

香砂六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的效果及对中医证候积分的影响

林江燕¹ 李丽珍^{2*}

1 福建中医药大学附属龙岩人民医院 福建龙岩 364000 2 福建医科大学附属龙岩市第一医院 364000

【摘要】目的 探讨香砂六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的效果及对中医证候积分的影响。**方法** 选取本院收治的 82 例慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）患者，采用随机数字表法将其分成两组各 41 例，对照组采用常规治疗，观察组在此基础上采用香砂六君子加减方治疗，比较两组患者治疗前后中医证候积分、疗效和不良反应发生率。**结果** 治疗后观察组中医证候积分（ 2.75 ± 1.04 ）分低于对照组（ 4.18 ± 1.63 ）分（ $P < 0.05$ ）；观察组总有效率（92.68%）高于对照组（75.61%）（ $P < 0.05$ ）；不良反应发生率观察组（14.63%）与对照组（9.76%）无明显差异（ $P > 0.05$ ）。**结论** 香砂六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）可降低中医证候积分，提升疗效，安全性好。

【关键词】 香砂六君子加减方；慢性萎缩性胃炎；脾胃虚弱型；中医证候积分**【中图分类号】** R573.3**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1671-4083 (2021) 12-009-02

慢性萎缩性胃炎是消化系统高发疾病类型之一，具有证候多变、病程长、恢复缓慢的特点，严重影响患者的身体健康^[1]。患者以胃黏膜萎缩变薄、腺体消失或减少，或伴有肠上皮化生、不典型增生为主要特征，病情迁延难愈。目前西医疗法多采用质子泵抑制剂等药物治疗，疗效欠佳。祖国医学临床中慢性萎缩性胃炎以脾胃虚弱型最为常见。香砂六君子方在胃肠功能障碍的治疗中疗效确切，具有益气健脾的作用，受到了医师的青睐^[2]。本文就香砂六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的效果及对中医证候积分的影响展开了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2017 年 5 月至 2019 年 5 月收治的慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）患者 82 例。

纳入标准：①符合慢性萎缩性胃炎的诊断标准^[3]；②表现为胃胀或隐痛，喜按，便溏，齿痕舌，舌质淡，食少懒言，气短乏力，口淡，呕清水，脉细弱，辨证为脾胃虚弱型；③患者同意配合研究。

排除标准：①1 个月内使用过抗生素、质子泵抑制剂；②药物过敏；③妊娠及哺乳期女性；④严重心脑血管疾病。采用随机数字表法将其分成两组各 41 例。

对照组男 25 例，女 16 例；年龄 24 ~ 73 岁，平均（ 46.47 ± 4.28 ）岁；病程 4 个月 ~ 22 年，平均（ 6.13 ± 2.42 ）年；包括伴有肠上皮化生 23 例，伴有异型增生 4 例。观察组男 24 例，女 17 例；年龄 26 ~ 71 岁，平均（ 46.39 ± 4.05 ）岁；病程 5 个月 ~ 21 年，平均（ 6.26 ± 2.37 ）年；包括伴有肠上皮化生 21 例，伴有异型增生 5 例。

1.2 方法

对照组予奥美拉唑肠溶胶囊（浙江京新药业股份有限公司，国药准字 H20065588）20mg，口服，2 次/d。

观察组在上述基础上采用香砂六君子加减方治疗，药方组分包太子参 15g，茯苓、炒白术各 12g，法半夏、佛手各 10g，砂仁、陈皮、木香各 5g，吴茱萸 3g。随证加减：气滞

者添加大腹皮 10g；郁热者添加蒲公英 10g；食积者添加焦山楂 8g；血瘀者添加当归 10g；泛酸者添加煅瓦楞 8g；气虚严重者添加黄芪 10g。药方以水煎煮至 300ml，1 剂/d，早晚分服。两组均治疗 6 周。

1.3 观察指标

（1）治疗前后评价患者中医证候积分，包括食后腹胀、面色萎黄、神疲肢倦、少气懒言、便溏，采用 4 级评分法评价为 0 ~ 3 分，求取总分，积分越高表明患者病情越严重^[4]。

（2）根据《中药新药临床研究指导原则》判定疗效：①痊愈：证候积分减少 $\geq 95\%$ ；②显效：证候积分减少 75 ~ 94%；③有效：证候积分减少 30 ~ 74%；④无效：治疗后证候积分减少 $< 30\%$ ，总有效率 = $(\text{①} + \text{②} + \text{③}) / 41 \times 100\%$ ^[5]。（3）统计不良反应，包括呕吐、失眠、皮疹、腹泻。

1.4 统计学方法

将数据录入 SPSS23.0，定性资料（%、n）以 χ^2 检验，定量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）以 t 检验，P 小于 0.05，提示有差异。

2 结果

2.1 中医证候积分对比

治疗后，观察组中医证候积分改善效果高于对照组，详见表 1。

表 1：中医证候积分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	41	12.38 ± 2.29	$2.75 \pm 1.04^*$
对照组	41	12.26 ± 2.17	$4.18 \pm 1.63^*$
t		0.244	4.736
P		0.404	0.000

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 疗效对比

观察组痊愈 22 例，显效 11 例，有效 5 例，无效 3 例，总有效率为 92.68%（38/41）；对照组痊愈 15 例，显效 10 例，有效 6 例，无效 10 例，总有效率为 75.61%（31/41）；观察组总有效率高于对照组，有统计学意义（ $\chi^2 = 4.479$ ， $P = 0.034$ ）。

2.3 不良反应对比

观察组不良反应发生率为 14.63%（6/41），分别为呕吐 3 例，失眠 2 例，腹泻 1 例；对照组不良反应发生率为 9.76%

（下转第 11 页）

作者简介：林江燕（1983—），女，主治医师，主要从事中医脾胃病的诊治。

* 通讯作者：李丽珍（1988—），硕士，主管中药师。

应用 SPSS22.0 软件技术对相关数据进行分析, 计数资料使用百分率来表示, 计量资料应用 (均值 ± 标准差) 来表示, 结合卡方检验、t 检验, 若满足 $p < 0.05$ 就说明组间差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察患者术前的心理状况

对比观察两组患者的心理状态, 总体上无显著性差异 ($p > 0.05$), 且多数患者存在心理压力。详细数据见表 1。

表 1: 患者在术前阶段的心理状况调查结果统计对比 (例)

组别	病例数量	担忧手术难以成功	担忧术中产生疼痛	担心消耗费用过多	出现焦虑和恐慌
研究组	28	13	16	12	22
对照组	28	14	15	11	21

2.2 两组患者术后并发症发生率统计

观察两组患者的并发症情况, 发现研究组患者的并发症发生率低于对照组 ($p < 0.05$)。具体数据结果见表 2。

表 2: 两组患者术后并发症发生率结果统计对比 (例)

组别	病例数量	尿潴留	血管迷走神经反射	皮下出血、血肿	脑血管痉挛	并发症发生率
研究组	28	2	1	0	0	10.71%
对照组	28	3	2	2	2	32.14%
χ^2			/			4.8336
t			/			< 0.05

2.3 患者术前、后焦虑评分状况对比统计

实施护理前, 两组患者的评分无显著性差异 ($p > 0.05$), 经过护理后, 研究组患者的焦虑评分小于对照组 ($p < 0.05$)。具体统计结果见表 3。

(上接第 9 页)

(4/41), 分别为呕吐 2 例, 失眠 1 例, 皮疹 1 例; 两组不良反应发生率对比无显著差异, 不具有统计学意义 ($\chi^2=0.455$, $P=0.499$)。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎属中医学“痞满”、“嘈杂”等范畴。饮食不节, 或思虑过度, 或劳倦等因素均会引发慢性萎缩性胃炎^[6]。临床中慢性萎缩性胃炎患者以脾胃虚弱型最为常见, 脾胃虚弱则脾失健运, 导致水湿滞留, 气机阻滞, 出现郁热、食积、瘀血等问题, 变证百出, 经久不愈。故治疗应以益气健脾、理气化湿为主要施救理念^[7]。本次研究结果显示, 观察组中医证候积分降低高于对照组, 总有效率高于对照组, 说明观察组临床症状改善更理想。本文中观察组使用的香砂六君子加减方中, 吴茱萸燥湿、抑酸、制寒, 发挥温中散寒的作用; 佛手理气止痛; 砂仁温脾化湿; 法半夏、陈皮健脾燥湿; 木香理气调中; 白术、茯苓益气健脾; 太子参益气生津, 诸药联用共奏益气健脾功效。与常规西医治疗联合使用能增强疗效, 达到减轻患者临床症状的治疗目标。现代药理学研究结果显示, 香砂六君子方中的药物成分可通过抑制胃蛋白酶合成和胃酸分泌的途径, 有效保护胃黏膜, 还有抗微生物作用, 增强机体免疫力^[10]。使用香砂六君子加减方治疗, 能缓解病情引发的不适症, 用药后并未增加不良反应发生风险, 安全性好。

3 分析讨论

结合本次研究过程, 发现在将 56 例患者进行分组后, 研究组患者在应用心理护理干预后, 能够有效改善心理状况, 使心态保持平和, 患者更加有信心并积极地配合手术检查。在应用全脑血管造影术前, 发现两组患者的心理状况无明显差异, 都呈现出焦虑和惶恐的状态; 经过不同方式护理后, 研究组患者的并发症发生率是 10.71%, 小于对照组患者的 32.14% ($p < 0.05$), 且研究组患者护理后的焦虑评分低于对照组 ($p < 0.05$), 说明心理护理干预效果优于常规护理。

综上所述, 针对全脑血管造影术病人, 在应用心理护理干预条件下, 能够有效改善焦虑恐慌心态, 降低并发症发生率, 缓解患者的焦虑情绪, 效果显著, 临床应用值得推广。

参考文献

[1] 朱秋红, 黄丽, 刘迪. 全程心理护理干预对脑血管造影术患者的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(13):165+168.
[2] 冯秋月, 杨小伟. DSA 全脑血管造影术的护理策略研究[J]. 健康必读, 2020, 000(003):137.
[3] 杨仲莲. 综合护理干预在全脑血管造影术患者围术期的应用价值[J]. 智慧健康, 2020, v.6(22):98-99+106.
[4] 项盼盼. 护理干预对全脑血管造影术后尿潴留发生的预防效果观察[J]. 东方药膳, 2019, 000(010):53.

表 3: 治疗前后两组患者焦虑评分状况统计对比 (分)

组别分类	病例数量 (例)	术前评分	术后评分
研究组	28	20.66±5.79	14.26±3.01
对照组	28	20.73±5.67	18.52±4.63
t	/	0.0457	4.0819
p	/	> 0.05	< 0.05

综上所述, 慢性萎缩性胃炎 (脾胃虚弱型) 患者予香砂六君子加减方治疗能明显减轻临床症状, 提升疗效, 安全性好, 能降低中医证候积分, 促进患者恢复的作用, 值得应用与推广。

参考文献

[1] 李万义, 段永强, 成映霞, 等. 从中气虚滞探讨香砂六君子汤治疗老年慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(10):122-124.
[2] 成映霞, 周语平, 段永强, 等. 从脾胃元气论探讨香砂六君子汤化裁治疗萎缩性胃炎术后虚劳[J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(1):115-117.
[3] 张声生, 李乾构, 唐旭东, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(8):78-82.
[4] 朱文锋, 袁肇凯. 中医诊断学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011:25.
[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 37.
[6] 张艳云. 益气和中方加减治疗慢性萎缩性胃炎 (脾胃虚寒证) 临床疗效研究及作用机制分析[J]. 四川中医, 2018, 36(12):85-87.
[7] 黄春全, 韦维, 张雪莲. 香砂六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎作用机理与临床研究概述[J]. 现代中药研究与实践, 2019, 33(4):75-78.