

## • 经验交流 •

## 中西医结合治疗慢性胃炎 248 例

陈怡凯, 蓝创新, 周芝彬

(广东省普宁市人民医院, 广东 普宁 515300)

【关键词】 胃炎, 慢性; 中西医结合治疗; 辨证论治

中图分类号: R256.33 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)05-0318-02

慢性胃炎(CG)是消化系统的常见疾病,病因及发病机制复杂,治疗较为棘手。1999—2004年,我们采用中西医结合方法共治疗248例CG患者,效果较好,报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料:248例CG患者中男159例,女89例;年龄15~73岁,平均39岁;病程2.5个月~34.0年,平均8.4年;全部为门诊患者。

1.2 诊断标准:患者都有典型的CG临床表现,如上腹胀满不适、胃脘痞痛(多表现为上腹隐痛,少数可为剧痛或肋背放射痛)、嗝气反酸(嗝气较反酸更多见)、恶心呕吐、食欲不振等;均经纤维胃镜检查确诊为各种类型的CG。

1.3 治疗方法:采用西医开路、中药理后的综合治疗思路治疗CG,用药时间为2个月。

1.3.1 精神与饮食治疗:无论是西医还是中医,都十分重视精神与饮食治疗。紧张、焦虑、激动、暴躁、生气、忧伤等均可引起植物神经功能紊乱,导致CG的发生与发展<sup>[1]</sup>。所以患者要去除对疾病的顾虑,保持心情舒畅,适当减轻工作负担,避免熬夜。对失眠及抑郁症患者要给予相应对症处理(临床上有不少CG患者同时伴有植物神经功能紊乱);定时、定量进餐,进食容易消化的食物,既不要过量饮食,又不能饥饿过度,不吃易胀气的食物以及寒凉食物,禁烟、酒、咖啡及浓茶,饮料最好也不要饮用。

1.3.2 西医治疗:治疗最初10d不用中药,只给予抗幽门螺旋杆菌(HP)及对症治疗的西药,如:奥美拉唑20mg,每日2次;克拉霉素0.25mg,每日2次;阿莫西林0.5g,每日2次;若以腹痛为主者给颠茄合剂10ml,每日3次;以腹

胀及嗝气为主者给吗丁啉10mg,每日3次。对有严重、广泛的糜烂型胃炎,不论是平坦或疣状突起型,以及经1个月治疗后症状缓解不显著者,均在第2个月治疗的前10d,除使用中医治疗外,给予10d的抗HP西药治疗,如丽珠得乐(铋剂)+甲硝唑+阿莫西林(或痢特灵)。对胆汁反流性胃炎,整个疗程均服用吗丁啉(或胃复安、西沙必利)<sup>[2-4]</sup>。

1.3.3 中医治疗:根据CG的临床表现,CG近似于中医的“胃痛”、“胃痛”、“痞痛”等范畴,治疗上应严格按中医辨证论治处理,因CG临床表现繁多,舌质、舌苔、脉象的变化也颇复杂。为了治疗上的方便,我们将证上CG归纳为5个证型,但各型间有时相互夹杂,有时还有其他兼证,所以治疗上应随机应变,才能提高疗效。

1.3.3.1 肝胃不和型:或称肝郁气滞型,肝属木,脾属土,肝木克脾土,“治肝可以安胃”,“肝气条达,胃不受侮”,所以此两证型在病机上是一类型,表现也相似,只是患者症状轻重略有不同。患者胃脘部灼热疼痛,或肋背放射痛、泛酸嘈杂、心烦易怒,苔薄白,脉沉弦。治以疏肝解郁,理气和胃。以柴胡疏肝散加减。方药组成:柴胡、川芎、赤芍、香附、枳壳、佛手、川楝子、甘草;痛剧者加木香、元胡;若口苦口干,大便干燥,小便短赤,舌质微红或红,苔薄黄或黄,脉弦或弦数,则兼肝胆郁热,加用黄连、栀子、大黄;若因外寒诱发,可加用桂枝、苏梗;如挟食积中阻,可加神曲、谷麦、麦芽之类,以清导和胃。

1.3.3.2 脾胃虚寒型:口淡无味,食欲不振,或食后脘胀,胃脘隐痛,按之稍舒,嗝气嘈杂,面色少华,神疲乏力,舌质淡,苔薄白,脉虚弱。治以健补脾胃。以四君子汤加减:党参、白术、茯苓、炙甘草、山药、炒扁豆等。若兼“中寒”者,因脾

虚中寒,“脏寒生满病”,因虚而滞,气滞不通,故胃脘隐痛、胀满,不能运化水湿,胃气逆而不降,故有嗝气,口泛清水,寒得温而散,气得暖则行,所以喜温喜按,可在上述方药基础上选用“温中散寒”之品,如肉桂、干姜、附片、山茱萸等,也可用黄芪建中汤加减:黄芪、白芍、饴糖、干姜、木香、莱菔子、枳壳。方中重用黄芪、芍药和饴糖,加用干姜和肉桂以温中补虚,佐以木香、莱菔子和枳壳等行气导滞<sup>[5]</sup>。脾胃虚寒,用温热以助脾胃运化,行气导滞,和胃降逆,缓急止痛。

1.3.3.3 脾胃湿热型:胃脘灼痛、纳呆不食,口干口苦,或口臭黏腻,脘腹痞满,嘈杂心烦,渴不欲饮,恶心嗝气或呕吐,大便不调,舌质红或边尖深红,舌苔白腻或黄腻,脉弦滑或濡数,此乃湿热或痰湿伤中,阻滞气机、升降失常。治以辛开苦降,清除中焦湿热,消痞散结。可选半夏泻心汤加减:法半夏、黄芩、干姜、党参、甘草、黄连、大枣。方中以半夏为君,配以干姜以辛助辛,取其辛通开气,再以黄芩、黄连苦寒沉降,使垢浊滞气下泄,且其性寒凉,可清泄中焦湿热,又能制约半夏、干姜辛燥化热之弊,防患于未然,以党参、甘草、大枣为佐使,甘味补中,健脾和胃。全方寒热同用,补泻兼施,祛邪而不伤正,扶正而不留邪,使脾胃调和,气机畅通,升降复其原职,清浊归还本位,邪去正复。若兼饮食不调,情志所伤,及其他外邪所袭,当须兼治和加减,湿热之邪变有以湿为主或以热为主,亦应随证灵活加减<sup>[6,7]</sup>。

1.3.3.4 胃络瘀血型:痛有定处而拒按,食后较甚,受寒则胃脘痛加剧,局部保暖或热敷可减轻疼痛。舌质紫暗,脉涩,重者吐血或黑便。“气为血之帅,血为气之母”,所以气与该病密切相关。治法宜先分别虚实,实证用失笑散为主方。方中蒲黄、五灵脂有通络止痛,活血止血的

作者简介:陈怡凯(1953-),男(汉族),广东普宁人,主治医师。

作用;痛甚可加香附、乌药等以理气散郁;若黑便不止,可加芍药、三七、炒当归、阿胶珠以助止血化瘀之力;若出血不止,可加三七、白芨,有化瘀之力;若失血日久,倦怠少气,唇白舌淡,脉细弱者,可加人参、黄芪、白术,以益气扶正,温脾摄血;若虚而有热,舌质光红,脉细数者,可加生地、玄参、丹皮,以滋阴凉血<sup>[8]</sup>。

**1.3.3.5 胃阴不足型:**胃脘隐痛,饮食不慎则诱发或加重病情,口干少津,五心烦热,大便无力,食欲不振,常大便便秘,舌质红常有裂纹,少苔或无苔,脉细数。治宜养阴益胃。以沙参麦冬汤合一贯煎加减:沙参、麦冬、玉竹、生扁豆、生甘草、花粉、白芍、川楝子;大便便秘加大火麻仁、栝楼仁;阴亏过甚加石斛;虚热或汗多加地骨皮<sup>[9]</sup>。

**1.4 疗效标准:**①痊愈:临床症状完全消失,短期内无复发;②显效:临床症状明显好转或比前有缓解;③无效:临床症状在疗程结束后无进步。

## 2 结果

经辨证论治后,按上述疗效标准,临床治愈 201 例(占 81.0%);显效 41 例(占 16.5%);无效 6 例(占 2.5%)。总有效率为 97.5%。

## 3 讨论

CG 是消化系统的常见病、多发病,常因六淫、饮食不当、情志所伤反复发作,病程缠绵,难以根治。“六淫”、“情志”、“饮食”常是 CG 急性发作的诱因,这是中西医的共识,不论在治疗中或治疗后都应密切注意。

西医对 CG 的治疗,并不是某些中医或中西医结合治疗 CG 的文章所说的那样,“没有什么特异治疗办法”。自从 1983 年澳大利亚人 Marshall 从 CG 患者胃黏膜组织中发现并命名 HP 以来,经过近 20 多年的研究,已经明确了 HP 是 CG 发生与预后的主要因素,杀灭和根除 HP 是治疗 CG 的关键途径之一。

根据我们观察,不少患者经 10 d 强有力抗 HP 和西药对症处理后,复诊时症状大为好转,甚至症状完全消失,若不连续给予中药“理后”治疗,容易复发,这就是治疗最初要用 10 d 西药治疗的原因。及来荣等<sup>[10]</sup>对 74 例萎缩性胃炎患者采用中西医结合方法治疗,30 例采用常规西药对症治疗,单纯西药治疗组总有效率 93.3%,中西医结合治疗总有效率 97.3%。王世英等<sup>[11]</sup>用养胃冲剂治疗萎缩性胃炎,治疗后胃黏膜有明显改善,黏膜萎缩和肠上皮化生程度变轻。事实上,大量研究均表明,许多中药如黄连、黄芩、大黄、虎杖、桂枝、五倍子、地锦草、甘草、厚朴、白芷、麦冬、败酱草等亦有明显抗 HP 作用,后期中药可以巩固前期的抗 HP 效果。就现有观察结果看,我们通过这种 10 d 抗 HP 与西药对症处理,起效快,效果好,抗菌效力是肯定的。之所以一开始只用西药,不使用中药,原因之一是单用西药抗菌与对症治疗,效果肯定,二是这些西药对中医的舌质、舌苔、脉象影响甚大,会影响中医的正确辨证。

中医对 CG 的“理后”治疗,不能用一方一药解决,要辨证论治,辨证与辨病相结合。从临证看,初诊的 CG 以脾胃湿热型较多见,其次是肝胃不和型,如前所述,因 CG 多为“六淫”、“饮食”诱发急性发作,初诊多为急性发作来诊。但经 10 d 西药治疗后,症状、舌质、舌苔和脉象会发生很大变化,辨证就应以此时情况为据。在后期的治疗中,以脾胃虚弱或虚寒较为多见,单纯血瘀型及阴虚型相对少见,但各型往往相互交错或兼证,须细心辨认。活血药应用仍要谨慎,对活动性出血或出血较多的患者,我们认为最好住院治疗,短暂禁食,用西药静脉给药,必要时输血,好转后再继续用中药调理。明显阴亏的患者,多为萎缩性胃炎,除辨证用药外,可加入乌梅、山楂等,以增强疗效。对那些体质很差的患者,常因“六淫”

致发作,除中药调补外,每月可静脉滴注 5~10 g 免疫球蛋白,增强身体抵抗力。最后必须指出,许多中西药,如西药的肾上腺皮质激素、退热止痛药,以及中药的跌打损伤药等对胃黏膜有损害,在治疗中或临床治愈后,都应尽量避免使用。

## 参考文献:

- [1] 张万岱,姚永莉.慢性胃炎中西医结合诊治进展[J].中国中西医结合消化杂志,2003,11:313-315.
- [2] 孟丽红,张玉亮.幽门螺杆菌相关胃肠疾病的致病机制及中西医临床治疗近况[J].现代中西医结合杂志,2004,13:128-130.
- [3] Candelli M, Nista E C, Carloni E, et al. Treatment of *H. pylori* infection: a review [J]. *Curr Med Chem*, 2005, 12: 375-384.
- [4] Torres J, Perez-Perez G, Goodman K J, et al. A comprehensive review of the natural history of *Helicobacter pylori* infection in children [J]. *Arch Med Res*, 2000, 31: 431-469.
- [5] 夏永良,周建豪,夏永宏,等.论《脾胃论》补益脾胃方剂的用药特点[J].辽宁中医杂志,2001,28:7-8.
- [6] 姜惟.论辛开苦降是治疗 HP 相关性胃炎的重要法则[J].辽宁中医杂志,2001,28:5-7.
- [7] 李颖,庄安士.慢性胃炎湿热证的现代研究概况[J].中华现代中西医杂志,2004,2:783-785.
- [8] 支江平,焦俊英.中西医结合治疗慢性胃炎通腑五法[J].现代中医药,2003,6:18-20.
- [9] 危北海.中医和中西医结合治疗慢性胃炎的现状和展望[J].中华消化杂志,2000,20:295-296.
- [10] 及来荣,董春发,张俊年.中西医结合治疗萎缩性胃炎 74 例疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2001,8:136.
- [11] 王世英,管吉宝.养胃冲剂治疗萎缩性胃炎疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,1998,5:314.

(收稿日期:2006-08-01)

(本文编辑:李银平)

## • 读者 • 作者 • 编者 •

### 《中国中西医结合急救杂志》稿约说明

《中国中西医结合急救杂志》稿约刊登在每年的第 1 期上,欢迎广大作者踊跃投稿,投稿请严格按照稿约的要求。同时交付文稿 1 份、单位介绍信或文稿加盖公章、软盘(word 排版)、审稿费每篇 40 元、课题批件复印件,以利于稿件审稿过程,提高稿件刊出速度。

本刊对所有来稿均采用同行审稿的方式进行公平、公正地审定。

(本刊编辑部)