

益气活血养阴类中药配伍组方治疗慢性萎缩胃炎的临床疗效

宋泽芬

福泉市中医医院 贵州福泉 550500

【摘要】目的 研究益气活血养阴类中药配伍组方治疗慢性萎缩胃炎(CAG)的临床疗效。**方法** 筛选出本院2023年5月-2024年4月的100例CAG患者,等例数纳入西医组与中医组,每组50例。西医组予以常规西医治疗,中医组加用益气活血养阴类中药配伍组方治疗,均治疗3个月;对比2组的中医证候积分、临床疗效、不良反应。**结果** 中医组治疗后的中医证候积分(18.26±5.15分)低于西医组(22.53±5.33分), $P < 0.05$;中医组的总有效率(96.00%)高于西医组(84.00%), $P < 0.05$;中医组的不良反应发生率(10.00%)略低于西医组(12.00%), $P < 0.05$ 。**结论** 益气活血养阴类中药配伍组方治疗CAG的临床疗效较好,可减轻患者症状,且可在一定程度上减少不良反应,有效性与安全性兼具,值得采纳、运用。

【关键词】 益气活血养阴类; 中药配伍组方; 慢性萎缩胃炎; 临床疗效; 中医证候积分; 不良反应

【中图分类号】 R573

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596(2024)08-056-02

慢性萎缩性胃炎(CAG)作为一种常见的消化系统慢性疾病,其病理特征表现为胃黏膜固有腺体萎缩,常伴随肠上皮化生及异型增生,是胃癌发生的重要前驱病变之一^[1]。长期以来,CAG的治疗一直是医学界关注的焦点,尽管西医在缓解症状、控制病情方面取得了一定进展,但针对其病理机制的根本逆转及预防疾病进展方面仍面临挑战。在此背景下,探索安全有效的治疗策略显得尤为重要。中医学,作为中华民族智慧的结晶,历经千年实践,形成了独特的理论体系与丰富的临床经验。其中,“益气活血养阴”理论,根植于中医气血津液学说,强调通过调节机体内在平衡,以达到扶正祛邪、标本兼治的目的^[2]。近年来,随着中医药现代化研究的深入,越来越多的证据表明,基于“益气活血养阴”原则的中药配伍组方,在改善胃肠道微环境、促进胃黏膜修复、抑制炎症反应及调节免疫功能等方面展现出潜在的治疗优势。鉴于此,本研究旨在系统评估益气活血养阴类中药配伍组方在CAG患者中的临床疗效,为临床实践中优化治疗策略提供新的思路与方向。

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选出本院2023年5月-2024年4月的100例CAG患者,等例数纳入西医组与中医组,每组50例。西医组:男28例,女22例;年龄18-64(42.51±6.37)岁;病程3-12(7.96±1.83)年。中医组:男27例,女23例;年龄18-64(42.55±6.34)岁;病程3-12(7.99±1.81)年。2组一般资料对比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

西医组予以常规西医治疗,中医组加用益气活血养阴类中药配伍组方治疗,均治疗3个月。(1)常规西医治疗:口服甲硝唑20mg/kg/d,口服阿莫西林30mg/kg/d。(2)益气活血养阴类中药配伍组方:药方成分包括党参、白花蛇草、炒扁豆各15g,白芍、沙参、麦冬、丹参、当归各10g,姜半夏、龙葵、枳壳、甘草各9g。根据病情予以辨证加减:胃黏膜垂者加柴胡、桔梗、炮山甲各9g;不典型增生者加生牡蛎15g,炮山甲、浙贝各10g;肠腺化生者加白花蛇草30g,水蛭、浙贝各8g;嗝气者加赭石20g,旋复花12g;泛酸、嘈杂者加乌贼骨、瓦楞子各15g;胃酸者加木瓜、乌梅各12g。药方由医院代煎,2次/d,饭前30min服用。治疗期间禁食辛辣刺激食物。

1.3 观察指标

(1)中医证候积分:主症积分为0-6分,次症积分为0-3分,

累计积分为45分,积分越低越好。(2)临床疗效:分为①治愈:症状消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;②显效:症状显著改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;③有效:症状改善,证候积分减少 $\geq 30\%$;④无效:未达①、②、③标准;总有效率=(治愈+显效+有效)/ $N \times 100\%$ 。(3)不良反应:恶心、呕吐、头晕、头痛。

1.4 统计学分析

运用SPSS24.0软件,计数、计量资料分别以%、($\bar{x} \pm s$)表示,行 χ^2 、t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分对比

中医组治疗后的中医证候积分低于西医组, $P < 0.05$ 。见表1。

表1: 中医证候积分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后
西医组	50	29.98±5.51	22.53±5.33
中医组	50	30.04±5.48	18.26±5.15
t值	-	0.254	4.655
P值	-	0.809	0.000

2.2 临床疗效对比

中医组的总有效率高于西医组, $P < 0.05$ 。见表2。

表2: 临床疗效对比[n(%)]

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
西医组	50	14	16	12	8	42(84.00)
中医组	50	19	16	13	2	48(96.00)
χ^2 值						4.746
P值						0.039

2.3 不良反应对比

中医组的不良反应发生率略低于西医组, $P < 0.05$ 。见表3。

表3: 不良反应对比[n(%)]

分组	例数	恶心	呕吐	头晕	头痛	总发生率
西医组	50	2	2	1	1	6(12.00)
中医组	50	2	1	1	1	5(10.00)
χ^2 值						1.147
P值						0.109

3 讨论

CAG的一个重要病因是Hp感染^[3]。甲硝唑和阿莫西林在治疗CAG中的作用机制主要涉及到对Hp的抑制或杀灭作用。

甲硝唑是一种抗生素，能够干扰细菌的 DNA 合成和细胞分裂过程，从而阻止细菌的繁殖和生长。在 CAG 的治疗中，该药对 Hp 具有强大的抗菌活性，能够有效地抑制和杀灭这些细菌。阿莫西林属于青霉素类抗生素，对革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌都有广泛的抗菌活性。在 CAG 的治疗中，它主要针对 Hp 发挥抗菌作用。通过杀灭 Hp，阿莫西林能够减少胃黏膜的炎症反应，促进胃黏膜的修复和再生，这对于改善患者症状和促进疾病康复具有重要意义。

中医理论中，中医病因病机涉及饮食、情志、体质、外感内伤、气滞血瘀及虚火内生等多个方面^[4]。其病位在“胃”，但与“脾”、“肝”、“肾”等脏腑关系密切。在治疗上，中医主张采用辨证施治的方法，针对不同的证型采取相应的治疗方案，同时注重调理脾胃功能，改善患者的临床症状。益气活血养阴类中药配伍组方具有益气健脾、养阴生津的作用，能够增强脾胃功能，促进气血生化，为胃黏膜的修复提供充足的营养，同时能够滋养胃阴，缓解胃燥，改善胃黏膜的干燥状态。

本文结果中，中西医组治疗后的中医证候积分低于西医组，总有效率高于西医组，且 2 组不良反应发生率相近，提示中

西医组获得了更显著的疗效，且能够使患者的不良反应得到一定的降低，有效性与安全性均更好。

综上，益气活血养阴类中药配伍组方治疗 CAG 的临床疗效好，可减轻患者症状，且可在一定程度上减少不良反应，有效性与安全性兼具，值得采纳、运用。

参考文献

[1] 王念亮, 邱健, 许赋瑜, 等. 名中医邱健益气活血和中解毒方辨治慢性重度萎缩性胃炎(胃癌前病变) 临床体会 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(16):92-94.

[2] 于勇, 黄雅慧, 赵唯含, 等. 益气活血法对慢性萎缩性胃炎癌前病变 Ki-67 和肿瘤标记物的影响 [J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(2):329-335.

[3] 余荣荣, 郭金伟, 葛惠男. 益气活血通络方加减对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜 PTEN 及血清 IL-6、TNF- α 的影响 [J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(1):52-57.

[4] 何金品, 石拓, 陈星星. 益气活血消痞法对慢性萎缩性胃炎胃癌前病变的影响研究 [J]. 陕西中医, 2022, 43(8):1032-1036.

(上接第 54 页)

本次研究发现，采用雷贝拉唑治疗反流性食管炎，患者烧心、反酸、咽部异物感临床症状改善率分别为 100%、100%、97.22%，治疗有效率 97.22%，与奥美拉唑治疗相比，临床症状改善情况更好，治疗有效率更高 ($p < 0.05$)。可证实，在治疗反流性食管炎方面，雷贝拉唑较奥美拉唑效果更好。

综上所述，与奥美拉唑相比，雷贝拉唑治疗反流性食管炎效果更好，临床可将其作为反流性食管炎的主要治疗药物，确保患者临床症状可有效改善，提高治疗有效率。

参考文献

[1] 邓秋飒, 刘丽青, 谢静秋. 埃索美拉唑与奥美拉唑治

疗反流性食管炎临床对比研究 [J]. 当代医学, 2022, 28 (32) :127-128.

[2] 胡毅, 丁玲, 刁攀娅, 赵纯成. 比较雷贝拉唑与奥美拉唑治疗反流性食管炎的临床效果 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 22 (06) :322-324.

[3] 王惠玲. 雷贝拉唑联合奥美拉唑治疗老年性反流性食管炎的临床疗效观察 [J]. 右江民族医学院学报, 2024, 36 (05) :723-724.

[4] 黄明, 吴雄健. 雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的效果比较 [J]. 中国当代医药, 2023, 20 (36) : 89-90.

(上接第 55 页)

长、病情严重的患者，经手术治疗能够帮助患者有效解除痔疮相关症状。不容忽视的是，人体肛门及直肠局部的解剖结果较为特殊，有着复杂的生理功能且肛门局部痛觉敏感性较强，同时也导致痔疮手术容易诱发一些不可避免的并发症，其中以疼痛最是常见，甚至于因疼痛导致排尿困难、继发出血、肛门坠胀，为患者及早恢复到来了一定阻碍^[3]。

我们认为，痔疮手术后所产生的疼痛大致有两组，及炎性疼痛与反射性疼痛，前面说到人体肛门结构特殊、痛觉敏感，固无论是手术的创伤还是炎症因素都会诱发疼痛。对于术后疼痛，西医主要是对症治疗，效果不佳且用药后容易发生不良反应。我国中医在此方面有独到见解，认为此类患者疼痛在于肛门染毒而脉络受损，导致局部、气血壅塞并引发疼痛，治法在于活血通络、解毒清热^[4]。此次研究中研究组患者选用加味芍药甘草汤施治，方中甘草、白芍为其中主药，能缓急止痛；白花蛇舌草、蒲公英、连翘、金银花可活血消肿、清热解毒，在现代药理学讲来具有一定的抗菌效用；川牛膝、赤芍有通络、活血、止痛妙用；防风、秦艽可止痛、祛风；

黄芩能够清利肠道湿热；陈皮能和络理气且对诸药有一定调和作用，方中诸药合用，能互相协同，共奏热清、通络、祛毒、止痛的良好功效。研究结果显示，研究组患者与对照组相比在术后各个阶段 VSA 评分均更低；研究组患者与对照组相比术后疼痛消失、水肿消失及创面愈合所用时间均更短，两组对比存在显著差异， $P < 0.05$ 。表明加味芍药甘草汤治疗痔疮术后疼痛效用独到且效果显著，能够帮助患者有效减轻疼痛，提高恢复效率。

参考文献

[1] 王慧敏. 荆黄熏洗液促进痔术后创面愈合的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2023, 24 (7) : 1240-1241.

[2] 赵宝林, 王慧敏, 祝新, 张国栋, 苏本兵, 王飞, 顾萍. 加味芍药甘草汤治疗混合痔(湿热下注证) 术后并发症临床观察 [J]. 中国中医急症, 2021, 6(25):1133-1135.

[3] 刘斌. 加味芍药甘草汤治疗痔疮术后若疼痛临床效果分析 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 25(19):59-60.

[4] 郑继生, 钱景莉. 芍药甘草汤及其临床运用 [J]. 河南中医, 2022, 32(8):966-968.