

中西医结合治疗慢性胃炎脾胃湿热型疗效观察研究

杨延良

北京裕和中西医结合康复医院 北京 100000

摘要 目的：研究中西医结合治疗对慢性胃炎脾胃湿热型患者。方法：选择我院 2022 年 1 ~ 12 月就诊的慢性胃炎脾胃湿热型患者 86 例，随机分对照组和观察组，各 43 例，对照组采取西医治疗，观察组采取中西医结合治疗，观察两组治疗效果差异。结果：观察组治疗总有效率高于对照组，观察组不良反应发生率低于对照组，观察组症状消除时间、中医证候评分、住院时间、疼痛评分、CRP 均低于对照组，生活质量评分、超氧化物歧化酶高于对照组，差异显著 ($P < 0.05$)。结论：慢性胃炎脾胃湿热型患者采取单纯西医治疗的效果较差，采取中西医结合治疗的效果更高，能够对患者脾胃湿热证产生较好的治疗效果，值得临床重视。

关键词：中西医结合治疗；慢性胃炎脾胃湿热型；治疗效果

慢性胃炎是消化系统常见疾病，在我国临床的发病率较高，发病后患者存在较为严重暖气、反酸、胃部胀痛等症状，并随着患者病情的加重，发展为慢性萎缩性胃炎、胃溃疡，甚至胃癌，对患者的生命安全威胁性较大。该症多由于饮食不当、免疫功能下降、胃酸缺乏、Hp 感染等原因致病，该症的治疗难度较大，与其用药时间长、病情易反复有关。常规西医治疗主要采取药物联用方式干预，虽然能够在用药早期控制患者的病情，但无法在短时间根治，患者长期用药下的不良反应较多，且用药依从性方面相对较差，因此单纯西医治疗的效果存在显著不足。中医则根据慢性胃炎患者的辨证情况进行观察，发现大部分慢性胃炎患者属于脾胃湿热型，存在较为严重的脾胃损伤、湿浊内停症状，并最终引发脾胃湿热，致使患者发生严重的胃部不适，引起慢性胃炎症状。中医根据其辨证情况，认为需要对患者进行清热祛湿治疗，与西医用药进行联合干预。本文对所选慢性胃炎脾胃湿热型患者开展中西医结合治疗干预，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2022 年 1 ~ 12 月在我院慢性胃炎脾胃湿热型患者 86 例，随机分为对照组和观察组，两组各 43 例。观察组男 22 例，女 21 例，年龄 46 ~ 84 岁，平均年龄 (65.25 ± 18.75) 岁，病程 2 ~ 8 年，平均病程 (5.47 ± 2.53) 年；对照组男 21 例，女 22 例，年龄 47 ~ 85 岁，平均年龄 (66.42 ± 18.58) 岁，病程 3 ~ 9 年，平均病程 (6.18 ± 2.82) 年。患者均签署同意书，实验符合医学伦理委员会要求，患者无中途离院、死亡、资料丢失等导致脱落的情况，两组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1) 符合西医慢性胃炎诊断标准；(2)

经中医辨证分型为脾胃湿热型。排除标准：(1) 18 周岁及以下未成年患者；(2) 6 个月内胃部或其他消化系统疾病治疗病史，腹部手术病史；(3) 无法耐受实验用药；(4) 其他重大器官恶性肿瘤、认知障碍、精神类疾病。

1.2 方法

对照组：采取西医三联治疗，选择克拉霉素 (X19990074，江西普众药业) 用药，剂量 0.5g/次，bid；阿莫西林 (H35020730，福建延年药业) 剂量 1g/次，bid；埃索美拉唑 (H20046380，阿斯利康) 剂量 20mg/次，bid，连续用药 2 周，第 3 周开始仅进行埃索美拉唑用药，剂量相同，qd，用药 2 周，疗程共 4 周。

观察组：对照组基础上采取清热调中汤进行治疗，方剂包括绞股蓝、赤芍、白术、黄芪、丹参等药物，煎煮取汁后用药，共取汁 300ml，分早晚餐前用药，150ml/次，bid。

1.3 观察指标

(1) 对比两组治疗总有效率 = 显效 + 有效 / 43 * 100%。

显效：患者症状彻底消除；有效：患者症状好转；无效：患者症状未见改善。

(2) 对比两组不良反应发生率 = 皮疹 + 恶心呕吐 + 便秘 + 腹泻 / 43 * 100%。

(3) 对比两组症状消除时间、中医证候评分、住院时间、治疗前后生活质量、疼痛评分、超氧化物歧化酶、CRP 水平差异。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 27.0 分析数据，计数资料和计量资料分别以 (%)、($\bar{x} \pm s$) 表示，并分别进行 χ^2 和 t 检验，均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组治疗总有效率比较 (%) [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	43	28 (58.13)	14 (39.55)	1 (2.32)	42 (97.68)
对照组	43	20 (46.51)	19 (41.87)	5 (11.62)	39 (88.38)
χ^2	-				7.48
P	-				$P < 0.05$

2.2 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 观察组症状消除时间、中医证候评分、住院时间均低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 治疗前两组生活质量、疼痛评分无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后观察组生活质量评分高于对照组, 疼痛评分低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 治疗前两组超氧化物歧化酶、CRP 水平无显著差异 ($P > 0.05$), 观察组均高于对照组, 均低于对照组, 差异显著 (P

表 2 两组不良反应发生率比较 (%) [n (%)]

组别	例数	皮疹	恶心呕吐	便秘	腹泻	不良反应发生率
观察组	43	1 (2.32)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.32)	2 (4.65)
对照组	43	2 (4.65)	1 (2.32)	2 (4.65)	0 (0.00)	5 (11.62)
χ^2	-					7.44
P	-					$P < 0.05$

表 3 两组症状消除时间、中医证候评分、住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$) [n (分)]

组别	例数	症状消除时间(d)	中医证候评分	住院时间 (d)
观察组	43	8.68±0.62	2.78±0.62	10.44±0.28
对照组	43	12.47±0.48	5.74±0.44	15.48±0.44
t	-	11.8382	11.6624	12.0714
P	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

$P < 0.05$), 见表 5。

3 讨论

慢性胃炎是由于免疫功能下降、Hp 感染、十二指肠液反流、吸烟酗酒等多种因素引起的消化道疾病, 该症发生后会对患者的胃部黏膜层产生严重的影响, 并诱发其发生病变, 同时患者表现为食欲下降、嗝气、胃脘痛、痞满、烧心等症状, 对患者的生活造成严重的影响^[1]。中医临床则将慢性胃炎看作是“胃脘痛”症, 患者的病情多与其饮食不节、

表 4 两组生活质量、疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$) [n (分)]

组别	例数	生活质量评分		疼痛评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	60.47±2.46	89.74±2.46	6.47±0.63	2.17±0.27
对照组	43	62.74±3.41	71.44±3.08	6.45±0.33	4.62±0.33
t	-	0.7682	12.8382	0.4782	10.7725
P	-	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

表 5 两组超氧化物歧化酶、CRP 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	超氧化物歧化酶 (U/ml)		CRP (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	0.82±0.33	1.98±0.37	20.47±2.62	7.25±0.41
对照组	43	0.81±0.34	1.23±0.28	20.38±1.13	15.43±0.38
t	-	0.7681	12.4782	0.4438	10.3814
P	-	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

喜食肥甘等有关,并最终引发胃脘痛。脾胃湿热型是胃脘痛患者较为常见的辩证类型,患者存在较为严重湿热症状。在西医传统用药下,能够保护胃黏膜,并逐步通过用药清除Hp感染,消除其炎症症状,但治疗相对缓慢,且长时间用药对患者的治疗负担较大,使得患者的患病时间越长,其治疗效果越差^[2-3]。中医采取清热调中汤进行治疗,取得一定的治疗效果,清热调中汤中含有丹参、黄芪、赤芍、绞股蓝等药物,其中丹参能够改善人体的免疫功能,具有补中益气的效果,白术则能够起到抗炎、改善胃肠道功能、改善平滑肌功能的效果,具有燥湿健脾的作用。绞股蓝则具有清热解毒、补气安神等效果,能够提高人体免疫功能,加强脂质代谢水平的效果。上述药物联合应用,能够显著提高患者的治疗效果,加强其整体治疗体验。尤其在改善患者由于脾胃湿热引起的嗝气、腹痛症状有较好的干预作用^[4-5]。在中西医结合用药方面,传统西医三联用药治疗基础上,对患者进行中药清热调中汤治疗,在药物协同性方面的作用较好,其联合用药治疗效果,较单纯西医用药效果更高,在用药安全性方面也有较为明显的优势,能够在改善患者症状的同时,巩固其治疗效果,有效避免传统西医治疗下患者长期用药不良反应较多,用药依从性不足引起的病情反复,从整体上提高患者的治疗效果^[6-7]。

本次实验表明,观察组治疗总有效率高于对照组,观察组不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$),说明通过中西医结合治疗方式干预,能够显著改善慢性胃炎脾胃湿热型患者的治疗效果,并改善患者的治疗体验,减少不良反应的发生。传统西医治疗采取三联用药进行治疗,虽然能够控制炎症病情,改善其胃肠道功能,但治疗效果相对缓慢,同时患者由于不良习惯等原因影响,易发生复发,因此治疗效果相对较差。中医诊断患者的病情进行辨证分型,针对脾胃湿热型的治疗针对性较好,通过清热调中汤治疗则能够显著改善患者的治疗效果,该方剂中含有黄芪、白术、丹参等药物,具有行气活血、消炎镇静的作用,因此在改善患者慢性胃炎症状方面的效果较好,同时口服方剂用药,药物直接作用在胃黏膜上,其治疗效果明显。在治疗安全性方面,患者用药后的舒适度提高,能够尽快消除疼痛、嗝气等症状,同时对改善患者腹泻、便秘等方面的作用较好,因此安全性也更高。

观察组症状消除时间、中医证候评分、住院时间、疼痛评分、CRP均低于对照组,生活质量评分、超氧化物歧化酶高于对照组,差异显著($P < 0.05$)。说明在西医治疗基础上,开展中药清热调中汤治疗,对改善患者症状有较好的效果,患者能够在更短的时间内消除慢性胃炎引起的症状,并加强胃肠道的功能,能够有效消除平滑肌痉挛,患者的炎症反应得到显著改善,其超氧化物歧化酶含量也得到显著的提高,说明加用清热调中汤治疗后,患者的胃部供氧效果得到显著改善,同时患者的胃黏膜保护效果更高,因此能够更好的改进患者治疗效果。

综上所述,慢性胃炎脾胃湿热型患者通过中西医结合治疗的效果更高,能够在更短的时间内消除患者症状,改善其胃肠道功能,值得临床重视。

参考文献:

- [1] 段柳花,李丹丹,徐喃喃.半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性胃炎对患者胃功能及炎症反应水平的影响[J].四川中医,2023,41(11):124-127.
- [2] 陈淑平,张苗,王丽芳.蒲公英联合四联方案治疗脾胃湿热型幽门螺旋杆菌感染相关性胃炎的疗效[J].医学信息,2023,36(13):107-110.
- [3] 马黎娟,孟祥,张娜娜,等.不同中医证型慢性胃炎患者幽门螺杆菌感染情况调查分析[J].世界中西医结合杂志,2022,17(10):2062-2066.
- [4] 陈艳,王文荣,唐朝宏,等.清化散瘀饮治疗脾胃湿热型隆起糜烂性胃炎30例[J].福建中医药,2022,53(06):9-11.
- [5] 徐艺峰,王忆勤,郝一鸣.慢性胃炎湿热证形成及中药治疗机制研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(03):699-704.
- [6] 何聪,王慧超,周秉舵,等.清化和中方加减治疗脾胃湿热型慢性非萎缩性胃炎的临床疗效观察[J].上海中医药杂志,2021,55(02):56-58+62.
- [7] 王峰,李云花,钱龄蓉,等.黄连解毒汤联合西药治疗脾胃湿热型耐药幽门螺杆菌感染的疗效观察[J].内蒙古中医药,2020,39(07):36-37.