

慢性胃炎患者的临床治疗中应用中医辨证指导下调理脾胃法配合西药基础治疗的治疗效果分析

王春良

浙江省兰溪市云山街道社区卫生服务中心 浙江 兰溪 321100

摘要：目的：分析慢性胃炎采取中医辨证调理脾胃法联合西药基础治疗的应用效果。方法：选取2023年1月-2024年1月本院84例慢性胃炎患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组42例，行西药基础治疗，观察组42例，联合中医辨证调理脾胃法治疗，比较两组临床疗效。结果：观察组的治疗有效率、自我照顾能力、行动能力、日常活动能力、焦虑/抑郁和疼痛/不适评分均明显高于对照组，胆汁反流、食欲不振、胸脘痞满、胃脘热痛和苦口口黏积分均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：采取西药基础治疗时，联合中医辨证调理脾胃法，能显著加强慢性胃炎疗效，具有推广价值。

关键词：慢性胃炎；中医辨证；调理脾胃法；西药治疗

慢性胃炎是常见胃肠病之一，胃部黏膜产生炎症，致病因素主要有Hp感染、自身免疫等，疾病早期，症状不明显，无特异性，以消化道反应为主，包括食欲减退、反酸恶心等^[1]。该病多行西药治疗，常用药物有克拉霉素、奥美拉唑等，但临床研究显示，该方法疗效受限，难以彻底清除Hp，易产生副作用，不利于后续康复。中医将胃炎纳入“痞满”“嘈杂”等范畴，患者脾胃受损，Hp感染，治疗时主张活血通络、清热解毒。基于中医辨证理念，采用调理脾胃法，能有效减轻病情，加快康复进程，防范疾病复发^[2]。本次研究以慢性胃炎患者为对象，分析中医辨证调理脾胃法的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年1月-2024年1月本院84例慢性胃炎患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组42例，男22例，女20例，年龄为18-55岁，平均年龄（43.25±4.16）岁；观察组42例，男23例，女19例，年龄为19-56岁，平均年龄（43.41±4.09）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

诊断标准：主要症状为胃脘部隐痛、胀满，疾病反复发作，存在咽燥、口干等表现，采取纤维胃镜检查，确诊慢性胃炎。

中医辨证分型：①脾胃虚寒证：患者胃部隐痛，热爱温按，处于空腹状态下尤为明显，受凉或劳累后，症状加重，神疲纳呆，大便稀溏，舌淡苔白。②胃阴亏耗证：患者胃脘出现隐痛；出现饥饿感，但不想进食，五心烦热，口渴，舌红少津，脉细数。③瘀血停胃证：患

者胃脘疼痛，呈刀割状或针刺状，疼痛有明确位置，按压和进食后加重，脉细数、大便干结。④肝胃郁热证：患者胃脘部出现灼痛，程度较重，伴有泛酸、易怒等现象，大便干结，小便颜色黄，脉弦数。⑤肝胃不和证：患者胃脘部出现闷胀痛，伴有大便不爽，存在嗝气，情志因素会对其产生影响，脉弦沉，舌淡苔白。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组行西药基础治疗：选取奥美拉唑（浙江金华康恩贝生物制药有限公司；国药准字H19991118），每次20mg，口服，频率为2次/d；选择克拉霉素（浙江贝得药业有限公司；国药准字H20083281），每次250mg，频率为3次/d。治疗4周。

1.2.2 观察组

该组联合中医辨证调理脾胃法治疗：①脾胃虚寒证：借助黄芪建中汤，予以加减治疗，组方为黄芪20g，煨瓦楞10g，芍药10g，茯苓10g，桂枝10g，陈皮10g，制半夏10g，甘草6g，大枣6枚，生姜3片。②胃阴亏耗证：选择芍药甘草汤、一贯煎，予以加减治疗，组方为生地20g，当归15g，麦冬15g，沙参10g，芍药10g，枸杞子10g，川楝子10g，甘草6g。③瘀血停胃证：采用丹参饮、失笑散，予以加减治疗，组方为丹参15g，黄芪15g，五灵脂10g，蒲黄10g，檀香10g，郁金10g，木香10g，炙甘草6g。④肝胃郁热证：采取丹栀逍遥散，予以加减治疗，组方为山栀子20g，芍药15g，当归15g，丹参10g，白术10g，薄荷10g，茯苓10g，柴胡10g，甘草6g。⑤肝胃不和证：选用柴胡疏肝散，予以加减治疗，组方

包括柴胡20g, 陈皮15g, 香附15g, 川芎10g, 芍药10g, 郁金10g, 枳壳10g, 半夏10g, 佛手10g, 青皮10g, 延胡索10g。结合患者表现, 对药量进行调整, 加入适量水, 煎煮, 每天1剂, 均分为2份, 分别于早晚服用。治疗4周。

1.3 观察项目和指标

评价中医症状积分^[3]: 涵盖胆汁反流、食欲不振、胸脘痞满、胃脘热痛和苦口黏, 分值为0-4分。评价生活质量: 选取EQ-5D量表^[4], 包括自我照顾能力、行动能力、日常活动能力、焦虑/抑郁和疼痛/不适, 分值为0-100分。评价治疗效果^[5]: 显效为无食欲不振、胃脘胀痛等症状, 通过胃镜检查, 发现胃黏膜复原; 有效为上述症状

明显改善, 通过胃镜检查, 发现胃黏膜病变有所好转; 无效为症状和胃黏膜病变改善不明显, 对比两组治疗有效率。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医症状积分比较

对比胆汁反流、食欲不振、胸脘痞满、胃脘热痛和苦口黏积分, 观察组均更低 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组中医症状积分比较[n($\bar{x} \pm s$)]

指标	时间	观察组 (n = 42)	对照组 (n = 42)	t	P
胆汁反流 (分)	治疗前	2.12±0.14	2.13±0.11	0.364	0.717
	治疗后	0.51±0.12 ^a	0.68±0.13 ^a	6.227	0.000
食欲不振 (分)	治疗前	2.72±0.25	2.73±0.21	0.198	0.843
	治疗后	0.67±0.12 ^a	0.85±0.13 ^a	6.594	0.000
胸脘痞满 (分)	治疗前	2.38±0.51	2.39±0.50	0.091	0.928
	治疗后	0.61±0.11 ^a	0.81±0.16 ^a	6.676	0.000
苦口黏 (分)	治疗前	1.70±0.32	1.72±0.31	0.291	0.772
	治疗后	0.36±0.05 ^a	0.46±0.11 ^a	5.363	0.000

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

对比自我照顾能力、行动能力、日常活动能力、焦

虑/抑郁和疼痛/不适评分, 观察组均更高 ($P < 0.05$)。

详见表2。

表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

指标	时间	观察组 (n = 42)	对照组 (n = 42)	t	P
自我照顾能力 (分)	治疗前	72.51±4.14	72.61±4.09	0.111	0.912
	治疗后	94.55±7.28 ^a	80.55±6.15 ^a	9.521	0.000
行动能力 (分)	治疗前	71.17±7.05	71.35±7.00	0.117	0.907
	治疗后	92.82±4.71 ^a	81.40±5.04 ^a	10.729	0.000
日常活动能力 (分)	治疗前	68.34±5.41	69.25±5.38	0.773	0.442
	治疗后	93.68±7.53 ^a	82.56±4.58 ^a	8.177	0.000
焦虑/抑郁 (分)	治疗前	64.82±6.03	65.15±6.00	0.251	0.802
	治疗后	91.45±6.56 ^a	78.31±6.37 ^a	9.313	0.000
疼痛/不适 (分)	治疗前	64.25±6.42	64.36±6.28	0.079	0.937
	治疗后	90.53±5.61 ^a	79.56±4.18 ^a	10.162	0.000

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗效果比较

对比治疗有效率, 观察组更高 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	42	33	8	1	97.62
对照组	42	23	11	8	80.95
χ^2	/	/	/	/	6.098
P	/	/	/	/	0.014

3 讨论

慢性胃炎治愈困难,容易复发,胃窦部位容易病变,表现出弥漫性,采取胃镜检查,可见黏膜充血、糜烂或水肿等表现,存在黄色黏液^[6]。疾病早期大多是浅表性胃炎,若未及时诊治,可能进展成萎缩性胃炎,基于病理生理学、病因等层面,发现后者和胃癌存在联系^[7]。

中医将慢性胃炎纳为胃脘痛,认为病因主要有饮食不节、情志刺激、受到寒湿刺激等,影响脾胃功能。该病直接关系到肝脾,肝、胃和脾的主要作用分别为疏泄、受纳和运化,同时发挥功能,从而吸收食物,促使人气血运正常运转,一旦出现偏差,则引发功能紊乱,产生疾病^[8]。土家族医学提出,肝和运化息息相关,和中医理念中脾的作用相吻合,和肚肠消磨、受纳功能有关,现代医学证实该观点。结合中医辨证理念,采取调理脾胃法,基于主体展开治疗,及时消除各种病因,起到扶正祛邪功效,改善脏腑作用,实现阴平阳秘。以脾胃虚寒证为例,治疗原则为温养脾胃,采取黄芪建中汤,可滋养、温补脾胃。对于胃阴亏耗证,建议采取芍药甘草汤,另加一贯煎,可以缓急止痛、理气养血^[9]。不同证型者,采取适当疗法,同时结合症状程度,合理调整药量,最大限度发挥药效。本次研究结果显示和对照组比,观察组的胆汁反流、食欲不振、胸脘痞满、胃脘热痛和苦出口黏积分均更低($P < 0.05$),表示基于中医辨证理念,采用调理脾胃法,联合西药治疗,能有效改善各项症状,促进疾病好转。观察组的自我照顾能力、行动能力、日常活动能力、焦虑/抑郁和疼痛/不适评分均更高($P < 0.05$),表明该疗法可提高生活质量,推动患者尽快恢复各项功能。观察组的治疗有效率更高($P < 0.05$),代表该疗法作用更显著,高于单一西药治疗。说明应用中西医结合疗法可以促进慢性胃炎改善,推动各项功能恢复。

综上所述,采取西药基础治疗时,联合中医辨证调理脾胃法,能显著加强慢性胃炎疗效,具有推广价值。

参考文献

- [1] 王晓飞. 香砂六君子汤加味辅治慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(1): 65-68.
- [2] 周海艳, 文娟娟, 谭远忠. 和胃清化汤联合兰索拉唑胶囊治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的疗效及对胃动力、胃黏膜分泌水平的影响[J]. 河北中医, 2023, 45(12): 2017-2020.
- [3] 叶春荣, 何友成, 汤水华, 严锦贤. 益胃宁胶囊联合瑞巴派特片治疗慢性萎缩性胃炎脾胃气虚证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(1): 142-146.
- [4] 陈珊珊, 张延祺, 刘建清, 叶伟杰, 林芳峰, 陈守剑. 芪苓乌贝清化饮联合常规西药治疗幽门螺杆菌感染慢性胃炎脾胃湿热证患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(10): 2055-2059+2064.
- [5] 段成颖. 健脾通络汤辅助治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证61例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2023, 40(5): 55-59.
- [6] 吴陈, 施翠芬, 万磊, 谭阳, 张鑫, 宋艳艳. 祛寒暖胃贴治疗慢性胃炎(脾胃虚寒型)的临床疗效观察[J]. 江西中医药大学学报, 2023, 35(5): 35-38.
- [7] 姜利国, 王凌宇, 陆艺文. 半夏柴桂泻心汤联合西药治疗幽门螺杆菌感染的慢性胃炎脾胃湿热证临床研究[J]. 河北中医, 2023, 45(9): 1436-1439.
- [8] 王官纯. 藿朴夏苓汤加减联合西药治疗慢性萎缩性胃炎(脾胃湿热型)60例的疗效观察[J]. 北方药学, 2023, 20(9): 87-89.
- [9] 张涵灵, 徐婧, 闫海琳, 吕文亮. 基于“治未病”理论防治慢性胃炎脾胃湿热证[J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(4): 42-44.