

## 香苏饮和左金丸加味治疗慢性萎缩性胃炎 43 例

西安市阎良区人民医院(710089) 王少旭 郭为民

**摘要:**目的:探讨香苏饮和左金丸治疗慢性萎缩性胃炎的效果。方法:采用香苏饮和左金丸加味治疗。结果:总有效率 90.1%;胃镜复查明显好转 4 例,显效 9 例,有效 14 例,无效 16 例,总有效率 62.3%。提示:香苏饮和左金丸在治疗慢性萎缩性胃炎方面具有良好的效果,是治疗该病的有效方剂。

**主题词:**胃炎,萎缩性/中医药疗法 复方(中药)/治疗应用 理气药[剂]/治疗应用 清热解毒药/治疗应用

笔者自 1997 年至 2000 年以香苏饮和左金丸加味治疗慢性萎缩性胃炎 43 例,收到较好的疗效,现报道如下。

**临床资料** 其中,男性 26 例,女性 17 例;40 岁以下者 6 例,40~49 岁者 12 例,50~59 岁者 15 例,60 岁以上者 10 例;年龄最小者 30 岁,最大者为 64 岁;病程最短者 8 个月,最长者为 12 年。

本组 43 例病人,全部符合 1982 年重庆会议制定的《慢性萎缩性胃炎纤维胃镜及病理诊断标准》。凡胃镜及病理活检诊断为萎缩性胃炎者为本文观察的对象。

**治疗方法** 基础方为香苏饮和左金丸加味。紫苏梗 12g,川黄连 5g,香附、陈皮、半夏、枳壳、木瓜各 10g,吴茱萸、炙草 3g,水煎服,1d1 剂,分早晚 2 次服。1 月为 1 疗程,一般须服 3~6 个疗程。在服药期间不使用其它治疗胃炎的相关药物,每个疗程结束后再行纤维胃镜、病理复查。

**疗效标准** 主证、纤维胃镜、病理疗效标准参考 1989 年 11 月南昌中西医结合学会消化专业委员会《慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准》(试行草案)分为临床痊愈:临床主要症状体征消失,胃镜复查胃粘膜慢性炎症明显好转;显效:临床主要症状及体征消失,胃镜复查粘膜炎症好转;有效:临床主要症状及体征明显减轻,胃镜复查粘膜炎症病变缩小;无效:达不到有效标准或恶化。

**治疗结果** 本组 43 例病人,临床治愈 9 例,显效 14 例,有效 16 例,无效 4 例,总有效率为 90.1%。胃镜复查明显好转 4 例,显效 9 例,有效 14 例,无效 16 例,总有效率 62.3%。

**讨论** 慢性萎缩性胃炎是一种较顽固难治的消化道疾病,病因病机较为复杂,病程较长。本

病属中医“胃痞”“胃脘痛”“嘈杂”的范畴,尤其以“胃痞”居多。其病机既有本虚标实这一基本病机,又有病之初期气阴伤之不显著,主要是胃气不和,气机阻滞,通降失调这一主要病机。其中寒凝或郁热亦可成为主要病机。笔者温习我国著名中医专家董建华教授(慢性胃炎)“胃肠以通降为生理特点,以滞逆为其病理特点”之论述。认为临床辨证只要抓住心下痞满或胃脘胀满、嗳气、恶心、呃逆、纳呆、嘈杂这些主症,以香苏饮和左金丸消痞散结,和胃降逆。方中紫苏梗、香附、枳壳疏肝胃之气滞,川连、半夏清热消痞,川连、吴茱萸疏达肝郁,降逆和胃,以除嘈杂不适,郁热重明显者黄连改为 6~10g,并加公英 15g,若有寒凝者黄连改为 3g,吴茱萸改为 6~8g,并加桂枝以散寒凝。

慢性萎缩性胃炎可因胃中不适,情绪低落。纳呆,日久则气血生化无源,故可出现乏力倦怠、消瘦等虚证,此时不应改变治法之通达疏降,更不可以补为主,因为随着基础方治疗过程中主要症状的缓解,病人自会精神振奋,食纳增加而虚证自除,病程短者尤其如此,若病程较长气虚或阴虚明显,基础方疗效不显著时可随证加减,气虚加党参、白术各 10g;阴虚加麦冬、石斛各 10g,协助木瓜以增阴液。

通过观察我们还发现,临床治疗总有效率较高,而胃镜复查总有效率较低。一方面是因为经过治疗临床症状比较容易消失,而胃粘膜不易修复,且本病是一种半生理性退行性病变。另一方面可能与我们观察病例太少有关。以上观点是否正确,有待于今后进一步研究。

(收稿 2001-12-05;修回 2002-03-06)