

“扶正化萎方”治疗萎缩性胃炎的临床观察研究

汪波 王宗明 傅大霖

(遵义市中医院 脾胃病科 贵州省遵义市 563000)

摘要：目的：观察并研究“扶正化萎方”治疗萎缩性胃炎的临床有效性。方法：将我院收治的 60 例萎缩性胃炎患者作为本次研究对象，患者均在 2020 年 3 月至 2022 年 3 月收集入组，结合不同治疗措施，采取随机电脑表法将其分组后，每组患者各 30 例，一组采用奥美拉唑治疗，为对照组，一组采用“扶正化萎方”治疗，为观察组，从症状、内镜、病理三方面来看本方对萎缩性胃炎的疗效。结果：治疗前两组炎症因子水平比较无显著统计学差异， $P>0.05$ ，治疗后观察组患者血清肿瘤坏死因子- α 以及白细胞介素-6 分别为 (32.16 ± 6.48) pg/ml、 (26.75 ± 6.78) pg/ml，数据较之对照组，组间差异性显著， $P<0.05$ ；观察组治疗总有效率 93.33% (28 例) 明显高于对照组治疗总有效率 66.67% (20 例)，差异性存在统计学意义， $P<0.05$ ；治疗前两组患者胃肠激素水平比较无显著统计学差异， $P>0.05$ ，观察组治疗后胃泌素 (14.86 ± 3.52) pg/ml 以及胃动素 (285.01 ± 39.16) pg/ml 明显高于对照组，差异性显著， $P<0.05$ 。结论：萎缩性胃炎患者采用“扶正化萎方”治疗后，症状明显改善，内镜下观察胃黏膜萎缩范围以及程度改善，并且从病理上看腺体增加萎缩也得到改善，安全性较高，建议推广临床。

关键词：“扶正化萎方”；萎缩性胃炎；临床效果

萎缩性胃炎属于常见的一种消化系统疾病，具有病程较长以及治疗难度大等特点，患者临床常表现为贫血、腹部疼痛不适、消瘦以及反酸恶心等异常症状，对患者的身心健康造成严重影响，因此，给予患者科学有效的治疗措施显得尤为重要^[1]。目前，临床上多采用西药治疗萎缩性胃炎，常见的西药包括阿莫西林、奥美拉唑以及克拉霉素等等，虽然能在较短的时间内缓解患者的胃疼症状，但是，长期使用药物极易导致患者出现一系列不良反应，比如呕吐、恶心以及便秘等等，从而导致临床治疗效果并不显著^[2]，因此，随着中医的不断深入，提出治疗该病应以温中散寒、健脾益气为主，从而降低患者不良反应，提高治疗疗效，进而促使患者快速康复，改善预后^[3]。基于此，本章将我院在 2020 年 3 至 2022 年 3 月收集入组的 60 例萎缩性胃炎患者进行了研究，并研究分析了“扶正化萎方”治疗萎缩性胃炎的临床有效性，其主要研究报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

将我院收治的 60 例萎缩性胃炎患者作为本次研究对象，患者均在 2020 年 3 月至 2022 年 3 月收集入组，结合不同治疗措施，采取随机电脑表法将其分组后，每组患者各 30 例，一组采用奥美拉唑治疗，为对照组，一组采用“扶正化萎方”治疗，为观察组。对照组：男性患者 18 例，女性患者 12 例，年龄位于 24~58 岁之间，平均值 (41.03 ± 2.56) 岁，病程位于 1~3.5 年之间，平均值 (2.25 ± 0.16) 年；观察组：男性患者 16 例，女性患者 14 例，年龄位于 25~59 岁之间，平均值 (41.96 ± 2.62) 岁，病程位于 1~4 年之间，平均值 (2.53 ± 0.19) 年。两组患者基线资料（年龄、病程、性别）统计学检验差异性不存在统计学意义， $P>0.05$ ，具有可比性，可展开对比。

纳入标准：均参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[4]确诊为萎缩性胃炎；治疗依从性良好；患者及家属掌握本次研究内容；签署知情同意书。

排除标准：哺乳期或妊娠期女性；对本次研究使用的药物存在过敏患者；合并其它重要脏器受损患者；患有精神疾病或沟通以及认知障碍患者；临床资料不全且中途主动退出本次研究患者。

1.2 方法

两组患者在治疗期间，护理人员应嘱咐其饮食以清淡为主，适当补充高蛋白、高纤维等食物，禁止辛辣、生冷等刺激性食物，戒烟戒酒，同时，保持充足的睡眠时间，必要时可结合自身状况进行

表 1 两组患者治疗前后炎症因子水平对比 (pg/ml)

组别 (n=30)	TNF- α		IL-6	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85.67 $\pm$ 11.23	32.16 $\pm$ 6.48	59.52 $\pm$ 12.98	26.75 $\pm$ 6.78
对照组	86.03 $\pm$ 11.54	47.42 $\pm$ 9.09	59.01 $\pm$ 12.34	38.81 $\pm$ 9.23
t	0.1224	7.4872	0.1559	5.7677
P	0.9030	0.0000	0.8766	0.0000

有氧运动，比如漫步、打太极等等，提高自身免疫力，最后，给予患者阿莫西林（批准文号：国药准字 H13020726，生产企业：华北制药股份有限公司，规格：0.25g*20 粒）进行口服治疗，每次 0.5g，六至八小时服用一次，但每日剂量不得超过 4g，给予患者克拉霉素（批准文号：国药准字 H200033513，生产企业：江西汇仁药业有限公司，规格：0.25g*6 片）进行口服治疗，每次 1 片，每天 2 次。

对照组采用奥美拉唑治疗，给予患者奥美拉唑（批准文号：国药准字 H19990114，生产企业：北京太平洋药业有限公司，规格：20mg*28 片）进行口服治疗，不可咀嚼，每次 1 片，每天一次，连续治疗一个月后对结果进行分析。

观察组采用“扶正化萎方”治疗，药方主要由人参 15g、甘草 5g、白术 15g、茯苓 10g、黄芪 20g、干姜 5g、姜半夏 10g、百合 20g、乌药 10g、丹参 10g、白及 10g 以及蒲公英 10g 组成，药方加 400ml 水用温水煎制 200ml 后，分早晚给予患者服用，每天一剂，连续用药治疗一个月后对结果进行分析。

1.3 观察指标

观察两组患者治疗前后炎症因子水平，评估因子包括 TNF- α （血清肿瘤坏死因子- α ）以及 IL-6（白细胞介素）。

统计两组患者治疗效果，中医证候积分参考《中药新药临床研究指导原则》^[5]进行评价，显效：临床不良症状完全消散，中医证候积分下降 90% 以上；有效：临床不良症状得到改善，中医证候积分下降 65% 左右；无效：临床不良症状无任何改善甚至出现症状加重现象，中医证候积分无显著下降，总有效率 = (显效 + 有效例数) / 总例数 $\times 100.00\%$ 。

记录两组患者治疗前后胃肠激素水平，评估因子包括胃泌素以及胃动素。

1.4 统计学分析

用 SPSS23.0 统计学软件对本次研究数据进行分析，计数资料、计量资料以 X^2 和 t 值检验，以百分数、(均数 $\pm$ 标准差) 表示，当结果 $P<0.05$ 时，表示本次研究有统计学意义。

2、结果

2.1 两组患者治疗前后炎症因子水平分析

治疗前两组炎症因子水平比较无显著统计学差异， $P>0.05$ ，治疗后观察组患者血清肿瘤坏死因子- α 以及白细胞介素-6 分别为 (32.16 ± 6.48) pg/ml、 (26.75 ± 6.78) pg/ml，数据较之对照组，组间差异性显著， $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗效果分析

观察组治疗总有效率 93.33% (28 例) 明显高于对照组治疗总有效率 66.67% (20 例), 差异性存在统计学意义, $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗效果对比[n(%)]

组别 (n=30)	显效	有效	无效	总有效率
观察组	21 (70.00)	7 (23.33)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	11 (36.67)	9 (30.00)	10 (33.33)	20 (66.67)
X^2				6.6667
P				0.0098

2.3 两组患者治疗前后胃肠激素水平分析

治疗前两组患者胃肠激素水平比较无显著统计学差异, $P > 0.05$, 观察组治疗后胃泌素 (14.86 ± 3.52) pg/ml 以及胃动素 (285.01 ± 39.16) pg/ml 明显高于对照组, 差异性显著, $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后胃肠激素水平对比 (pg/ml)

组别 (n=30)	胃泌素		胃动素	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	7.21 ± 1.89	14.86 ± 3.52	198.26 ± 36.84	285.01 ± 39.16
对照组	7.34 ± 1.92	9.58 ± 3.24	198.89 ± 36.92	239.67 ± 38.32
t	0.2642	6.0449	0.0661	4.5325
P	0.7925	0.0000	0.9475	0.0000

3、讨论

萎缩性胃炎在临床比较常见, 发病机制与患者不良饮食习惯、自身免疫反应以及幽门螺杆菌感染等因素有着密切关系, 致病后其特征主要表现为患者的胃黏膜变薄, 黏膜的基层变厚, 从而导致胃黏膜的上皮及数量减少, 严重影响患者的生存质量, 因此, 需给予有效的治疗措施进行干预^[6]。目前, 临床上治疗萎缩性胃炎的药物种类较多, 比如阿莫西林、克拉霉素以及奥美拉唑等等, 其中阿莫西林虽然在短期的治疗效果显著, 但是, 患者长期服用极易复发, 容易出现不良反应, 降低治疗效果; 而奥美拉唑虽然能对患者机体胃壁细胞质子泵所在位置产生一定的特异性作用, 将 H^+ 、 $-ATP$ 酶等抑制, 对细胞壁分泌的胃酸进行阻断, 降低胃液中的酸含量, 缓解患者临床异常症状, 但是, 长期服用奥美拉唑极易对患者的肝功能、性功能以及肠道等造成不良反应, 预后较差^[7]。

近年来, 萎缩性胃炎在中医上属于“胃脘痛”范畴, 主要是因患者的饮食失调以及外邪入侵后对脾胃造成伤害, 进而导致脾胃虚弱、胃失和降以及脾失健运, 因此, 随着中医专家的不断深入, 提出治疗该病主要以温中散寒、健脾益气为主^[8]。在本次研究中采用的“扶正化萎方”, 方中人参作为百草之王, 具有祛痰、健胃以及利尿等功效; 黄芪作为君药, 具有脱毒利尿以及补气固表等功效; 甘草作为臣药具有益气通阳的作用; 丹参具有活血化瘀、通经止痛以及清心除烦等功效; 白术具有补气健脾的功效; 茯苓具有健脾益胃、养心安神等作用^[9]; 干姜能温肺化饮、温中散寒; 姜半夏具有燥湿化痰以及和胃止呕的功效; 百合具有清热消炎、生津解渴等功效; 乌药具有行气、散寒以及止痛的作用; 白及具有收敛止血以及消肿生肌的功效; 蒲公英作为使药具有清热解毒、消肿散结以及利尿通淋的作用; 多用药物的合用, 可以共同起到健脾益气以及温中散寒的功效^[10]。

胃肠激素中最重要的一种就是胃泌素, 它不仅对胃黏膜细胞增殖产生刺激, 还能刺激患者胃窦与肠道的运动, 从而延缓胃排空, 并且, 胃动素还具有促进胃肠运动以及胃收缩的作用, 能在一定程度上影响胃肠道水电解质的输布^[11]。本次研究结果中, 观察组患者治疗后血清胃泌素以及胃动素明显升高, 而血清肿瘤坏死因子- α 以及白细胞介素-6 明显降低, 数据较之对照组, 差异性存在统计学意义, $P < 0.05$, 由此说明, “扶正化萎方”可以更加显著地对患者

机体腺体以及黏膜的萎缩进行抑制, 从而改善患者的胃功能, 降低炎症反应的发生, 进而促进患者快速康复, 提高患者的生存质量, 改善预后^[12]。

综上所述, 萎缩性胃炎患者采用“扶正化萎方”治疗后, 有助于改善患者胃肠激素水平以及炎症因子水平, 提高治疗效果, 安全性较高, 值得临床借鉴使用。

参考文献:

- [1] 杨志豪. 黄芪建中汤加减联合奥美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的效果分析[J]. 华夏医学. 2021, (1).
- [2] 顾洁, 储开枫. 麦冬汤加减对胃阴不足型慢性萎缩性胃炎患者 EGF、CDX2 表达的影响研究[J]. 现代消化及介入诊疗. 2021, 26(11).
- [3] 李建华, 王姗姗. 中药益气养阴化癥汤对慢性胃炎患者的疗效及胃黏膜环氧化酶-2、血清前列腺素 E2 水平的影响[J]. 中医临床研究. 2021, (25).
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社. 1994: 9-11.
- [5] 郑筱蓓. 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: 151-155.
- [6] 刘晓萌, 陈松鹤, 马立新. 益气养阴法治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 医学研究与教育. 2019, (2): 39-47.
- [7] 袁成业, 肖建国, 陈林伟, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊治难点分析及对策 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (1): 292-295.
- [8] 徐超男. 中医药在慢性萎缩性胃炎中的研究进展[J]. 甘肃科技. 2021, 37(2): 123-125.
- [9] 李赛鹤, 刘力, 王捷虹, 等. 基于“和”法探究中医药治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 陕西中医. 2020, 41(6): 793-795.
- [10] 宋青, 刘震, 黄达. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 首都医科大学学报. 2019, 40(3): 479-482.
- [11] 李爽, 张福利. 中医药对慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J]. 东方药膳. 2021(23): 295-296.
- [12] 孙玉霞, 李燕辉. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 内科. 2021, 16(2): 221-223.

遵市科合支撑 NS (2019) 13 号