

中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究与疗效观察

杨得凯

(青海省大通县第二人民医院 青海西宁 810100)

【摘要】目的 探究慢性萎缩性胃炎患者治疗中中西医结合治疗的临床效果。方法 选择研究者医院中西医内科收治的患者进行研究, 共计80例患者, 年龄35~65岁, 均确诊慢性萎缩性胃炎, 入院时间2023年9月~2024年8月。随机分2组, 数字表法。对照组40例, 单用西医治疗。观察组40例, 予以中西医结合治疗。比较两组临床疗效、不良反应率以及治疗前后炎症因子[C反应蛋白(C-reactiveprotein, CRP)、白介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumornecrosisfactor- α , TNF- α)]水平、胃肠激素[胃泌素(gastrin, GAS)、胃动素(motilin, MTL)、内皮素(endothelin, ET)]水平。结果 观察组临床有效率更高($P<0.05$)。两组不良反应率比较($P>0.05$)。观察组治疗后炎症水平更低($P<0.05$)。观察组治疗后GAS、ET水平更低, MTL水平更高($P<0.05$)。结论 慢性萎缩性胃炎治疗中, 中西医结合治疗效果理想, 可改善患者胃肠激素、炎症状态, 利于康复与预后, 且治疗安全性高, 值得推广。

【关键词】慢性萎缩性胃炎; 中西医结合治疗; 临床疗效; 不良反应; 炎症因子; 胃肠激素

Clinical study and curative observation of integrated Chinese and Western medicine in chronic atrophic gastritis

Yang Dekai

The Second People's Hospital of Datong County, Qinghai Province, Qinghai Xining 810100

[Abstract] Objective To explore the clinical effect of integrated Chinese and Western medicine in patients with chronic atrophic gastritis. Methods Patients admitted to the Department of Traditional Chinese and Western Medicine in the investigator hospital were selected for study. A total of 80 patients, aged 35 to 65 years, were diagnosed with chronic atrophic gastritis from September 2023 to August 2024. Randomized into 2 groups, numerical table method. In the control group, 40 patients were treated with western medicine alone. In the observation group, 40 cases were treated with integrated traditional Chinese and western medicine. The clinical efficacy, adverse response rate, and the levels of inflammatory factors [C-reactiveprotein (C-reactiveprotein, CRP), interleukin-6 (interleukin-6, IL-6), and pre-treatment tumornecrosisfactor- α (tumornecrosisfactor- α , TNF- α)], gastrointestinal hormones [gastrin (gastrin, GAS), motilin (motilin, MTL), endothelin (endothelin, ET)]. Results The clinical response rate was higher in the observation group ($P<0.05$). Comparison of adverse reaction rates between the two groups($P>0.05$). The inflammation level was lower in the observation group after treatment($P<0.05$). Lower GAS, ET levels, and higher MTL levels after treatment in the observation group ($P<0.05$). Conclusion In the treatment of chronic atrophic gastritis, the treatment effect of integrated traditional Chinese and western medicine is ideal, which can improve the gastrointestinal hormone and inflammation of patients, is conducive to rehabilitation and prognosis, and has high treatment safety, which is worth promoting.

[Key words] chronic atrophic gastritis; integrated Chinese and Western medicine treatment; clinical efficacy; adverse reactions; inflammatory factors; gastrointestinal hormones

前言

慢性萎缩性胃炎是临床常见慢性胃炎之一, 多见于中老年人群, 发病率约为17%, 且病因复杂, 以遗传、H. pylori感染、缺铁性贫血等因素为主要诱因^[1]。该病以恶心、食欲下降、上腹部灼烧感等症状为主, 对患者日常生活影响显著, 若未能及时诊治, 患者病情进展, 还可引起上消化道突发性出血、胃息肉等并发症, 威胁身心健康。

目前, 临床主要以西药联合应用治疗该病, 虽可一定程度上改善患者病情, 但整体疗效并不理想, 多存在Hp感染根除不彻底、停药后复发率高、长期用药不良反应较多等状况^[2]。而中医诊治慢性萎缩性胃炎历史悠久, 认为该病是因脾阳不足、中焦气滞等因素引起^[3], 并主张辩证论治, 以消除痞满、温中补气等为治疗原则, 疗效理想, 深受认可。本文即选择80例慢性萎缩性胃炎患者进行研究, 探究中西医结合治疗的临床效果, 为该类药物临床治疗提供参考。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择研究者医院中西医内科2023年9月~2024年8月收治的患者进行研究, 共计80例慢性萎缩性胃炎患者。随机分2组, 数字表法。

对照组中, 男:女(例)=24:16(例); 年龄均值(50.02 \pm 7.26)岁, 最低35岁, 最高65岁; 病程均值(1.25 \pm 0.38)年, 最短7个月, 最长3年。

观察组中, 男:女(例)=25:15(例); 年龄均值(50.05 \pm 7.22)岁, 最低35岁, 最高65岁; 病程均值(1.27 \pm 0.35)年, 最短6个月, 最长3年。

两组资料比较($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

均确诊慢性萎缩性胃炎, 符合指南^[4]要求。临床资料完整。沟通及认知正常。可耐受中医治疗措施。治疗依从性良好。患者及家属签署同意研究书。

1.2.2 排除标准

肝肾功能异常者。擅自使用非本院开具药物者。精神异

常,无法遵从医嘱者。合并其余消化系统疾病者。合并血液系统疾病者。合并免疫系统疾病者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

本组单用西药治疗,本院采用瑞巴派特+奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林+胶体果胶铋方案治疗,持续用药6周,具体:

(1)瑞巴派特:由浙江远力健药业提供,国药准字 H2001015,口服,每次0.1 g,每日3次。(2)奥美拉唑:由苏州中化药品工业提供,国药准字 H20010184,口服,每次20 mg,每日2次。(3)克拉霉素:由四川泰华堂制药提供,国药准字 H20065798,口服,每次0.5 g,每日2次。(4)阿莫西林:由山西同达药业提供,国药准字 H20073001,口服,每次1 g,每日2次。(5)胶体果胶铋:由山西振东安特生物制药提供,国药准字 H20058476,口服,每次0.3 g,每日2次。

1.3.2 观察组

本组予以中西医结合治疗,持续用药6周,即在对照组基础上,联用:(1)中药内服:本院采用半夏泻心汤加减治疗,方剂由人参10g、黄芩10g、大枣10g、法半夏10g、炙甘草6g、干姜6g、黄连6g组成,每日1剂,留汁300 mL,分早晚2次服用。(2)辨证加服:脾胃虚寒者加附子理中丸,每日2次,每次1丸;寒凝停滞者加十香止痛丸,每日2次,每次1丸;肝胃不和者加香砂平胃丸,每日3次,每次9g;肝胃郁热者加味左金丸,每日3次,每次6g;胃络瘀血者加元胡止痛片治疗,每日2次,每次5g;胃阴亏虚者加玉竹冲剂,每日2次,每次1袋。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组临床疗效

纳入显效、有效、无效三个等级。

显效:症状完全消失,胃镜检查中见创面愈合,Hp阴性。

有效:症状明显改善,胃镜检查中见创面处于愈合过程期,Hp阴性。

无效:未达到上述要求。

总有效率=(显效+有效)/分组总数*100.00%。

1.4.2 比较两组不良反应率

主要有头晕头痛、腹痛腹泻、嗜睡三类。

1.4.3 比较两组治疗前后炎症因子水平

治疗前、治疗后次日评估。含C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、白介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)三项指标。

数据检测:患者空腹采血,经肘部静脉获取样本,样本量2 mL,离心处理(速率3000 r/min,时长10 min),离心后快速送检,自动生化分析仪分析,酶联免疫吸附法获取数据。

1.4.4 比较两组治疗前后胃肠激素水平

治疗前、治疗后次日评估。含胃泌素(gastrin, GAS)、胃动素(motilin, MTL)、内皮素(endothelin, ET)三项指标。样本获取、检测方式同炎症检测,GAS、MTL检测方法为放射免疫法,ET检测方法为酶联免疫吸附法。

1.5 统计学方法

SPSS26.0系统处理数据。计量资料($\bar{x} \pm s$),以T检验。计数资料(%),以 χ^2 检验。 $P < 0.05$,有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组临床疗效比较

对照组中,有效率90.00%,其中显效17例、有效19例、无效4例。

观察组中,有效率100.00%,其中显效20例、有效20例、无效0例。

观察组临床有效率更高($\chi^2=4.2105, P=0.0402; P < 0.05$)。

2.2 两组不良反应率比较

对照组中,发生率5.00%,其中头晕头痛1例、腹痛腹泻1例。

观察组中,发生率7.50%,其中头晕头痛1例、腹痛腹泻1例、嗜睡1例。

两组不良反应率比较($\chi^2=0.2133, P=0.6442; P > 0.05$)。

2.3 两组治疗前后炎症因子水平

观察组炎症水平更低($P < 0.05$)。详情见表1。

2.4 两组治疗前后胃肠激素水平

观察组治疗后GAS、ET水平更低,MTL水平更高($P < 0.05$)。详情见表2。

表1 治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CRP (mg/L)		IL-6 (ng/L)		TNF- α (pg/mL)	
	前	后	前	后	前	后
对照组 (n=40)	125.48 \pm 21.03	75.24 \pm 15.02	9.09 \pm 2.25	5.69 \pm 1.64	88.42 \pm 7.81	51.55 \pm 6.78
观察组 (n=40)	125.46 \pm 21.06	55.76 \pm 10.25	9.07 \pm 2.28	3.22 \pm 1.02	88.46 \pm 7.85	34.22 \pm 5.05
T	0.0043	6.7753	0.0395	8.0886	0.0228	12.9647
P	0.9966	0.0000	0.9686	0.0000	0.9818	0.0000

表2 治疗前后胃肠激素水平($\bar{x} \pm s$)

组别	GAS (ng/L)		MTL (ng/L)		ET (g/L)	
	前	后	前	后	前	后
对照组 (n=40)	200.45 \pm 30.18	128.02 \pm 20.08	155.46 \pm 15.55	215.44 \pm 22.22	89.56 \pm 7.24	70.05 \pm 7.02
观察组 (n=40)	200.50 \pm 30.15	85.30 \pm 14.22	155.50 \pm 15.52	270.05 \pm 28.88	89.60 \pm 7.20	61.55 \pm 6.20
T	0.0074	10.9808	0.0115	9.4785	0.0248	5.7398
P	0.9941	0.0000	0.9908	0.0000	0.9803	0.0000

3. 讨论

近年来,受情绪障碍、职业、老龄化等因素影响,我国

慢性萎缩性胃炎发病率持续增长^[5]。该病病因复杂,治愈难度较高,尤其是中老年患者,因机能衰退,其病变程度多更加严重。

下转第245页

- [3]黄帝内经[M].中医古籍出版社, 2003.
- [4]何伟.构建中医浊邪理论体系框架的初步探讨[J].中医杂志, 2015, 56(21): 1801-1803.
- [5]魏静.从“膏浊致病”理论浅析肥胖症[J].安徽中医药大学学报, 2021, 40(02): 7-9.
- [6]张蒙蒙, 朱喜妹, 刘绍维, 等.基于“膏脂-膏浊”理论探析肥胖2型糖尿病的防治[J].中医临床研究, 2023, 15(34): 51-54.
- [7]李明珠, 陈谦峰, 陶文娟, 等.基于“膏脂”生理特点与病理变化探析慢性代谢性疾病的防治[J].中医杂志, 2022, 63(04): 307-311.
- [8]IACOBELLIS G. Epicardial adipose tissue in contemporary cardiology[J].Nat Rev Cardiol, 2022, 19(9): 593-606.
- [9]PARK S, KIM DE, KIM SM, et al. Association of epicardial adipose tissue with metabolic risk factors on cardiovascular outcomes: serial coronary computed tomography angiography study[J].Korean J Intern Med, 2024, 39(2): 283-294.
- [10]HIRATA Y, TABATA M, KUROBE H, et al. Coronary atherosclerosis is associated with macrophage polarization in epicardial adipose tissue[J].J Am Coll Cardiol, 2011, 58(3): 248-255.
- [11]SONG Y, TAN Y, DENG M, et al. Epicardial adipose tissue, metabolic disorders, and cardiovascular diseases: recent advances classified by research methodologies[J].MedComm(2020), 2023, 4(6): e413.
- [12]KOLOGRIVOVA IV, NARYZHAYA NV, KOSHELSKAYA OA, et al. Association of Epicardial Adipose Tissue Adipocytes Hypertrophy with Biomarkers of Low-Grade Inflammation and Extracellular Matrix Remodeling in Patients with Coronary Artery Disease[J].Biomedicine, 2023, 11(2).
- [13]CAMARENA V, SANT D, MOHSENI M, et al. Novel atherogenic pathways from the differential transcriptome analysis of diabetic epicardial adipose tissue[J].Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2017, 27(8): 739-750.
- [14]VYAS V, BLYTHE H, WOOD EG, et al. Obesity and diabetes are major risk factors for epicardial adipose tissue inflammation[J].JCI Insight, 2021, 6(16).
- [15]钱涛铭, 樊德慧, 韩宇博, 等.基于消膏降浊法探讨国医大师卢芳治疗肥胖相关性高血压经验[J].中医药导报, 2024, 30(06): 163-166.
- [16]逢冰.降浊方治疗高脂血症(痰浊阻滞证)的临床研究[D].中国中医科学院, 2015.
- [17]郑玉娇, 张莉莉, 丁齐又, 等.神曲、半夏曲、红曲治疗高脂血症经验——仝小林三味小方撮萃[J].吉林中医药, 2020, 40(08): 998-1000.
- [18]仝小林, 刘文科.论膏浊病[J].中医杂志, 2011, 52(10): 816-818.
- 基金项目: 江苏省研究生科研与实践创新计划项目(SJCX24_1011)

上接第 242 页

目前,临床主要以西药联合应用法治治疗该病,本院即采用了瑞巴派特+常规四联法治治疗,可抑制患者胃酸分泌,保护胃粘膜,根除 Hp,促进溃疡愈合。但实际应用中,西药联用方案多疗程长,患者很容易出现耐药性、不良反应,导致临床疗效难以提升,且患者多 Hp 根除不彻底,停药后仍存在较高的复发率^[6]。

中医学诊治慢性萎缩性胃炎历史悠久,主张辨证论治,疗效得到广泛认可。中西医结合治疗是我国的长期实行的方针,可兼顾中医、西医的优势^[7]。本院使用的半夏泻心汤即出自《伤寒论》,由黄芩、党参、炙甘草等药材组成,具有良好的协同肝脾、补中益气、寒热平调、消痞散结之功效;

且药理学研究证实,半夏泻心汤可改善人体神经递质,抑制胃酸分泌,还可调节胃肠菌群,促进胃肠功能恢复,从而保护胃粘膜,促进康复^[8]。同时,本院依照患者中医分型辩证加服药物,能够进一步改善患者临床症状,实现整体调节,提高抗病能力,从而提升临床疗效。本文中,观察组临床有效率更高,治疗后炎症水平、胃肠激素水平更优($P<0.05$),便证实了中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的有效性。而两组不良反应率比较($P>0.05$),则突显了中西医结合治疗的安全性。

综上所述,慢性萎缩性胃炎治疗中,中西医结合治疗可提升临床疗效,促进康复,还可改善患者胃肠激素水平、炎症状态,利于预后,且治疗安全性高,值得推广。

参考文献:

- [1]朱长红,叶红,贺翔,等.慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗研究进展[J].中国医药指南, 2024, 22(11): 38-41.
- [2]王衡霞.中西医结合疗法在慢性萎缩性胃炎中的应用效果探究[J].内蒙古中医药, 2023, 42(5): 71-72.
- [3]伊斯马伊力·热合曼,文宁,曾斌芳.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].新疆中医药, 2023, 41(4): 126-130.
- [4]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,等.中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)[J].胃肠病学, 2023, 28(3): 149-180.
- [5]李莉.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效分析[J].世界复合医学, 2021, 7(5): 63-65.
- [6]张红霞,齐洪军.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究概况[J].临床医学进展, 2022, 12(8): 7418-7422.
- [7]刘伟,冯培民.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对患者炎症因子水平与中医证候积分的影响[J].当代医药论丛, 2022, 20(23): 163-166.
- [8]许军.半夏泻心汤加减治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎临床疗效分析[J].实用中西医结合临床, 2020, 20(15): 51-52.