

中医辨证施治治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床效果分析

胡爱松

兰州新区瑞岭雅苑社区卫生服务中心，甘肃省兰州市，730300；

摘要：目的：深入且细致的分析和探讨中医辨证施治方案在治疗脾胃虚寒型慢性胃炎中的应用效果，期待能将所研究理论应用于临床实践中，对领域发展形成促进，对广大患者生命健康提供保障。方法：研究期限设定为2023年12月至2024年12月之间，所选样本为本时段院内收治的脾胃虚寒型慢性胃炎患者中，归纳人数共计80例，依据知情同意原则，采用数字表划分法对其进行均衡划分，每组归入40例（n=40），分别命名为参照组与研究组，同时开展不同形式的治疗干预计划。参照组：接受常规西医治疗，研究组：开展常规西医治疗的同时，增加中医辨证施治方案，而后进行整体疗效比对。比对数据包括：临床疗效、治疗前后中医证候积分。结果：统计学分析后发现，患者症状相同，采取治疗方案不同，所获效果也随之不同。研究组总有效率92.50%，参照组总有效率67.50%，前者显优后者（P值<0.05）。另外，在其余各项指标数值的体现上也呈现出显著优势，差异显著（P<0.05），值得探讨。结论：在本次研究中，有针对性的对中医辨证施治方案在脾胃虚寒型慢性胃炎患者中的应用效果展开分析探讨，旨在通过对比形式，为该群体寻求一种更加安全有效的治疗干预策略，全面维护患者生命健康。结局所得明确，此种操作形式，不仅能有效提高临床治疗效果，还可切实缓解中医证候，优化患者预后，其应用价值显著，值得肯定与推广。

关键词：中医辨证施治；脾胃虚寒型；慢性胃炎；临床效果

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.049

时代的更迭与交替，各行各业的持续发展和进步，推动我国经济水平的稳步提升。伴随全球化进程的加速，快节奏的生活方式逐渐蔓延至全球各地。此外，媒体与网络的广泛普及，进一步加速了这种快速生活方式的传播。这一趋势不仅极大改变了国民的生活方式，还显著影响了国民的饮食习惯和结构^[1]。大量吸烟、过度饮酒、加班熬夜、不规律饮食者数不胜数，这些现象均无形中促进了各类疾病的发生发展趋势，慢性胃炎便属其中之一。慢性胃炎：消化系统最为常见的慢性疾病，具备发病隐匿、病程较长，病情进展缓慢，迁延不愈、易复发等特征。是一种由多种不同病因所引起的胃黏膜发生慢性炎症性改变或出现萎缩性病变的疾病，广泛影响着人们的日常生活和工作^[2]。相关研究指出：此种炎症、病变多由于饮食不当、幽门螺杆菌感染、长期服用某些药物、精神压力大等因素共同作用所致，造成胃黏膜的正常结构和功能受到损害，进而引发一系列消化不适症状，需要长期的治疗和调理。时下，临床多采用抑酸、抗菌类药物对胃黏膜进行保护，使胃动力得到促进，虽具备一定疗效，但却容易产生耐药性，且副作用较多^[3]。中医理论认为，慢性胃炎属“胃痛”“痞满”范畴，核心病机是“脾胃阳气不足，中焦失于温煦”治疗需从对症、

调本入手。故此，本文设计了此项对比研究，将《中医辨证施治治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床效果分析》确定为研究主题，针对80例符合纳入标准的脾胃虚寒型慢性胃炎患者展开分析探讨，期待能将所研究理论应用于临床实践中，为广大患者生命健康保驾护航，对领域发展形成促进。现将具体研究成果详细的汇报如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

试验以对比方式表达，将2023年12月至2024年1月设为研究开展期限，将本时段院内收治的80例脾胃虚寒型慢性胃炎患者纳入研究作为分析样本，遵循知情同意原则，按照1:1比例，采用数字表划分法对其进行组别划分，每组归入40例（n=40），分别命名为参照组与研究组，期间对样本资料的分类与归纳均引用相关软件予以处理，未见差异性（P>0.05）。详细参数化如下：参照组：包含男性26例，占比（65.00%），包含女性14例，占比（35.00%）；年龄均值（39.24±3.17）岁；病程均值（5.88±2.13）年；疾病类型：慢性浅表性胃炎=16例，慢性糜烂性胃炎=13例，慢性萎缩性胃炎=11例。研究组：包含男性24例，占比（60.0

0%），包含女性 16 例，占比（40.00%）；年龄均值（40.53±3.22）岁；病程均值（5.76±1.99）年；疾病类型：慢性浅表性胃炎=17 例，慢性糜烂性胃炎=14 例，慢性萎缩性胃炎=9。纳入标准：入组样本均需具备完整病历资料；符合慢性胃炎临床诊断标准；患者及家属对本项研究知情同意，且自愿签署知情同意书，可做到良好配合；近 1 个月内未使用过相关药物治疗。排除标准：合并存在严重精神障碍疾病；合并存在严重心、肝、肾功能障碍；严重消化道出血；对本次使用药品过敏；中途退出者均排除。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组

本组执行常规西医治疗方案，具体内容包括：(1)药品名称：泮托拉唑钠肠溶片。(2)给药方式与剂量：口服给药，每日 1 次，每次 40mg。持续服用 8 周。

1.2.2 研究组

常规治疗策略等同参照组，另外开展中医辨证施治方案，具体内容简介如下：(1)采用自拟方剂：药材选取党参、炮姜各 9g；补骨脂、炒白术、砂仁、茯苓、鸡内金、炒山楂各 10g；陈皮、炙甘草、炒白芍各 6g；炒山药 12g^[4]。(2)辨证施治：针对存在睡眠不佳症状的患者，需增加炒枣仁 12g；针对存在食少懒言症状的患者，需

增加黄芪 30g；针对存在胃脘胀满症状的患者，需增加木香 10g；针对存在泛酸症状的患者，需增加海螵蛸、煅瓦楞子、煅牡蛎各 10g；针对存在胃脘痛症状的患者，需增加川楝子和延胡索各 12g；针对存在恶心欲呕症状的患者，需增加丁香、竹茹、橘皮各 10g^[5-6]。(3)成药方式：以水煎制 2 次，取其药液 300ml，每日 1 剂，早晚各 150ml（温服），持续用药 8 周。

1.3 观察指标疗效判定

分析观察两组在临床疗效、中医证候积分方面的差异。(1)疗效判定标准：痊愈、显效、有效、无效的中医证候积分减分率分别对应≥95%、70%~94%、30%~69%、<30%。总有效率 = (痊愈+显效+有效) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

本文中涉及到的计量数据资料使用 n% 表示，通过 \bar{x} 值来进行检验，标准差使用 ($\bar{x} \pm s$)，通过 t 进行检验，全部数据都进行 SPSS17.0 软件数据包来计算，显示 P 值小于 0.05，可以进行统计学对比。

2 结果

借助图表数据呈现，不同治疗方案的应用开展，均可收获一定效果，相比之下，研究组患者的各项指标体现，更加理想，显优参照组 (P<0.05)，见表 1-2：

表 1 两组临床疗效比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
参照组	40	2 (5.00)	10 (25.0)	15 (37.5)	13 (32.5)	27 (67.50)
研究组	40	9 (22.5)	16 (40.0)	12 (30.0)	3 (7.50)	37 (92.50)
χ^2 值						6.565
p 值						0.010

表 2 两组中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$ 、分)

组别	胃脘隐痛	喜温喜按	泛吐清水	便溏	神疲乏力
参照组 (n=40)	1.48±0.24	1.45±0.23	1.51±0.25	1.47±0.24	1.52±0.25
研究组 (n=40)	0.91±0.19	0.88±0.15	0.93±0.18	0.85±0.18	0.94±0.21
t 值	11.041	11.852	10.717	11.866	10.503
p 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

慢性胃炎作为消化系统常见疾病，严重危害着国民生命健康，拉低着国民生活质量。其发病与幽门螺杆菌 (Hp) 感染、饮食习惯、自身免疫力等多种因素密切相关。若不进行及时有效的干预治疗，随着病情进展，胃黏膜固有腺体萎缩，可能伴有肠上皮化生机异型增生，不仅严重影响患者消化系统，还可导致患者出现上腹隐

痛、胀满、身体消瘦、贫血、食欲不振等症状，严重者会在 24h 内出现尿蛋白量、血浆白蛋白量明显下降症状，同时会具有一定的癌病风险^[7]。本文通过对比方式，在两组患者中开展了不同形式的治疗干预计划，结果呈现，研究组在临床疗效、中医证候积分、血清炎性因子方面体现，均显优参照组，P 值<0.05。分析原因：常规西医治疗方案虽具备一定疗效，但长期应用极易产生耐药

性,同时存在不同程度的副作用。中医认为脾胃虚寒型慢性胃炎属于“胃痛”“痞满”范畴,主要是因为脾胃阳气虚弱、温煦功能减退造成的寒邪内生、气机不畅,进而出现长期胃脘部隐痛。同时伴有大便稀溏、食后腹胀、喜温喜按等症状[8]。因此,治疗需从益气健脾、温中散寒、和胃止痛入手。研究组应用方剂中,红参具备补脾益肺、大补元气的功效;炒白术与茯苓,可发挥健脾和胃、利水渗湿的作用;补骨脂能够起到补肾助阳、温脾止泻的效果;砂仁能够化湿养胃、温脾止泻。而健脾理气、燥湿化痰方面可依仗陈皮;炮姜可发挥温中止痛之功效;炒山药能够健脾养胃、补肾涩精;鸡内金、炒山楂可健胃消食;炒白芍具备养血调经、缓急止痛之功效;灸甘草能够健脾益气、滋阴养血[9-10]。研究组之所以能够取得理想治疗效果,主要得益于治疗举措会根据患者症状表现进行调整,在原方的基础上,加减用药,进一步挥发温中健脾、祛邪扶正之力。

概而言之,中医辨证施治方案,可充分满足患者症状需求,根据个体证型进行个体化给药,一方面能显著提高临床疗效,缓解中医证候,同时可促进药效进一步发挥,使胃黏膜炎症反应得到有效抑制,胃黏膜性损伤得到及时阻断,从而提高治愈效果,值得推广。

参考文献

- [1]高学农.中医辨证施治治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2024,18(9):137-140.
- [2]姜喜梅,孙深琥,高玮.180例慢性胃炎患者中医证

型与内镜视野下微环境相关性研究[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(17):103-106.

[3]贾元萍,李园,丁霞.基于国医大师路志正“十八字诀”探讨慢性胃炎“炎癌转化”的中医药防治[J].北京中医药大学学报,2024,47(6):792-796.

[4]丁霞,李园,沈洪.从精准医学的视角看中医药防治慢性胃炎“炎癌转化”[J].北京中医药大学学报,2023,46(3):315-320.

[5]邹小云,祁培宏,李军茹.中医药治疗慢性胃炎的临床研究进展[J].中国当代医药,2024,31(36):190-194.

[6]马春明,张勋中.力元汤联合质子泵抑制剂口服对慢性胃炎患者中医症状及胃镜检查的影响[J].中医药临床杂志,2024,36(1):178-181.

[7]许冰,王梁敏,刘苗.729例慢性胃炎患者幽门螺杆菌感染现状及中医证型分布情况[J].中华医院感染学杂志,2023,33(18):2773-2776.

[8]焦林珂,崔向宁,王玉玲.名中医崔向宁从“和法”治疗慢性胃炎经验[J].陕西中医,2024,45(2):244-247,252.

[9]叶锡龙,谢勇聪.基于中医体质的中药汤剂治疗慢性胃炎用药规律的探讨[J].中国处方药,2024,22(4):149-152.

[10]周清华,李小辉,赖芬芬.加减理中汤对HP阳性慢性胃炎患者中医证候积分及炎症反应的影响[J].黑龙江医药,2024,37(5):1113-1115.