

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0054-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.017

# 清热化湿和胃汤对脾胃湿热证慢性胃炎的临床效果

莫沃深 苏耀科 陈晓英

(东莞市桥头医院, 广东 东莞 523520)

〔摘要〕 **目的:** 分析清热化湿和胃汤对脾胃湿热证慢性胃炎的疗效及中医证候积分、幽门螺杆菌(Hp)根除率的临床影响。**方法:** 选取东莞市桥头医院2018年1月至2020年1月期间收治的89例脾胃湿热证慢性胃炎患者,按不同的治疗方式分为西医组(41例)和中医组(48例)。比较两组治疗前、治疗1个月后的中医证候积分以及临床疗效、Hp根除率、不良反应发生率。**结果:** 治疗后两组患者的中医证候积分均有不同程度下降,且治疗后中医组患者的中医证候积分均低于西医组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。中医组的并发症发生率为12.50%,低于西医组的29.26%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。中医组患者治疗总有效率为100.00%,高于西医组的90.24%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。中医组的Hp根除率为97.92%(47/48),高于西医组的85.36%(35/41),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 给予脾胃湿热证慢性胃炎患者清热化湿和胃汤治疗,能明显改善患者腹胀、纳差、胃脘痛、发酸等症状,提高Hp根除率,提升疗效,且中药的副作用小,安全性更好。

〔关键词〕 慢性胃炎;脾胃湿热证;清热化湿和胃汤

〔中图分类号〕 R 573.3 〔文献标识码〕 B

慢性胃炎是由于各种慢性胃黏膜炎症病变而出现的一种胃部疾病,发病主要原因有病毒及其毒素、药物以及刺激性物质、口腔以及咽部的慢性感染等原因,且多数患者受到幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp)的感染、长期饮酒、饮食不规律或者过度加班等原因,引起脾胃功能下降,消化系统的功能降低,导致饮食之后会有饱腹感、恶心、厌食等不良情况的发生<sup>[1]</sup>。主要表现为食欲减退,餐后饱腹、反酸,严重者还伴有上腹痛明显,出血等。慢性胃炎一般治疗周期为1~2月,但具有反复性。临床对于慢性胃炎的治疗主要是进行药物治疗,西药主要有雷尼替丁、多潘立酮等。由于人们对于中医治疗的认识在逐渐加强,中医治疗被广泛认可<sup>[2]</sup>。清热化湿和胃汤主要是由黄芪、黄芩、党参、白术、茯苓、黄连、山栀、陈皮、白花蛇舌草等中药组成,治疗的主要方式是清热化湿,理气宽中。由于该类型患者清热易助湿,祛湿易生热,所以患者往往治疗起来效果较慢,临床可通过正确的治疗,逐渐减轻湿热内蕴的症状,但是还需要根据患者的具体病情变化进行用药巩固和调整。因此,本研究探讨清热化湿和胃汤对慢性胃炎的临床疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取东莞市桥头医院2018年1月至2020年1月期间收治的89例脾胃湿热证慢性胃炎患者,按不同的治疗方

式分为西医组(41例)和中医组(48例)。西医组男29例,女12例;年龄31~46岁,平均年龄(35.67±0.23)岁;病程1~5年,平均病程(2.93±0.44)年。中医组男27例,女21例;年龄32~41岁,平均年龄(40.45±0.12)岁;病程1~6年,平均病程(2.34±0.01)年。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1)诊断为慢性胃炎<sup>[3]</sup>,均为Hp感染者。(2)经中医辨证为脾胃湿热证型,辨证标准主要有口渴口苦,小便色黄,大便不畅,胃脘部胀满疼痛,舌体胖边有齿痕<sup>[4]</sup>。(3)未进行相关药物治疗或止痛药物。

1.2.2 排除标准 (1)病历资料不全者。(2)消化道溃疡患者<sup>[5]</sup>。

### 1.3 方法

1.3.1 西医组 服用奥美拉唑(海口奇力制药股份有限公司,国药准字H20059393)治疗,20 mg·次<sup>-1</sup>,2次·d<sup>-1</sup>,疗程为14 d。餐前口服用药。联合服用甲硝唑(远大医药(中国)有限公司,国药准字H42021947),400 mg·次<sup>-1</sup>,阿莫西林(联邦制药(内蒙古)有限公司,国药准字H20113028)1.0 g·次<sup>-1</sup>,2次·d<sup>-1</sup>,抗菌药物治疗2周停用,治疗1个月。

〔收稿日期〕 2021-10-18

〔作者简介〕 莫沃深,男,主治医师,主要从事中医科工作。

1.3.2 中医组 在西医组的基础上给予清热化湿和胃汤治疗, 组方: 黄芪、黄芩各 15 g, 党参、白术、茯苓、黄连、山栀、陈皮、白花蛇舌草各 12 g, 吴茱萸 3 g、炙甘草 10 g。1 剂·d<sup>-1</sup>, 水煎服, 取汁 400 mL, 200 mL·次<sup>-1</sup>, 分早晚服用, 治疗 1 个月。

1.4 观察指标

(1) 比较中医证候积分<sup>[6]</sup>, 根据纳差、胃脘痛、反酸等几方面评分进行比较, 评分越低, 代表治疗效果越好。

(2) 比较不良反应发生率, 主要有腹胀、恶心呕吐、上腹痛、烧心感几种不良情况。(3) 两组患者 Hp 根除情况和临床效果比较, 采用<sup>14</sup>C 呼气试验进行 Hp 感染情况监测<sup>[7]</sup>。(4) 疗效评价, 治愈: 经胃镜检查病灶消失, 症状炎症消失; 显效: 经胃镜检查病灶基本消失, 症状炎症有所改善; 有效: 经胃镜检查病灶基本好转, 症状炎症消失将近 50%。无效: 经胃镜检查病灶无好转, 症状炎症无改变或增加。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后各项中医证候积分比较

治疗前两组患者的各项中医证候评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后两组患者的中医证候积分均有不同程度下降, 且治疗后中医组患者的中医证候积分均低于西医组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后各项中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	腹胀	纳差	胃脘痛	反酸
西医组	41	治疗前	4.25±0.23	3.59±1.23	1.59±1.32	1.77±0.44
		治疗后	1.33±0.21 <sup>a</sup>	1.53±1.63 <sup>a</sup>	0.59±0.23 <sup>a</sup>	0.59±3.23 <sup>a</sup>
中医组	48	治疗前	4.28±0.23	3.59±1.22	1.53±1.23	1.54±0.23
		治疗后	1.12±0.11 <sup>ab</sup>	1.04±1.23 <sup>ab</sup>	0.34±0.92 <sup>ab</sup>	0.33±0.44 <sup>ab</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05; 与西医组治疗后比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者不良反应发生率比较

中医组的不良反应发生率为 12.50%, 低于西医组的 29.26%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较 (n(%))

组别	n	头痛	恶心呕吐	上腹痛	烧心感	总发生
西医组	41	2(4.87)	4(9.75)	2(4.87)	4(9.75)	12(29.26)
中医组	48	1(2.08)	1(2.08)	2(4.16)	2(4.16)	6(12.50) <sup>c</sup>

注: 与西医组比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗总有效率比较

中医组患者治疗总有效率为 100.00%, 高于西医组的 90.24%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (n(%))

组别	n	治愈	有效	显效	无效	总有效
西医组	41	20(48.78)	14(34.15)	3(7.31)	4(9.76)	37(90.24)
中医组	48	25(52.08)	18(37.50)	5(10.41)	0(0.00)	48(100.00)

2.4 两组患者的 Hp 根除率比较

中医组的 Hp 根除率为 97.92% (47/48), 高于西医组的 85.36% (35/41), 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

慢性胃炎是临床常见的消化系统疾病, 造成的原因主要是胃黏膜受到破坏, 而导致反酸、烧心、厌食、呕吐等一系列的不良症状。慢性胃炎的病程相对比较长, 并且患病前期主观意识不强, 较容易耽误病情的最佳治疗时间, 而且容易反复发作, 给患者的生活造成了不良影响<sup>[8-9]</sup>。调查显示, 中国将近有 1.2 亿肠胃病患者, 胃炎患者就占据将近 30%, 主要发病人群集中在 50 岁以上中年人群, 目前趋向年轻化, 主要是由于现在人类的不良的饮食习惯改变导致, 其他原因还包括病菌的感染、精神心理的压力, 气候环境因素等。Hp 主要生存的部位是胃部和十二指肠内, 有时候呈现螺旋状, 有时候呈杆状, 属于常年寄存在胃内的一种正常细菌, 但 Hp 其对于生长环境有着极高的要求, 在于厌氧环境下很难生长。如果人体的抵抗力较差, 会导致 Hp 在相应的条件下进行大量繁殖, 进而出现胃溃疡和胃糜烂等情况出现, 严重可发展成为胃癌的可能性也在大大增加。近年来, 中医在我国临床的地位不断上涨, 中医治疗成为一种趋势和大的概念, 并且中医治疗慢性胃炎的有效率可达到 90% 以上。两组患者各项中医证候积分的治疗前比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 两组患者治疗后腹胀、纳差、胃脘痛、发酸等症状积分要低于治疗前, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。可见, 中医治疗可降低临床中医证候积分指标, 改善患者生活质量。

慢性胃炎患者治疗主要有西药治疗和中药治疗两种方式, 西药主要有阿莫西林和奥美拉唑等, 阿莫西林在临床主要用于解热镇痛药, 用于发热、疼痛及类风湿关节炎的常用药物, 可达到抗菌、杀菌的作用, 同时合成、抑制细菌细胞壁<sup>[10-11]</sup>。奥美拉唑可提高胃液 pH, 减少胃酸对胃黏膜的刺激, 有利于胃黏膜形态和功能的恢复。此外奥美拉唑作用于在酸性环境中分泌在胃粘膜细胞顶部形成的微管和囊泡, 将它们转化为磺胺二胺, 然后与质子泵结合。然后抑制 H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-三磷酸腺苷酶的活性, 起

到有效抑制胃酸分泌的作用<sup>[12]</sup>。西药见效快,但是长期服用容易引起各种不良现象。中医认为,慢性胃炎最常见类型为脾胃湿热证,其中药成分均可宣畅气机和清利湿热等功效。其中黄芪、党参具有补中益气、健脾益肺,增强机体免疫功效,陈皮健脾理气的功效,山梔具有泻火解毒,清热凉血的功效,黄芩具有清热燥湿的功效,炙甘草等具有益气补脾、缓解疼痛的功效,白术具有益气健脾、燥湿利水之功效,茯苓有利水消肿、健脾安神的作用,黄连有清热燥湿,泻火解毒的作用,蛇舌草有清热解毒、消痛散结的作用,吴茱萸具有燥湿理气止痛的作用,上述诸药配伍共奏清热化湿、活血消痛之功效。病邪多因饮食不节,嗜食肥甘厚味、辛辣之品,外湿由外界湿邪入侵,内湿为脾胃功能失调,不能运化精微而生,即“脾虚生湿”。如果胃痛很强烈,主要的治疗方法是消除致病因素。根据寒凝、食滞、气滞、热滞、血瘀、湿热的不同,温胃散寒,消食导滞,疏肝理气,清热健胃活血。化瘀、清热利湿之法<sup>[13]</sup>。根据辨证的不同,分别采用温中补气、滋阴补胃之法。本研究中,两组患者不良情况有腹胀、恶心呕吐、上腹痛、烧心感,中医组不良反应发生率要明显低于西医组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。由此可知,中医治疗相比西医治疗,可在一定程度上减少不良反应的发生。因此,在日常生活中应该养成良好的卫生习惯和饮食习惯,避免精神紧张以及抽烟喝酒等<sup>[14]</sup>。常规的药物具有一定的抗酸性和抑酸药性,抗酸药是碱性物质,可通过中和胃酸的方式来减轻胃黏膜的刺激,减少侵蚀,缓解疼痛,进而在胃内形成一层保护膜,从而减少胃液刺激,增强胃蠕动,促进食物的消化。俗话说,胃要三分治,七分养,慢性胃炎患者要注意多食用易消化和养胃的食物,并且注重腹部的保暖<sup>[15]</sup>。可见,经比较,中医组的治疗总有效率高于西医组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。所以中医治疗可提高临床总体的有效率。本研究中,中医组的Hp根除率为97.92%,高于西医组的85.36%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。表示中医治疗能够较好的完成Hp根除率,提高临床总有效率。

综上所述,给予脾胃湿热证慢性胃炎患者清热化湿和胃汤治疗,能明显改善患者腹胀、纳差、胃脘痛、发酸等症状,提高Hp根除率,提升疗效,且中药的副作用小,安全性更好。

#### [参考文献]

(1) Zhang Y, Chen X, Gong L, et al. Associations of Interleukin-1 $\beta$  with H. pylori-Induced Gastric Atrophy and Syndrome of Dampness-Heat in the Spleen and Stomach in Subjects with H. pylori-Related Gastric Diseases (J).

Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2020, 20(1): 1-10.

- (2) 张乃卫,程红杰,安立保,等.慢性胃炎中医辨证与胃镜像相关性研究(J).世界中医药,2021,16(1):173-176.
- (3) Kanai M, Togo R, Ogawa T, et al. Chronic atrophic gastritis detection with a convolutional neural network considering stomach regions (J). World Journal of Gastroenterology, 2020, 26(25): 3650-3659.
- (4) 王建超,银艳桃,廖娟,等.基于清热化湿法探讨中医治疗慢性胃炎研究概况(J).西部中医药,2021,34(2):155-157.
- (5) 黄林,杨洪伟,邓树忠,等.香连片治疗脾胃湿热型慢性非萎缩性胃炎的临床疗效及作用机制研究(J).现代生物医学进展,2020,20(5):988-991.
- (6) Yue P, Zhong J, Huang J, et al. The efficacy and safety of Xiangsha Liujunzi decoction in the treatment of chronic non-atrophic gastritis: A protocol for a systematic review and meta-analysis (J). Medicine, 2021, 100(4): e24504.
- (7) 曾蓉,喻斌,徐寅,等.灭幽汤对幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证小鼠PTEN-PI3K-Akt-FoxO凋亡信号通路的影响(J).现代中西医结合杂志,2020,29(26):2869-2875.
- (8) 黄远程,朱朝阳,林煜翔,等.岭南地区慢性非萎缩性胃炎证治规律的文献分析(J).广州中医药大学学报,2020,37(4):770-776.
- (9) 吕翔,丁炜,曹友红.清中汤加味治疗慢性浅表性胃炎脾胃湿热证的疗效观察(J).中医药导报,2020,26(3):85-88.
- (10) Aumpan N, Vilaichone RK, Pornthisam B, et al. Predictors for regression and progression of intestinal metaplasia (IM): A large population-based study from low prevalence area of gastric cancer (IM-predictor trial) (J). PLoS ONE, 2021, 16(8): e0255601.
- (11) 周本刚,张祎,李玲,等.蒲元和胃胶囊辅助治疗Hp相关性胃炎或消化性溃疡的Meta分析(J).中国中西医结合消化杂志,2021,29(1):1-8.
- (11) 罗芳,蔡林,陈光华,等.清热化湿和胃汤对脾胃湿热慢性胃炎的疗效及中医证候、Hp根除率的影响(J).四川中医,2020,38(6):117-120.
- (12) 李琴,谭佳安.消幽复胃汤对脾胃湿热型幽门螺杆菌耐药性慢性胃炎的治疗作用分析(J).四川中医,2020,38(10):103-106.
- (13) Yue P, Zhong J, Huang J, et al. The efficacy and safety of Xiangsha Liujunzi decoction in the treatment of chronic non-atrophic gastritis: A protocol for a systematic review and meta-analysis (J). Medicine, 2021, 100(4): e24504.
- (14) 童建卫,童书心.消幽复胃汤对脾胃湿热型幽门螺杆菌耐药性慢性胃炎的治疗作用(J).山西医药杂志,2020,49(13):1718-1721.
- (15) 敦泽,刘艳莉,张伊萌,等.清中益胃汤联合四联疗法治疗Hp相关性慢性胃炎脾胃湿热证的临床观察(J).天津中医药,2020,37(6):666-670.