

# 中西医结合治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的临床观察

武冬玲 刘常波 魏祖永  
昭通市中医医院 云南 昭通 657000

**摘要:**目的:探究中西医结合治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的临床效果。方法:选取我院2023年1月~2023年12月收治的78例脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者,按照随机数字表分组法分为A组与B组,每组39例,A组采用西药治疗,B组采用中西医结合治疗。比较两组患者治疗效果、中医症候积分、血清炎症因子、不良反应发生率。结果:①治疗效果:B组高于A组( $P < 0.05$ );②中医症候积分:治疗前,两组中医症候积分比较( $P > 0.05$ ),治疗后,B组明显低于A组( $P < 0.05$ );③血清炎症因子:治疗前,两组血清炎症因子( $P > 0.05$ ),治疗后,B组CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6水平均低于A组( $P < 0.05$ );④不良反应发生率:两组对比差异不显著( $P > 0.05$ )。结论:在脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎治疗中采用中西医结合治疗能提高患者治疗效果,值得推广实施。

**关键词:** 中西医结合;脾胃湿热型;慢性萎缩性胃炎;临床观察

慢性萎缩性胃炎是临床常见疾病,导致该疾病的发生原因较多,包括不良饮食习惯、免疫因素、胃酸缺乏、幽门螺杆菌感染等。患者会出现上腹部疼痛、食欲不振、消瘦贫血、腹胀等症状,若未能对患者及时治疗,可发展为其他严重腹部疾病,癌变风险提升。对于该疾病的治疗,临床以西药治疗为主,能杀灭病菌<sup>[1]</sup>。但是长期服用西药会造成药物依赖性,损伤机体其他健康组织,不利于患者长期治疗。中医是祖国传统医学,在消化系统疾病治疗中经验丰富,慢性萎缩性胃炎在中医中归为“胃痞”、“胃脘痛”范畴,由于阴虚、气血阻滞等因素导致,可通过辨证分型,为患者制定有效的治疗方案,提高治疗效果。基于此,本文以78例脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者为研究对象,具体报告下述。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年1月至2023年12月医院收治的78例脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者,按随机数字表法分为两组,即A组39例,男20例,女19例;年龄25~73(48.56 $\pm$ 2.33)岁;病程1~18(9.88 $\pm$ 1.67)年;B组39例,男22例,女17例;年龄26~74(48.58 $\pm$ 2.41)岁;病程2~19(9.84 $\pm$ 1.82)年;两组基线资料比较无差异( $P > 0.05$ ),可比较。

**纳入标准:**(1)纳入患者均符合《中国慢性胃炎诊疗指南》<sup>[2]</sup>中有关慢性萎缩性胃炎诊断标准;(2)纳入患者均为脾胃湿热证;(3)患者或家属知晓研究,签署了同意书。

**排除标准:**(1)伴有恶性肿瘤、免疫缺陷及严重感

染者;(2)有精神障碍性病变、认知异常者;(3)药物禁忌症。

### 1.2 方法

**A组:**给予西药治疗。为患者提供艾司奥美拉唑溶片、枸橼酸铋钾片,四种药物厂家分别为阿斯利康制药有限公司、丽珠集团丽珠制药厂,国药准字分别为H20046380、H10900084,药品规格分别为40mg、0.3g,用药剂量分别为(40mg/次,1次/d)、(0.3g/次,4次/d),用药方法均为口服。患者连续治疗3个月。

**B组:**给予中西医结合治疗。西药治疗与A组相同,在此基础上,为患者提供中药半夏泻心汤治疗,药方组成包括大枣10g、甘草6g、党参15g、干姜6g、黄芩10g、半夏10g、甘草5g、生姜3片。将上述药物加水煎煮,制成500ml汤剂,患者早晚分服。患者连续治疗3个月。

### 1.3 观察指标

比较两组患者治疗效果(显效、有效、无效)、中医症候积分(胃脘胀痛、脘腹灼热、纳呆乏恶、嗝气)、血清炎症因子[C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-6(IL-6)]、不良反应发生率(乏力、呕吐、腹泻腹胀)。

### 1.4 统计学分析

用SPSS22.0统计学处理数据,以[n(%)]、( $\bar{x} \pm s$ )分别描述定性、定量资料,采用 $\chi^2$ 、 $t$ 检验, $P < 0.05$ 差异明显。

## 2 结果

### 2.1 治疗效果

B组患者治疗总有效率高于A组( $\chi^2 = 5.186$ ,  $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组临床疗效比较 (%)

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
A组 (n = 39)	12 (30.77)	18 (46.15)	9 (23.08)	30 (76.92)
B组 (n = 39)	15 (38.46)	22 (56.41)	2 (5.13)	37 (94.87)
$\chi^2$	-	-	-	5.186
P	-	-	-	0.023

2.2 中医症候积分 后, B组明显低于A组 ( $P < 0.05$ )。见表2。  
治疗前, 两组中医症候积分比较 ( $P > 0.05$ ), 治疗

表2 2组中医症候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	胃脘胀痛		脘腹灼热		纳呆乏恶		嗝气	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组 (n = 39)	4.36±0.74	1.88±0.72	2.28±0.44	1.82±0.44	3.87±0.80	1.48±0.25	2.37±0.88	2.01±0.48
B组 (n = 39)	4.39±0.70	0.72±0.55	2.29±0.40	0.45±0.27	3.89±0.84	0.69±0.12	2.34±0.79	0.88±0.69
t	0.184	7.995	0.105	16.573	0.108	17.791	0.158	8.396
P	0.855	<0.001	0.917	<0.001	0.915	<0.001	0.875	<0.001

2.3 血清炎症因子 治疗后, B组CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6水平均低于A组 ( $P < 0.05$ )。见表3。  
治疗前, 两组血清炎症因子比较 ( $P > 0.05$ ), 0.05)。见表3。

表3 血清炎症因子比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	CRP (mg/L)		TNF- $\alpha$ ( $\mu$ g/L)		IL-6 ( $\mu$ g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组 (n = 39)	7.83±1.12	5.87±1.05	320.48±20.14	188.25±24.42	120.66±28.75	89.54±4.81
B组 (n = 39)	7.85±1.20	4.11±1.12	320.45±23.45	140.08±24.35	120.55±25.37	66.68±4.49
t	0.076	7.159	0.006	8.723	0.018	21.696
P	0.940	<0.001	0.995	<0.001	0.986	<0.001

2.4 不良反应发生率 见表4。  
不良反应发生率: 两组对比差异不显著 ( $P > 0.05$ )。

表4 不良反应发生率比较[n(%)]

组别	乏力	呕吐	腹泻腹胀	不良反应发生率
A组 (n = 39)	1 (2.57)	1 (2.56)	1 (2.56)	3 (7.69)
B组 (n = 39)	1 (2.57)	1 (2.56)	2 (5.13)	4 (10.26)
$\chi^2$	-	-	-	0.157
P	-	-	-	0.692

### 3 讨论

慢性萎缩性胃炎是一种由胃黏膜炎症、腺体萎缩、幽门螺杆菌感染等因素导致的肠胃疾病, 随着人们的生活水平不断提高, 饮食结构发生较大改变, 导致慢性胃炎疾病发病率明显提高。西医中, 认为慢性胃炎的发生与幽门螺杆菌感染、饮食、环境及自身免疫等因素有关, 及时清除幽门螺杆菌能促进胃黏膜炎症消除, 并逆转腺体萎缩。西医中常用质子泵抑制剂艾司奥美拉唑等能对胃酸分泌有效抑制, 且使用枸橼酸铋钾能对胃黏膜起到良好保护作用, 但是单一西药治疗方案难以彻底解除患者临床症状, 需要找到最佳治疗策略, 提升患者治

疗效果<sup>[3]</sup>。

中医中, 慢性萎缩性胃炎属于“胃痞”、“胃脘痛”范畴, 主要由于气血阴虚及气血阻滞引发, 在治疗中需要注重健脾益胃、益气活血。中医治疗采取辨证分型, 对不同证型的患者实施不同的治疗方案, 改善患者临床症状。对于慢性萎缩性胃炎症状的发生, 与外因、内因等因素有关, 外因包括邪毒入侵, 内因包括患者体质、饮食、情绪等<sup>[4]</sup>。本文以78例脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者为研究对象, 分组后实施不同的治疗方案, 结果发现, B组患者治疗总有效率明显高于A组 ( $P < 0.05$ )。提示, 中西医结合治疗能提高患者治疗效果。

治疗后, B组胃脘胀痛、脘腹灼热、纳呆乏恶、嗝气评分明显低于A组( $P < 0.05$ )。提示, 中西医结合治疗能改善患者临床症状。治疗后, B组CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6水平均低于A组( $P < 0.05$ )。提示, 中西医结合治疗能降低患者炎症因子水平。不良反应发生率: 两组对比差异不显著( $P > 0.05$ )。提示, 中西医结合治疗安全性较高, 不会增加患者不良反应。这是由于, 半夏泻心汤中君药为半夏, 能降逆止呕、散结除痞, 干姜、黄芩为臣药, 能泄热开痞, 且大枣、人参作为佐药, 能甘温益气, 健脾理气。药方中甘草能够通阳益气, 养血阴血, 生姜能够实现止呕温中, 将上述药物联合使用能够健脾益气的效果。在中西医结合治疗中, 能将中药及西药优势良好发挥, 改善患者临床症状, 提高患者治疗效果<sup>[5]</sup>。

综上所述, 中西医结合治疗方案在脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎治疗中具有良好效果, 能改善患者临床症状, 减轻炎症水平, 安全性较高, 值得推广应用。

#### 参考文献

- [1]谢静秋,郭敏,唐敏,等.半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中医临床研究,2022(11):97-99.
- [2]中华医学会消化病学分会,中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组,房静远.中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)[J].胃肠病学,2023,28(3):149-180.
- [3]韩永平.半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对炎症因子水平的影响[J].中国民间疗法,2022,30(15):77-79.
- [4]张兰果.半夏泻心汤治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床观察[J].健康忠告,2023,17(18):172-174.
- [5]刘伦伯,丁建伟,张全乐.三仁汤加减联合中药健脾贴敷治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].中医外治杂志,2023,32(1):54-56.