数据满足的条件是 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 中医证候积分

治疗前, 两组患者中医证候积分相近, 差异不显著 ($P > 0.05$); 连续用药治疗 30d 后, 各组病患中医证候积分均低于治疗前, 试验组中医证候积分改善程度比对照组更大 ($P < 0.05$)。见表 1。

t	/	0.957	0.784	0.921	0.941	0.857	0.887
P	/	0.094	0.152	0.104	0.097	0.134	0.121
治疗后	试验组 (34)	3.13 ± 0.82	3.16 ± 0.63	3.07 ± 0.52	2.79 ± 1.44	2.98 ± 0.94	2.23 ± 0.63
	对照组 (34)	4.13 ± 0.73	3.92 ± 1.39	3.88 ± 0.84	3.91 ± 0.76	3.82 ± 0.81	2.91 ± 0.85
t	/	3.264	3.714	3.521	4.021	4.127	3.597
P	/	0.041	0.031	0.037	0.027	0.024	0.033

2.2 临床疗效

在治疗总有效率指标上,试验组 vs 对照组为 91.18% vs 67.65%, 差异达到了显著性水平 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 组间患者临床疗效的比较[n,(%)]

组别 (n)	临床治愈	显效	有效	无效	总有效 (%)
试验组 (34)	19	7	5	3	31 (91.18)
对照组 (34)	11	8	4	11	23 (67.65)
X^2	/	/	/	/	4.512
P	/	/	/	/	0.031

2.3 复发情况

在 6 个月的随访中, 各组均没有失访病例。对照、试验组分别有 8 例、2 例, 复发率分别为 23.53% (8/34)、5.88% (2/32)。比较两组复发率, 差异有统计学意义 ($X^2=3.851$, $P=0.036 < 0.05$)。

3 讨论

有报道称^[9], 我国 CSG 的发生率呈现出逐年上升的态势, 在胃镜检查中占全部胃炎的 50%~85%。本病的诱发因素较多, 比如长期摄入生冷油腻刺激性食物、自身免疫因素以及 Hp 感染等均尽可能成为 CSG 的诱发因素。常规西药治疗 CSG 的原则主要包括保护胃黏膜、抗感染、降低胃酸分泌、增强维持胃肠动力水平。奥美拉唑是质子泵抑制药物, 进入人体会使为内酸性环境发生改变, 其主要作用于胃黏膜, 对胃蛋白酶分泌过程产生抑制作用, 进而减少胃酸的分泌量, 进而缓解患者相关症状, 是西医临床治疗 CSG 的常用药物之一。但 CSG 患者采用西药治疗时需要长期不间断用药, 西药自身会对机体产生一定刺激性, 容易使患者出现诸多不良反应, 用药依从性降低; 长期服用西药还可能使患者产生耐药性, 故而很难取得理想的治疗效果。

中医典籍没有 CSG 的确切命名, 结合患者的症状表现, 将其纳入至“胃脘痛”、“痞满”范畴, 患者的病因主要有情志不畅、外邪侵体、饮食不节等。脾胃湿热型 CSG 患者的普遍有着胃脘部隐痛或冷痛, 脘腹痞胀, 消化不良, 恶心等症状。所以疾病治疗过程中重点是解除病因, 修复及保护胃黏膜, 进而控制患者病情, 遏制病情进展恶化成慢性萎缩性胃炎或者上皮内瘤变等严重病症, 最大限度地提升日常生活质量。对于脾胃湿热型 CSG 的治疗原则主要以寒热并用、理气和胃为主, 半夏泻心汤组方出自古代著名医书《伤寒论》, 本组方能够有效调节机体脾胃升降的功能^[6]。

在本次研究中, 治疗后试验组患者的胃痛、腹胀、烧灼感、纳差、反酸及嗝气评分分别是 (3.13 ± 0.82) 分、(3.16 ± 0.63) 分、(3.07 ± 0.52) 分、(2.79 ± 1.44) 分、(2.98 ± 0.94) 分、(2.23 ± 0.63) 分, 均低于对照组的 (4.13 ± 0.73) 分、(3.92 ± 1.39) 分、(3.88 ± 0.84) 分、(3.91 ± 0.76) 分、(3.82 ± 0.81) 分、(2.91 ± 0.85) 分, 差异显著, 提示治疗后试验组内患者病症得到了更好的控制, 这是病情转

归的重要基础。半夏泻心汤方剂姜半夏味辛、性温, 其内含有生物碱、植物固醇、甘氨酸等成分, 治疗痰饮呕吐, 胃脘痞满能取得良好效果。干姜味辛, 性热, 归肺、脾、胃经, 功用以温肺化饮、温中散寒、回阳通脉等为主, 可以用于治疗脾胃受寒, 脾胃阳虚患者, 另外干姜还有消炎、抗缺氧的作用, 治疗中枢神经与心血管系统疾病方面也表现出良好效能。黄芩主要入心、肺、胆、大肠经, 不仅能够清肺热、泻心火、降胃火, 可以除痰浊、解积热, 对胃炎疾病体现出良好的抗菌与抗病毒作用。人参能够大补元气, 有通经活络, 强身健体, 镇静安神, 增强免疫力, 延迟衰老及保护肝脏等诸多作用, 适用于治疗脾胃虚弱相关病症, 促进胃肠消化, 增强胃肠道的蠕动能力^[9]。黄连属于大苦大寒之品, 其作用主要集中在调脾胃、清热燥湿、泻火解毒几方面现代药理学研究证实, 黄连还具备抗病原微生物、抗细菌毒素、抗炎、抗腹泻等功效。大枣性温, 可以用于调理脾胃湿寒、完谷不化相关病症, 还能够减轻由脾气虚引起的乏力、食欲减退、腹泻等症状。炙甘草性温, 归心、肺、脾、胃经, 适用于治疗虚证气虚证, 比如盗汗、脾胃虚弱、乏力, 能够发挥和中益气、健脾养胃的功效。以上中药配伍使用, 共奏活血化瘀、祛痰化、和胃养肝的功效。试验组治疗总有效率 91.18%, 显著高于对照组 67.65%, 差异显著, 与既往部分报道结果相一致^[6], 用数据进一步证实了试验组治疗的有效性。另外, 在本次研究中, 对两组患者均进行了 6 个月的随访观察, 试验组复发率低于对照组, 提示加减半夏泻心汤治疗 CSG 能更好地控制病情, 减少复发率, 优化远期疗效。

综合全文, 对于脾胃湿热型 CSG 患者, 进行半夏泻心汤加减治疗, 能更好地控制症状, 增进疗效, 减少复发风险, 值得推广。

参考文献:

- [1]李兴华,江玉,郝小鹰.连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎 55 例[J].中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15):293-297.
- [2]张博,姜鑫.半夏泻心汤加减联合灌肠方式治疗慢性溃疡性结肠炎的应用研究[J].辽宁中医杂志, 2018, 45(4):3-5.
- [3]吴立国,马民凯,秦维,等.加减半夏泻心汤治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染的效果[J].中国医药导报, 2021, 18(23):4-6.
- [4]李冀,赵一点,宋一婵.半夏泻心汤为基础方治疗慢性浅表性胃炎的 Meta 分析[J].中国中医基础医学杂志, 2021, 41(12):127-129.
- [5]高云云,刘文文,尹志鹏,等.半夏泻心汤治疗幽门螺杆菌相关性胃炎作用机制的网络药理学分析[J].中国病原生物学杂志, 2021, 22(26):102-104.
- [6]项先早.半夏泻心汤治疗慢性浅表性胃炎 346 例[J].时珍国医国药, 2001, 12(009):830-831.