

愈萎理胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 98 例

★ 何江进 朱新平 (浙江省岱山县中医院消化内科 岱山 316200)

关键词:愈萎理胃汤;慢性萎缩性胃炎;中医药疗法

中图分类号:R 573.3⁺2 文献标识码:B

慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化内科常见病,1978年被WHO列为胃癌重要的癌前状态(GPL)之一,尤其是伴有中、重度肠化生(IM)和异型增生(DYS)者。阻止GPL的发展,是目前降低胃癌发生率的有效措施之一。我科自2000年12月~2007年12月应用自拟方愈萎理胃汤治疗CAG 98例,并与西药治疗组进行对照观察,取得了满意的疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 185例患者均经胃镜和病理检查确诊,随机分为治疗组98例(男53例、女45例),对照组87例(男48例、女39例)。治疗组年龄26~78岁,平均49.5岁;病程0.5~18年,平均5.8年;幽门螺杆菌(HP)阳性62例;伴中、重度IM者51例,DYS者23例。对照组年龄25~76岁,平均49.2岁;病程5个月~17年,平均5.6年;幽门螺杆菌(HP)阳性51例;伴中、重度IM者46例,DYS者19例。两组年龄、性别和病情相仿,经统计学处理无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据2003年中华医学会消化内镜学分会制订《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》拟定。(1)临床症状:胃脘部有烧灼疼痛感,泛酸,手足心热,食后嘈杂,舌质红或黯红,少苔,舌体有小裂纹或瘀斑。(2)胃镜诊断:胃体局部或大部粘膜变浅,伴轻、中、重度血管透见,呈树枝状或网状。1级:细颗粒,血管部分透见,单发灰色肠上皮化生结节;2级:中等颗粒,血管连续均匀透见,多发灰色肠上皮化生结节;3级:粗大颗粒,皱襞消失,血管达表层,弥漫灰色肠上皮化生结节。(3)病理诊断:a.固有腺体萎缩减少1/3为轻度,减少2/3以上为重度。b.粘膜肌层增厚。c.肠上皮化生。d.

固有膜炎症。e.淋巴滤泡可以形成。

2 治疗方法

治疗组以愈萎理胃汤为基础方,组方:党参、白术、半夏、丹参、沙参、玉竹、木香各15g,茯苓12g,陈皮9g,佛手片、白芍、焦三仙各10g,三七粉(冲服)3g,炙甘草6g。随症加减:脾胃气虚明显者加炙黄芪;胃阴伤重者加石斛;脾胃虚寒、大便溏薄者去白芍,加干姜、台乌药;脾胃不和、痛连两肋者加川楝子;久病人络、血瘀痛剧者加玄胡、蒲黄;湿热中阻,胃内灼热,加黄连;Hp阴性者加连翘、蒲公英;伴有中、重度肠化生和异型增生者加白花蛇舌草、土茯苓。每日1剂。对照组维酶素片4片,每日3次;吗叮啉片10mg,每日3次;幽门螺杆菌(Hp)阳性者加服呋喃唑酮片0.1,每日3次,阿莫西林胶囊1.0,每日2次,共2周。两组均4周为一个疗程,2个疗程后停约1个月复查胃镜。服药同时忌辛辣、热汤、生硬、陈腐、冷食、腌制、霉变、碱性、烟酒、浓茶、咖啡等食物。

3 疗效判定

参照2002年卫生部《中药新药临床研究指导原则·萎缩性胃炎》的标准制定。临床基本治愈:临床症状消失或基本消失,总积分减少80%以上,病理复查腺体萎缩,肠上皮化生、不典型增生基本消失;显效:临床症状明显改善,总积分减少60%以上,病理复查粘膜腺体萎缩,肠上皮化生或不典型增生有1项消失,或总积分分别减少60%以上;有效:临床症状有所改善,总积分减少30%~60%,病理复查萎缩或肠上皮化生或不典型增生某一项总积分减少;无效:未达到有效标准。

4 治疗效果

4.1 两组治疗结果比较 见表1。

玉液汤联合西药治疗 2 型糖尿病 30 例

★ 孙伟岳 金宏杰 (浙江省天台县中医院 天台 317200)

关键词:2 型糖尿病;玉液汤;中西医结合疗法

中图分类号:R 289.5 文献标识码:B

2 型糖尿病属中医学“消渴”之范畴,为临床常见病和多发病。笔者用玉液汤合西药治疗 2 型糖尿病患者 30 例,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

共 60 例,均为我院内科住院及糖尿病门诊患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 14 例,女 16 例,平均年龄 (55.03 ± 9.70) 岁,病程 1~20 年,治疗前空腹血糖(FBG) (11.61 ± 3.57) mmol/L,餐后 2 小时血糖(P2hBG) (15.83 ± 4.38) mmol/L。对照

组 30 例,男 13 例,女 17 例,平均年龄 (54.78 ± 10.11) 岁,病程 1~20 年,FBG (11.42 ± 3.76) mmol/L,P2hBG (15.73 ± 4.13) mmol/L。两组病例临床资料经统计学处理,差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

西医诊断标准参照 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准^[1]。中医诊断标准为口渴多饮,消谷善饥,尿多而浊甚则如膏和尿甜,形体消瘦或略见消瘦,乏力。中医辨证基本型为阴虚燥热型。排除心、脑、肾

脾胃升降失常,运化无力;临床表现为胃脘胀闷、疼痛、食欲不振等。因此,本病的治疗应该着眼于益脾气、养胃阴、理滞气、活瘀血。方中党参、白术、茯苓、炙甘草益气健脾,陈皮、佛手片、半夏、木香疏肝和胃,丹参、三七养血活血、祛瘀生新,沙参、玉竹、白芍养胃阴。上药共用,益气而不生滞、祛瘀而不伤正,使脾气健旺,肝胃相和,运化有常。现代药理研究证实:党参、白术等健脾益气药物能增强胃粘膜抗氧化能力,配合丹参、三七等活血化瘀药物,能明显增加胃粘膜血流,解除平滑肌痉挛,促进粘膜的再生与修复;木香、陈皮等理气药具有促进胃动力,加速胃排空的功效;三七、白花蛇舌草、土茯苓等能有效治疗胃粘膜的萎缩性病变,逆转腺上皮的不典型增生和肠化生,显著改善胃的分泌功能;连翘、蒲公英是抗 HP 感染,杀灭 HP 良药。

表 1 两组治疗结果比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	98	56	22	12	8	91.8
对照组	87	17	19	22	29	66.7
P 值		<0.01	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

4.2 治疗后 2 组 HP 感染改善情况 治疗组治疗前 HP 感染共 62 例,治疗后消失 27 例,减轻 16 例,无效 19 例,阴转率 43.5%,总有效率 67.7%;对照组治疗前 HP 感染 59 例,治疗后消失 23 例,减轻 16 例,无效 20 例,阴转 39.0%,总有效率 66.1%。2 组均有消除 HP 作用,但经统计学处理,无显著差异($P > 0.05$)。

治疗组中伴中、重度肠化生以及异型增生的消失或减轻 56 例,有效率 75.7%;对照组消失或减轻 12 例,有效率 18.5%。经统计学处理,有显著差异($P < 0.01$),中药治疗组疗效明显优于西药对照组。

5 讨论

慢性萎缩性胃炎,以中老年为多见,病情复杂,病程迁延,其主要病理变化是固有腺体萎缩,胃酸分泌减少,胃蠕动功能减弱。属中医“胃痞”、“胃脘痛”范畴。其发病机理主要为脾胃虚弱,情志不和,饮食不节,湿热之邪郁积导致肝胃不和,气滞血瘀,

脾胃升降失常,运化无力;临床表现为胃脘胀闷、疼痛、食欲不振等。因此,本病的治疗应该着眼于益脾气、养胃阴、理滞气、活瘀血。方中党参、白术、茯苓、炙甘草益气健脾,陈皮、佛手片、半夏、木香疏肝和胃,丹参、三七养血活血、祛瘀生新,沙参、玉竹、白芍养胃阴。上药共用,益气而不生滞、祛瘀而不伤正,使脾气健旺,肝胃相和,运化有常。现代药理研究证实:党参、白术等健脾益气药物能增强胃粘膜抗氧化能力,配合丹参、三七等活血化瘀药物,能明显增加胃粘膜血流,解除平滑肌痉挛,促进粘膜的再生与修复;木香、陈皮等理气药具有促进胃动力,加速胃排空的功效;三七、白花蛇舌草、土茯苓等能有效治疗胃粘膜的萎缩性病变,逆转腺上皮的不典型增生和肠化生,显著改善胃的分泌功能;连翘、蒲公英是抗 HP 感染,杀灭 HP 良药。

参考文献

- [1] 于中麟. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 胃肠病学, 2002, 5(2): 77-79.

(收稿日期:2008-09-02 责任编辑:周茂福)