

诊断和治疗中提供依据。3D打印技术可以为患者术前定制精确化、个性化的手术方案,从而缩短手术时间,提高手术的成功率。相信随着3D打印技术的发展,3D打印技术在心脏外科的应用前景会更加广阔,这需要更多的研究及科学数据。

### 参考文献

- [1]Ho D, Squelch A, Sun Z. Modelling of aortic aneurysm and aortic dissection through 3D printing [J]. J Med Radiat Sci, 2017;64(1):10-17
- [2]刘琳,秦芸芸,崔存英,等. 经食管实时三维超声对二尖瓣成形术患者二尖瓣结构及功能的定量评价[J]. 中华超声影像学杂志, 2018;27(7):569-573
- [3]LAZAMS, VANOVERSHELDE J L, TRIBOUILLOY C, et al. Twenty-year outcome after mitral repair versus replacement for severe degenerative mitral regurgitation: analysis of a large, prospective, multicenter, international registry[J]. Circulation, 2017;135(5):410-422
- [4]滑少华,张永高,侯苏芸,等. 术中经食管超声心动图在二尖瓣成形术中的临床应用价值[J]. 中华超声影像学杂志, 2014;23(11):1004-1005
- [5]薛继平,吕虹,康春松,等. 经胸超声与经食管三维超声评估健康人二尖瓣构型的研究[J]. 中华超声影像学杂志, 2016;25(12):1013-1020
- [6]沈军婕,薛淑恒. 经食管实时三维超声心动图对二尖瓣脱垂的诊断价值[J]. 实用医药杂志, 2020;37(8):705-707
- [7]Owais K, Pal A, Matyal R, et al. Three-dimensional printing of the mitral annulus using echocardiographic data: science fiction or in the operating room next door? [J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2014; 28(5):1393-1396
- [8]Mahmood F, Owais K, Montealegre-Gallegos M, et al. Echocardiography derived three-dimensional printing of normal and abnormal mitral annuli[J]. Ann Card Anaesth, 2014;17(4):279-283
- [9]Witschey WR, Pouch AM, McGarvey JR, et al. Three-dimensional ultrasound-derived physical mitral valve modeling[J]. Ann Thorac Surg, 2014;98(2):691-694
- [10]梅丹娥,陈金玲,宋宏宁,等. 基于超声图像3D打印二尖瓣环模型可行性及精准度的初步研究[J]. 中华超声影像学杂志, 2018;27(12):1013-1019
- [11]杨远婷,周青,宋宏宁,等. 3D打印制作二尖瓣脱垂模型在二尖瓣成形术中的应用初探[J]. 中华超声影像学杂志, 2019;28(5):375-381

## 常虹老师应用自拟舒肝理气调胃方治疗慢性胃炎的经验总结

刘 岩<sup>1</sup>, 李 丹<sup>2</sup>, 王陆超<sup>2</sup>, 包 芸<sup>3</sup>, 刘云彪<sup>4</sup>

(1. 内蒙古医科大学附属医院 医务部, 内蒙古 呼和浩特 010050; 2. 内蒙古医科大学;  
3. 内蒙古医科大学附属医院 中医科; 4. 内蒙古医科大学附属医院 检验科)

关键词: 舒肝理气调胃方; 中药; 慢性胃炎

中图分类号: R573.3

文献标识码: B

文章编号: 2095-512X(2021)S1-0012-03

慢性胃炎是指不同病因引起的胃粘膜慢性炎症,以恶心、胃脘疼痛、反酸为主要表现的慢性黏膜炎性病变,其中幽门螺杆菌感染为其主要病因。本病临床十分常见,且随着年龄增长发病率逐渐增高。该病症状常反复发作,无规律性腹痛,进餐后加重,轻者表现为钝痛或隐痛,重者出现剧烈绞痛,给患者造成极大的痛苦,严重影响生活质量。慢性

胃炎分为非萎缩性(浅表性)、萎缩性类型2类。本病临床表现缺乏特异性,非萎缩性和萎缩性胃炎分别与中医的“胃络癌”和“胃痞”证类似,可归属于中医学的“胃痛”“痞满”“嘈杂”等范畴。目前,西医疗多采用质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂药物进行治疗,具有一定的疗效,但停药后病情易反复,而长期服药不良反应较多,整体治疗效果不理想<sup>[1,2]</sup>。本研

**基金项目:**第六批全国老中医药专家学术经验继承项目;内蒙古医科大学高等教育教学改革研究项目(NYJXGG2018088, NYJXGG2018102);内蒙古自然科学基金(2010MS1151, 2014MS0839, 2019MS08023);内蒙古医科大学附属医院基金项目(NYFY YB2014022);内蒙古医科大学“致远”人才计划“善学”人才项目(ZY02020219);内蒙古医科大学党建研究专项课题(YKD2020DJ013)

**作者简介:**刘岩(1980-),女,内蒙古医科大学附属医院医务部副主任医师。

**通讯作者:**刘云彪,副主任检验师,硕士研究生导师, E-mail: lybiao5820@163.com 内蒙古医科大学附属医院检验科, 010050

究探讨自拟舒肝理气调胃方治疗慢性胃炎的效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院2019-01~2020-05收治的慢性胃炎患者78例,随机数字表法分为两组。对照组39例,女16例,男23例;年龄35~75岁,平均年龄( $45.55 \pm 2.91$ )岁;体质量指数 $17 \sim 25 \text{ kg/m}^2$ ;平均体质量指数( $23.33 \pm 0.59$ ) $\text{kg/m}^2$ 。观察组39例,女19例,男20例;年龄29~72岁,平均年龄( $46.33 \pm 2.39$ )岁;体质量指数 $18 \sim 24 \text{ kg/m}^2$ ;平均体质量指数( $22.51 \pm 0.61$ ) $\text{kg/m}^2$ 。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。诊断标准:西医诊断标准符合《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》中的诊断标准:伴有隐痛、上腹不适、餐后饱胀等临床症状;胃镜下可见黏膜红斑、黏膜粗糙、出血等的基本表现;病理组织学显示胃黏膜被慢性炎症细胞浸润。中医诊断标准符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》中脾虚胃热型的诊断标准:胃脘痞闷、胃痛、反酸、身体困重、少食纳呆、大便溏薄、苔黄腻、舌质红、脉滑或数。

纳入标准:治疗依从性高,能配合完成本研究;自愿参加本研究,患者及家属对本研究知情同意并签署知情同意书。排除标准:恶性肿瘤患者;消化性溃疡者;近1个月口服其他药物治疗者;合并严重心、肝、肾等脏器功能不全者;过敏体质患者。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 对照组口服奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗,奥美拉唑20mg/次,2次/天,铝碳酸镁0.5g/次,3次/天,治疗1个月。

**1.2.2 观察组** 观察组采用自拟舒肝理气调胃方,

组成:柴胡,香附,枳实,厚朴,姜半夏,苏梗,木香,煅瓦楞,砂仁,白豆蔻,莪术,片姜黄,炒白芍,黄芩,龙胆草,乌药,高良姜,甘草。肝郁日久,郁久化热,加黄芩,龙胆草,少佐乌药,高良姜增加理气止痛之功效。加減:痛甚者,可加延胡索、川楝子理气止痛,胃痛胁胀可加佛手,绿萼梅等,用水煎成150mL,分早晚2次服用,治疗1个月。

### 1.3 观察指标

(1)中医症状评分:对患者治疗前、治疗4周后胃脘热痛、胸脘痞满、口苦口黏、食少纳呆、舌苔黄腻5个症状按照无、轻度、中度、重度分别计0、1、2、3分,评分越高,症状越严重;(2)记录两组不良反应发生情况。

### 1.4 疗效判定标准

显效:疗效指数 $\geq 70\%$ ,胃镜下显示黏膜红斑、出血等基本消失或存在轻度症状;有效:疗效指数 $40\% \sim 69\%$ ,胃镜下显示黏膜红斑、出血等症状较治疗前有所改善;无效:疗效指数 $< 40\%$ ,胃镜下显示黏膜红斑、出血等症状无改善。其中疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0软件进行数据处理,胃脘热痛、胸脘痞满、口苦口黏、食少纳呆、舌苔黄腻5个中医症状评分采用以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 $t$ 检验,计数资料用率( $n, \%$ )表示,采用 $\chi^2$ 检验,检验水准: $\alpha = 0.05, P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

对照组总有效率82.1%,观察组总有效率94.9%,观察组明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )(见表1)。

表1 两组临床疗效比较( $n, \%$ )

组别	$n$	显效	有效	无效	总有效率
观察组	39	12	25	2	94.9
对照组	39	15	17	7	82.1
$\chi^2$					4.463
$P$					0.041

### 2.2 两组症状积分比较

两组患者经过治疗后,胃脘热痛、胸脘痞满、口苦口黏、食少纳呆、舌苔黄腻各项评分均明显下降,且观察组胃脘热痛、胸脘痞满、舌苔黄腻下降明显

优于对照组,组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )(见表2)。

### 2.3 两组不良反应比较

两组患者均未出现明显的不良反应。

表2 两组患者症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	时间	胃脘热痛	胸脘痞满	口苦口黏	食少纳呆	舌苔黄腻
观察组	39	治疗前	1.51 ± 0.62	2.69 ± 0.79	1.79 ± 0.77	1.62 ± 0.79	1.26 ± 0.59
		治疗后	.23 ± 0.25*	0.59 ± 0.49*	0.25 ± 0.49	0.25 ± 0.59	0.25 ± 0.49*
对照组	39	治疗前	1.45 ± 0.69	2.59 ± 0.73	1.91 ± 0.80	1.55 ± 0.70	1.18 ± 0.61
		治疗后	0.35 ± 0.21	1.31 ± 0.29	0.35 ± 0.49	0.33 ± 0.51	0.58 ± 0.39
<i>P</i> <sub>组间</sub> 值			0.0244	< 0.0001	0.3703	0.5236	0.0015

与对照组对比, \* $P < 0.05$

### 3 讨论

慢性胃炎与幽门螺杆菌感染、胃黏膜防御功能降低等多种因素相关,与患者自身饮食习惯也是密切相关。西医治疗慢性胃炎多采用奥美拉唑和铝碳酸镁治疗,奥美拉唑可抑制胃酸分泌,保护胃黏膜,同时具有抗幽门螺杆菌的作用;铝碳酸镁能够在短时间内中和胃酸,结合和吸附胃蛋白酶活性,对胃黏膜产生保护作用,短期内可有效改善患者临床症状<sup>[3-5]</sup>。但长期服用对胃黏膜刺激较大,且可能产生严重的不良反应。

祖国医学认为,慢性胃炎属于“胃痞”“胃脘痛”等范畴,病位在胃脘,与肝、脾关系密切,中医病因病机:脾主运化,主升清,主统血,主肌肉、四肢。胃与脾同属中焦,主受纳、腐熟水谷,以通为用,以降为顺,与脾相表里,共有“后天之本”之称。脾升胃降,是人体气机升降的枢纽。五脏六腑、四肢百骸皆赖脾胃运化水谷以充养。脾胃的病理表现主要是受纳、运化、升降、调摄等功能的异常。既往有慢性胃炎病史,每因肝气不舒而导致胃脘胀痛,痛引两胁,善叹息或食后胃脘痞满,纳呆,口苦,嘈杂泛酸,舌质淡红,薄白,脉弦等,治疗的关键在于舒肝理气,和胃止痛。

本研究结果显示,与对照组比较,观察组治疗后各项中医证候积分较低,临床总有效率较高,表明自拟舒肝理气调胃方加减治疗效果更佳,能缓解患者各项症状。本研究中自拟舒肝理气调胃方在以中医辨证证型和临床症状进行加减治疗,方中黄芩调和寒热,香附疏肝解郁,柴胡解表退热,黄芩、香附、柴胡合用具有镇吐、镇痛、镇静、解热、利胆、缓解胃肠痉挛性疼痛、助消化、排除消化道积气的作用。炒枳实调和肠胃、理气和中、行气消胀;厚朴具行气,消除腹中积食,缓解胃部胀满;姜半夏和胃止呕;苏梗促进消化液分泌;木香疏肝理气,健脾益气;煅瓦楞缓解胃疼泛酸;砂仁温脾开胃;白豆蔻行

气,温中,止呕;莪术消积止痛;片姜黄利胆抗菌;白芍缓解疼痛;龙胆草清热燥湿,促消化,消炎抑菌;高良姜温胃,散寒;甘草调和诸药,共奏舒肝理气,和胃止痛。现代药理研究表明<sup>[6,7]</sup>,黄芩可抑制多种真菌和细菌繁殖,同时具有增强机体免疫的作用;柴胡抗炎、解热,促酶分泌,可以调节免疫。柴胡、黄芩可解痉,能直接松弛平滑肌并对胃黏膜的慢性炎症有抑制作用,甘草有抗酸作用。因此,选用柴胡治疗本病切中病机,使肝胆气机条达,中州脾胃调合,故病告痊愈。

综上所述,常虹老师自拟舒肝理气调胃方治疗慢性胃炎具有良好的临床疗效,可以有效缓解患者胃脘痞闷、胃痛、反酸等症状,效果较满意。

### 参考文献

- [1]王艳威,季杰,巩子汉,等.半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床研究[J].陕西中医,2020;41(4):499-501,537
- [2]陈玲.半夏泻心汤加味对慢性胃炎症状体征改善情况、血清炎症因子变化及临床治疗效果分析[J].中华中医药学刊,2019;37(7):1763-1766
- [3]冯群虎,赵文博,冯桂成.加味连朴饮治疗湿热阻胃型胃溃疡的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2015;14(12):1594-1596
- [4]詹淑娜.清胃祛湿汤治疗脾胃湿热型慢性胃炎的临床观察[J].光明中医,2018;33(10):56-57
- [5]姚燕萍.清热和胃法治疗慢性胃炎脾胃湿热证临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2016;9(17):49-50
- [6]李军祥,陈詒,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018;26(2):121-131
- [7]路祖科,薛金花.化肝煎加减联合“四联疗法”治疗Hp阳性慢性胃炎疗效及对患者胃蛋白酶原和胃泌素17的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2019;27(3):186-189,198