

柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床疗效

戴维新

赣州市人民医院 江西赣州 341000

【摘要】目的 观察柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床疗效。**方法** 选取本院 2017 年 8 月-2018 年 8 月收治的 86 例慢性浅表性胃炎肝胃不和证患者作为样本,以 43 人为一组,将其随机分为实验组与对照组。对照组采用常规西医药治疗,实验组采用中医柴胡疏肝散加味治疗,治疗周期结束后,观察两组患者临床疗效与中医症候积分情况。采用统计学软件处理数据。**结果** 相对于西医疗法而言,柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床有效率(97.67%)更高,中医症候积分变化(20.24±6.55)更大。**结论** 可将柴胡疏肝散加味治疗与西医疗法相结合,提高慢性浅表性胃炎肝胃不和证治疗有效率。

【关键词】 柴胡疏肝散;慢性浅表性胃炎;肝胃不和证

【中图分类号】 R285

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 03-121-02

慢性浅表性胃炎临床较常见,属慢性胃黏膜浅表性炎症,起病原因与患者生活压力大以及饮食习惯不良有关^[1]。常规采用西药胃动力药物治疗,起效快,但副作用大^[2]。有资料显示,柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证,治疗有效率较高^[3]。本文选取本院 2017 年 8 月-2018 年 8 月收治的 86 例慢性浅表性胃炎肝胃不和证患者作为样本,对柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证的临床疗效进行了观察,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 8 月-2018 年 8 月期间收治的 86 例慢性浅表性胃炎肝胃不和证患者作为样本,以 43 人为一组,将其随机分为实验组与对照组。两组患者基本情况如下:性别:实验组患者男性 23 人,女性 20 人;对照组患者男性 19 人,女性 24 人。年龄:实验组患者年龄 18-66 岁,平均年龄(64.89±20.58)岁;对照组患者年龄 23-70 岁,平均年龄(65.10±21.19)岁。病程:实验组患者病程 0.1-2 年,平均病程(1.94±0.03)年;对照组患者病程 0.2-1.8 年,平均病程(1.89±0.10)年。

两组患者在性别、年龄与病程等方面比较,差异不具有统计学差异($p < 0.05$),具有可比性。患者符合西医慢性浅表性胃炎诊断标准,符合中医肝胃不和证诊断标准。

1.2 治疗方法

对照组采用常规西医药治疗:阿莫西林:3 次/d,2 粒/次;克拉霉素胶囊:2 次/d,500mg/次;奥美拉唑:2 次/d,20mg/次。患者连续服用上述药物共 10 天。

实验组采用中医柴胡疏肝散加味治疗,处方包括柴胡

10g、白芍 30g、赤芍 10g、香附 10g 木香 10g 白术 10g 枳壳 10g 川芎 10g 茯苓 10g 等,服用方法:水煎后服药,2 次/剂,1 剂/d,分早晚两次服用。患者连续服用 2 疗程(1 星期为 1 疗程)。

1.3 观察指标

服药周期结束后,3 月内密切观察患者病情,判断临床疗效与中医症候积分。

1.4 疗效判定依据

以胃痛、反酸、呃逆等症状作为疗效判定依据与积分计算标准。根据症状的严重程度,将其分为无症状、轻度、中度与重度四个指标,分别取 0 分、2 分、4 分、6 分。

临床疗效判定:分显效、有效、无效三个指标,以临床症状完全消失为准,判断显效;以临床症状有所消失为准,判断有效;以临床症状未消失为准,判断无效。

中医症候积分:根据不同患者不同症状的消失情况,将积分相加,观察治疗前与治疗后的中医症候积分变化情况。

1.4 统计学方法

以 SPSS19.0 软件包对所获数据进行统计分析,以标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用 t 检验,以率(%)表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗周期结束后,观察两组患者临床疗效,得出结果如表 1:观察两组患者的临床疗效可以发现:实验组 43 例患者中,42 例患者治疗有效,总有效率 97.67%。对照组 43 例患者中,39 例患者治疗有效,总有效率 90.7%。

表 1: 两组患者临床疗效

组别	例数 (n)	显效 (n/%)	有效 (n/%)	无效 (n/%)	总有效 (n/%)
实验组	43	36 (83.72)	6 (13.95)	1 (2.33)	42 (97.67)
对照组	43	30 (69.77)	9 (20.93)	4 (9.30)	39 (90.70)
p	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2: 两组患者中医症候积分

组别	例数 (n)	治疗前	治疗后	差值
实验组	43	30.95±9.96	10.45±3.14	20.24±6.55
对照组	43	29.68±10.12	16.57±7.14	13.58±7.79
p	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 治疗前后中医症候积分

治疗前后,计算两组患者中医症候积分,得出结果如表 2:

观察两组患者中医症候积分对比情况发现:治疗前,两组患者中医症候积分不存在显著差异($p > 0.05$),治疗后,实验组患者中医症候积分明显减少,与治疗前对比,差值较大,相对于对照组而言,中医症候积分减少更多。

3 结论

本文研究发现,相对于西医疗法而言,柴胡疏肝散加味 (下转第 124 页)

表 1: 两组主要症状疗效比较 (n)

主要症状	组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	有效率	χ^2	P
胃脘疼痛	中药治疗组	40	7	10	16	5	87.50%	4.11	0.04
	西药治疗组	40	5	11	15	13	67.50%		
腹胀满	中药治疗组	40	3	11	20	6	85.00%	4.27	0.04
	西药治疗组	40	2	10	19	14	65.00%		
嗳气	中药治疗组	40	6	10	20	4	90.00%	5.00	0.03
	西药治疗组	40	4	10	16	12	70.00%		
嘈杂泛酸	中药治疗组	40	3	12	20	5	87.50%	4.59	0.03
	西药治疗组	40	2	9	18	13	67.50%		
纳呆少食	中药治疗组	40	6	13	14	7	82.50%	2.4	0.12
	西药治疗组	40	4	12	11	13	67.50%		

表性胃炎的临床疗效明显好于西医疗法的治疗效果,且患者治疗后出现复发的人群比例较小,与张声生等研究结果一致^[6],究其原因如下:现代医学认为,肝胃不和证慢性浅表性胃炎主要和跟个人的生活压力大、精神紧张、情志变化过激、肝气郁滞等因素有关;在上述因素的影响下,大脑皮层受到抑制,导致胃的神经反射性调节能力减弱,对胃的保护功能降低,致使胃黏膜发生炎症性变化。中医学上认为“肝失疏泄,横逆犯胃,胃以降为用,气机阻滞,胃失和降,则诸症皆现”。方中党参、黄芪、炒白术健脾益气,升麻、柴胡升举阳气,当归、陈皮理气化滞;甘草调和诸药。诸药合用,使浊气得降,清阳得升^[7]。而利用西药疗法治疗肝胃不和证慢性浅表性胃炎,其机理主要是抑制胃酸分泌,减少胃酸对胃内药物的降解,减慢胃内药物排空,选择性非竞争性地抑制胃壁细胞中的质子泵(H⁺-K⁺-ATP 酶)^[8],同时提高 pH 值,抑制幽门螺杆菌

(HP) 生长,与中药治疗相比,西药治疗只能治标,不能从根本上治疗肝胃不和证慢性浅表性胃炎,可见,在对慢性胃炎治疗中采用补中益气汤加减具有良好的效果,值得推广应用。

参考文献

[1] 钱信忠.中国医学百科全书[M].上海:上海科学技术出版社,1997年6月第一版,448)449.
[2] 谢晓平.慢性浅表性胃炎中西医研究进展[J].光明中医,2008,23(6):885-886.
[3] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性浅表性胃炎中医诊治共识意见[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(3):208-209.
[4] 蔡淦.慢性胃炎的中医药诊治要点[J].上海中医药大学学报,2007,21(3):1-2.
[5] 吕爱平,李梢,王永炎.从主观症状的客观规律探索中医证候分类的科学基础[J].中医杂志,2005,46(1):4-6.

(上接第 121 页)

治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床有效率(97.67%)更高,中医症候积分变化(20.24±6.55)更大。贾晨光与何昌生^[4]在《柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证 54 例临床观察》一文中指出,柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床有效率 92.6%,中医症候积分变化(17.5±5.1),与西医疗法对比,呈现明显优势,与本文研究结果一致。

综上,可将柴胡疏肝散加味治疗与西医疗法相结合,提高慢性浅表性胃炎肝胃不和证治疗有效率,改善胃痛与反酸等症状的消失情况,提高治疗前后中医症候积分差值,使患者疾病能够尽快康复。

参考文献

[1] 孙林岩,李维民,邓铭.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[J].中国继续医学教育,2016,08(07):191-192.
[2] 韩宗吉.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[J].内蒙古中医药,2016,35(03):50-51.
[3] 罗丹峰,汪锦飘.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[J].亚太传统医药,2016,12(15):154-155.
[4] 贾晨光.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证 54 例临床观察[J].中医药导报,2014,20(06):124-125.

(上接第 122 页)

有研究表明:天麻素可以增加大脑皮质的兴奋性,产生镇痛、安眠以及镇静等作用^[4]。两种药物联合,可以有效的改善患者自主神经功能紊乱的状态,取得良好的治疗效果。上述研究数据表明:A、B 两种患者采用了不同的治疗方法,发现 A 组患者的总有效率为 93.3%,B 组患者的总有效率为 76.6%,并且 A 组患者的血流流变学指标明显优于 B 组的。说明椎动脉型颈性眩晕患者采用血塞通天麻素联合治疗,可以有效的缓解患者的临床症状,减轻患者的疼痛,是一种积极有效的治疗方法。

综上所述:血塞通联合天麻素治疗椎动脉型颈性眩晕取得了颇为显著的临床效果,患者的病情明显好转,各项检查指标逐渐恢复正常,值得在临床应用中大力推广和使用。

参考文献

[1] 覃华宏,冯小云,李春祥,等.血塞通联合天麻素治疗椎动脉型颈性眩晕的临床疗效分析[J].右江医学,2015,43(2):169-172.
[2] 齐学军,刘金敏.穴位注射天麻素注射液治疗后循环缺血性眩晕的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,08(8):937-938.
[3] 闫浩林.天麻素注射液联合血栓通治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(9):118-119.
[4] 周晓东.天麻素注射液联合体外反搏治疗后循环缺血性眩晕[J].四川医学,2013,34(10):1569-1570.