

[临 床]

安中复元方治疗慢性萎缩性胃炎合并肠化的临床观察

刘 晏, 刘元霞, 李 琼, 乐琦琦, 徐 瑛

(上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200041)

摘要: 目的 通过随机、药物平行对照观察安中复元方治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化的临床疗效。方法 随机分为中药安中复元方治疗组 50 例和胃复春对照组 50 例, 均以 6 个月为一疗程。观察两组患者治疗前后的临床主症、体征以及胃镜对照、理化检查的变化, 采用积分法作疗效评价。结果 临床综合疗效结果分析显示: 治疗组总有效率为 76%; 对照组总有效率为 44%。经 Mann-Whitney U 检验, 两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 安中复元方组综合疗效优于胃复春组。

关键词: 安中复元方; 慢性萎缩性胃炎伴肠化; 临床疗效观察

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2015)12-2605-06

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2015.12.007

The clinical observation of Anzhongfuyuan Formula in the management of chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia

LIU Yan, LIU Yuan-xia, LI Qiong, LE Qi-qi, XU Ying

(Shanghai Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200041, China)

KEY WORDS: Anzhongfuyuan Formula; chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia; clinical observation

随着社会老龄化的加剧, 加上近年来人们对腌制、油炸食品的追捧, 慢性萎缩性胃炎的发病率也呈上升趋势。作者两年来对 100 例门诊慢性萎缩性胃炎合并肠化、且幽门螺杆菌检测阴性的病员应用安中复元方进行了临床治疗观察, 已取得了显著的疗效。

1 临床资料

1.1 纳入标准 纳入对象为病程不等 25 至 75 岁的患者; 根据 2003 年大连全国慢性胃炎大会制定的诊断标准。

1.1.1 萎缩性胃炎的内镜表现分级 1 级: 胃黏膜呈细颗粒状, 可透见血管纹理, 单发灰色肠上皮化生结节。2 级: 胃黏膜显示中等样颗粒, 可透见连续分布的均匀血管纹理, 可见多发性肠上皮化生结节, 呈灰色。3 级: 胃黏膜呈见粗大的颗粒状, 胃皱襞消失, 血管纹理达黏膜表层, 灰色的肠上皮化生结节呈弥漫性分布。

1.1.2 内镜的取材 每例接受胃镜检查的患者均于病变处取 3 块胃黏膜组织为标本, 装入 10% 甲醛溶液的标本瓶中固定, 送病理检查。

1.1.3 病理检测 常规石蜡切片, 行 HE 及 Giemsa 染色。

1.1.4 萎缩性胃炎、肠腺化生分级 根据黏膜内固有腺体的数量将萎缩性胃炎、肠腺化生分级。萎缩性胃炎: 轻度为减少正常量的 1/3, 大部分腺体仍保留; 减少 1/3 ~ 2/3 者为中度, 见不规则分布的残存腺体; 重度萎缩呈固有腺体减少 2/3 以上。

肠腺化生: 轻度肠化显示黏膜肠化部分占腺体和表面上皮总面积 1/3 以下; 黏膜肠化部分占腺体和表面上皮总面积 1/3 ~ 2/3 者为中度; 2/3 以上者为重度^[1]。

1.1.5 一周内未使用同类中西药, 幽门螺杆菌检测阴性或者转阴的患者, 签署知情同意书, 配合疗程结束后作相关复查。

收稿日期: 2015-03-26

作者简介: 刘 晏 (1967—), 男, 硕士生导师, 主任医师, 从事中医消化系统疾病及消化内镜的临床研究。Tel: 18116070782, E-mail: 0625@szy.sh.cn

1.2 排除标准 排除对象：临床症状疑似、未经胃镜明确诊断者。

1.3 剔除标准

1.3.1 患者依从性差，临床研究中途随意停药或不按要求服药者；研究期间自行联合应用相关治疗药物，影响本病的临床观察者。

1.3.2 入选资料 选择2011—2013年期间上海市中医医院的门诊患者100例，年龄25至75岁；病程分别为半年至十余年之多，病情以发展缓慢、反复发作为特点，根据随机数字表分为中药安中复元方治疗组和成药胃复春对照组。治疗组50例患者中，男性16例，女性34例；其中年龄最小者26岁，年龄最大者75岁；病程最短的1个月，最长的30年。对照组50例患者中，男性21例，女性29例；年龄最小者27岁，年龄最大者75岁；病程最短的1个月，最长的23年。两组一般情况中的性别、年龄、病程等数据，经统计学处理，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），说明两组资料均衡，具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 6个月为一疗程，服药一个疗程。治疗组予安中复元方1日2次口服治疗，安中复元方由生黄芪9g、炒白术9g、云茯苓9g、生蒲黄（包）18g、法半夏6g、莪术9g、延胡索12g、川郁金12g、赤白芍（各）9g、黄连3g、吴茱萸1.5g、芙蓉叶18g、蜀羊泉15g等药组成，每次加水煎服，取汁200~250mL，一日2次口服治疗；对照组予杭州胡庆余堂药业有限公司生产的胃复春片，口服每日3次，每次4片。胃复春由红参、炒枳壳、香茶菜组成，是目前较为公认的治疗慢性萎缩性胃炎合并肠化的成药^[1]。故采用此药作为对照组用药。

2.2 观察方法

2.2.1 临床症状 参考国家中医药管理局医政司发布的《中华人民共和国中医药行业标准—中医病症诊断疗效标准》以及2013年中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[2]等标准对胃痛、痞满、嗝气、嘈杂、恶心、呕吐、纳呆、消瘦等治疗前后的主症按0、1、2、3积分观察。如果无任何症状、体征则为0分；如果症状、体征轻微，胃镜诊断好转则为1分；症状、体征明显（部分影响日常工作及生活），胃镜诊断未见明显好转者为2分；症状、体征严重（严重影响工作及生活质量），胃镜诊断无变化为3分。

2.2.2 胃镜报告 根据2004年中华医学会消化内镜学会大连会议制定的慢性胃炎内镜分型分级标准^[3]对治疗前后胃镜图文报告进行对照。

2.2.3 胃镜病理报告 根据2012年版的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》（中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定）^[4]对治疗前后检查结果进行对照。

2.3 疗效标准 按照2012年版的中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[4]，以及2002版的《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的胃脘痛证候评分标准拟定。

2.3.1 中医证候疗效评定标准^[5] 痊愈：临床的症状、体征基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效：症状、体征明显减少，证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效：症状、体征均见好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效：症状、体征均无改善或加重，证候积分减少不足30%。

疗效指数 = (治疗前得分 - 治疗后得分) / 治疗前得分 $\times 100\%$

2.3.2 主要症状的疗效评价 临床控制：临床症状随着疗程结束而消失。显效：临床症状随着疗程结束而减少2级。有效：临床症状随着疗程结束而消失减少1级。无效：临床症状随着疗程结束而无变化。

2.3.3 胃镜的疗效评定标准^[4] 以病理疗效判定为标准。痊愈：活检组织显示胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生均消失。显效：活检组织显示胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生减轻2个级别。有效：活检组织显示胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生减轻1个级别。无效：活检组织显示胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生无变化。

2.3.4 临床主症、病理疗效总评定标准 参考2012年版中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[4]将疗效评定标准分为以下4个级别。痊愈：临床症状、体征消失，病理报告证实胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生均消失。显效：症状、体征消失，病理报告证实胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生减轻2个级别。有效：症状、体征明显好转，病理报告证实胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生减轻。无效：胃窦腺体萎缩、肠腺化生和不典型增生无变化或进一步恶化。

2.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行统计

分析。对两组患者的年龄、性别、病程长短等一般资料进行描述性统计分析。计量资料表示为均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)，服从正态分布的计量资料采用 *t* 检验，反之则采用秩和检验。计数资料用率、构成比表示，比较用 χ^2 检验。等级资料采用 Mann-Whitney U 秩和检验。数据间的差异以 *P* 值来表示，*P* > 0.05 为差异无统计学意义；*P* ≤ 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

根据两组患者的性别、年龄、病程等一般情况

表 1 临床综合疗效比较

Tab. 1 Comparison of the comprehensive curative effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗组	50	7	6	25	12	76	-3.801	<0.001
对照组	50	1	1	20	28	44		

3.2 中医证候比较

3.2.1 中医证候疗效比较 治疗结束后，对两组中医证候的疗效进行比较分析，结果显示：治疗组临床总有效率为 98%；对照组临床总有效率为

经统计学处理，无统计学差异 (*P* > 0.05)，说明两组资料均衡，具有可比性。对两组患者入组时的中医证候积分、各单项症状、胃黏膜病理组织学改变及幽门螺旋杆菌 (Hp) 感染等情况进行统计分析，结果显示两组间差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，说明两组间资料分布均衡，具有可比性。

3.1 临床综合疗效比较 经 Mann-Whitney U 检验，两组间的临床综合疗效比较有统计学差异 (*P* < 0.001)，安中复元方组临床综合疗效优于胃复春组 (见表 1)。

78%。经 Mann-Whitney U 检验，两组间中医证候疗效比较，有统计学差异 (*P* < 0.001)，安中复元方组中医证候疗效优于胃复春组 (见表 2)。

表 2 中医证候疗效比较

Tab. 2 Comparison of TCM syndrome-effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗组	50	22	18	9	1	98	-5.371	<0.001
对照组	50	4	11	24	11	78		

3.2.2 中医证候积分比较 对两组患者的中医证候积分进行比较分析

经 Mann-Whitney U 检验，两组患者服用不同药物后，中医证候积分与其治疗前中医证候积分比较，差异均有统计学意义 (*P* < 0.001)，即两组药物均能有效缓解患者临床症状。

对治疗前两组的中医证候积分进行比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，说明两组具有可比性；对治疗后两组的中医证候积分进行比较，差异有统计学意义 (*P* < 0.001)，说明治疗组药物能更好的缓解患者的临床症状 (见表 3)。

表 3 中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome integral

组别	病例数	中医证候积分值/分	
		治疗前	治疗后
治疗组	50	7.18 ± 2.12	1.34 ± 1.88 *
对照组	50	7.08 ± 3.14	3.6 ± 2.63 *
<i>z</i>		-1.069	-4.947
<i>P</i>		0.285	<0.001

注：与本组治疗前比较，**P* < 0.001

3.2.3 单项症状疗效比较 治疗结束后，对两组患者胃脘痛、痞满、嗝气、嘈杂、恶心呕吐、纳呆、消瘦等单项症状的疗效进行比较分析，结果显示：经 Mann-Whitney U 检验，两组药物在改善患者胃脘痛、痞满、嗝气、恶心、纳呆方面的疗效比较，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，即治疗组药物在改善胃脘痛、痞满、嗝气、恶心、纳呆方面疗效优于对照组；而在改善消瘦和嘈杂方面的疗效与对照组药物相当，差异无统计学意义 (*P* > 0.05) (见表 4)。入组时两组患者伴有呕吐者较少，样本量太小，无法准确评价两组药物对患者呕吐症状的临床疗效。

3.3 病理分析

3.3.1 病理综合疗效比较 对治疗结束后两组的病理疗效进行统计分析，结果显示：经病理复查，治疗组临床总有效率为 78%；对照组 42 例患临床总有效率为 48%。经 Mann-Whitney U 检验，两组间病理疗效的比较，差异有统计学意义 (*P* < 0.001)，治疗组病理疗效优于对照组 (见表 5)。

表4 单项症状疗效比较

Tab. 4 Comparison of single syndrome

症状	组别	病例数	控制/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
胃痛	治疗组	30	26	2	1	1	96.67	-2.182	0.029
	对照组	28	17	3	3	5	82.14		
痞满	治疗组	42	34	2	3	3	92.86	-3.832	<0.001
	对照组	39	15	3	12	9	76.92		
暖气	治疗组	42	26	5	5	6	85.71	-3.323	0.01
	对照组	41	11	3	14	13	68.29		
嘈杂	治疗组	28	16	3	4	5	82.14	-1.68	0.93
	对照组	31	10	4	10	7	77.42		
恶心	治疗组	12	11	0	1	0	100	-2.077	0.038
	对照组	10	5	1	4	0	100		
纳呆	治疗组	21	20	0	1	0	100	-2.482	0.013
	对照组	13	8	2	0	3	76.92		
消瘦	治疗组	21	14	2	2	3	85.71	-0.742	0.458
	对照组	23	14	0	2	7	69.57		
呕吐	治疗组	2	1	1	0	0	100	—	—
	对照组	1	0	0	0	1	0		

表5 病理疗效比较

Tab. 5 Comparison of pathological effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗组	50	13	13	13	11	78	-3.256	0.001
对照组	50	6	6	12	26	48		

3.3.2 萎缩疗效比较 对治疗后两组患者的萎缩疗效进行统计分析,结果显示:治疗组萎缩的总有效率为44%;对照组萎缩的总有效率为32%。经

Mann-Whitney U 检验,两组间萎缩疗效比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),两组药物改善胃黏膜萎缩的临床疗效相当(见表6)。

表6 萎缩疗效比较

Tab. 6 Comparison of atrophia-effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗组	50	16	0	6	28	44%	-1.233	0.217
对照组	50	11	1	4	34	32%		

3.3.3 肠化疗效比较 对治疗后两组患者的肠化疗效进行统计分析,结果显示:治疗组肠化的总有效率为72%;对照组肠化的总有效率为36%。经

Mann-Whitney U 检验,两组间肠化疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.001$),说明治疗组药物改善胃黏膜肠化的临床疗效优于对照组药物(见表7)。

表7 肠化疗效比较

Tab. 7 Comparison of intestinal metaplasia-effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗组	50	22	0	14	14	72%	-3.295	0.001
对照组	50	11	1	6	32	36%		

3.3.4 异型增生疗效比较 对治疗后两组患者的异型增生疗效进行比较分析,结果显示:治疗组9例伴有异性增生的患者,治疗后8例异性增生均消失,有效率88.89%;对照组共5例伴有异性增生的患者,治疗后4例临床痊愈,有效率80.00%(见表8)。由于入组时两组中伴有异型增生的病例数较少,样

本量太小,故无法准确评价对两组间胃黏膜异性增生的临床疗效。

表8 异型增生疗效比较

Tab. 8 Comparison of dysplasia-effect

组别	病例数	痊愈/例	显效/例	无效/例	有效率/%
治疗组	9	8	0	1	88.89
对照组	5	4	0	1	80.00

3.3.5 笔者选取了一位治疗组的痊愈患者，该患者治疗前后的病理图片最具有代表性。其中，图1A、图1B是2张该患者治疗前的胃窦部病理切片，图1C、图1D是2张该患者治疗后的胃窦部病理切片，可以看到治疗后镜下的萎缩细胞较治疗前有明显的减少。

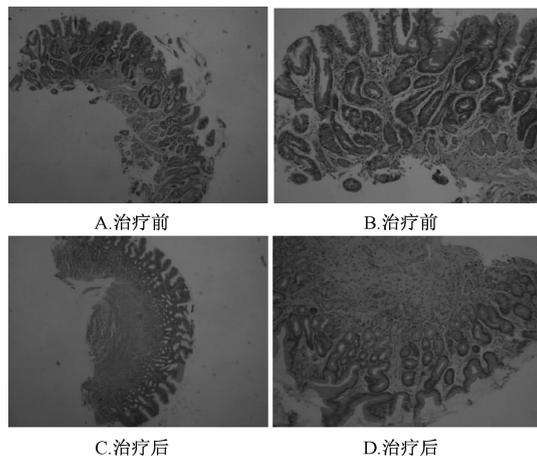


图1 治疗前后胃窦部病理细胞变化 (×400)
Fig.1 Pathological changes of gastric antrum before and after the treatment (×400)

4 讨论

慢性萎缩性胃炎 (Chronic atrophic gastritis, CAG) 早在 1978 年由世界卫生组织 (WHO) 定义为是胃癌的癌前病变，而在胃固有腺体萎缩的基础上同时伴有肠腺化生或不典型增生者，更被视为是胃癌最为重要的癌前病变之一^[6]。肠型胃癌通常就发生在萎缩性胃炎的基础上，积极治疗可阻断 CAG 向癌变发展，减少胃癌的发病率^[7]。近年来人们的生存环境和饮食结构发生了很大变化，由此而导致的本病呈现出了发病率逐年升高，而发病年龄逐渐下降的趋势，预后也逐渐向恶，西医治疗尚无特效药。本研究以“虚”、“痰”、“瘀”的致病病机为切入点，辨证归属于“胃脘痛”、“胃痞”、“嘈杂”等范畴，多由于饮食不节、情志不遂，致痰瘀蕴结、气血郁滞；或久病脾气虚弱，痰瘀交阻而致病。本研究遵循“去宛陈莖”的原理，对其作用机制及远期疗效进行研究，分安中复元方治疗组、胃复春对照组进行治疗、观察、对照、总结。在治疗本病时遵循《素问》中所述“平治于权衡，去宛陈莖”的传统理论，建立了健脾扶正、化痰祛瘀的攻补兼施治则。用药特点运用气血共调的方法，做到祛痰不伤正、化瘀不动血。方中以生黄芪为君药，臣以焦白术、云茯苓，健运脾气、燥湿利

水；同时，焦白术配法半夏又可行化痰燥湿之功；生蒲黄、莪术二药相得益彰，兼有活血防动血，又行软坚散积之功；延胡索为止痛要药，行气中之血滞，广郁金清热化痰、行血中之气滞，二药合用，行气活血止痛；白芍养血柔肝、缓急止痛，以土中泻木，赤芍凉血活血、祛瘀止痛，于血中活滞，二芍同用，使补而不滞、散而能敛；方中又予左金丸 (黄连、吴茱萸合用) 辛开苦降，疏肝清热和胃；芙蓉叶配蜀羊泉不但收敛凉血，而且清热解毒防恶变。在药物治疗的同时，要求患者持之以恒的医嘱，使治疗效果事半功倍。同时现代药理学研究证明：生黄芪可提高免疫力^[8]，白术对胃底肌肉有较强的兴奋作用^[9]，且促进细胞免疫、抗肿瘤^[10]，茯苓能够抗肿瘤、调节免疫^[11]，左金丸可保护胃黏膜、改善胃黏膜萎缩情况^[12]，莪术可抗肿瘤，包括防止胃癌的发生及转移^[13-14]，生蒲黄能够改善微循环，促进细胞代谢^[10,15]，制半夏有抗肿瘤、修复胃黏膜的良好^[10,16]，延胡索有显著的镇痛、抑制胃液分泌的作用^[17]，郁金可降低血黏度、兴奋胃肌条收缩活动、抑制化学致癌物^[18]，芍药具有一定抗癌、镇痛的效果^[19]。由此可见，本方健脾益气、祛瘀化痰之良效有现代药理学与之相佐证，具有提高免疫力、促进细胞代谢、抑制肿瘤等的作用。

经临床观察 50 例治疗组病例，安中复元方尤其对慢性萎缩性胃炎合并肠化的中医辨证分型为痰瘀交阻型的病例，更具有疗效，治疗组临床总有效率为 76%，而对照组有效率为 44%；经 Mann-Whitney U 检验，两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，安中复元方临床综合疗效优于胃复春。同时，病理研究显示，治疗组有效率为 78%，对照组有效率为 48%；经 Mann-Whitney U 检验，两组间病理疗效的比较，有统计学差异 ($P < 0.05$)。其相比较西医抗幽门螺杆菌的姑息治疗，抑或是补充叶酸、维生素、硒酵母支持治疗，更能有效的直接逆转患者胃癌前期病变，为病家带来福音；也弥补了其他疗法的费用高、耗费大等目前医疗市场存在的主要缺憾。

参考文献:

[1] 朱亮亮, 田金徽, 拜争刚, 等. 胃复春治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(1): 81-87
[2] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.

- [3] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 124.
- [6] 季梅, 杨进. 慢性萎缩性胃炎的中医药研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 176-179.
- [7] Ohata H, Kitauchi S, Yoshimura N, et al. Progression of chronic atrophic gastritis associated with *Helicobacter pylori* infection increases risk of gastric cancer [J]. *Int J Cancer*, 2004, 109(1): 138-143.
- [8] 熊明彪. 黄芪的药理作用及临床研究进展[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(10): 70-71.
- [9] 来于, 吴红金, 许宝才. 加味香砂六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎 30 例临床疗效观察[J]. 河北中医药学报, 2012, 27(4): 18-19.
- [10] 高学敏. 中药学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [11] 李晓红, 史瑞, 刘礼剑, 等. 左金丸及其拆方治疗萎缩性胃炎模型大鼠的疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(4): 383-385.
- [12] 王颜佳. 茯苓抗肿瘤免疫调节药理作用研究及应用[J]. 海峡药学, 2014, 26(5): 16-18.
- [13] 钟锋, 顾健, 张亮亮, 等. 莪术药理作用的现代研究进展[J]. 中国民族民间药, 2010, 19(13): 67-68.
- [14] 王颖, 郭兰萍, 黄璐琦, 等. 姜黄、莪术、郁金的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国药房, 2013, 24(35): 3338-3341.
- [15] 江绍基. 临床胃肠病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1981: 147.
- [16] 姚军强. 半夏的药理作用及其临床配伍运用[J]. 中医研究, 2013, 26(2): 3-5.
- [17] 姜永慧. 延胡索药理研究及临床应用进展[J]. 科技创业家, 2013(10): 217.
- [18] 杨翠荣. 郁金药理及中医临床应用略述[J]. 光明中医, 2014, 29(8): 1772-1773.
- [19] 金英善, 陈曼丽, 陶俊. 芍药化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2013, 27(4): 745-749.

姜预防术后恶心呕吐有效性的 Meta 分析

张光涛, 姚广明, 赵刚
(吉林大学第一医院, 吉林 长春 130021)

摘要: 目的 用 Meta 分析来评价姜在预防术后恶心呕吐方面的临床效果。方法 通过检索 Pubmed、Web of science、Google scholar 等数据库, 搜集有关用姜来预防术后恶心呕吐的随机对照实验研究, 应用 R 统计软件 (R-3.1.3) 对数据进行分析。结果 经过评价和筛选, 纳入 8 篇随机对照研究。Meta 分析结果显示: 与对照组相比, 姜具有预防术后恶心呕吐的作用, 并且与对照组相比有统计学意义。结论 就目前已有的文献来看, 姜在预防术后恶心呕吐上安全有效。尚有待开展高质量的多中心、随机、盲法、对照的临床研究进一步证实。

关键词: 姜; 恶心; 呕吐; 术后恶心呕吐; Meta 分析

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2015)12-2610-06

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2015.12.008

A meta-analysis of the efficacy of ginger for the prevention of postoperative nausea and vomiting

ZHANG Guang-tao, YAO Guang-ming, ZHAO Gang

(First Hospital of Jilin University, Changchun 130021, China)

KEY WORDS: ginger; nausea; vomiting; postoperative nausea and vomiting; meta-analysis

收稿日期: 2015-05-11

作者简介: 张光涛 (1988—), 男, 硕士生, 研究方向为神经肿瘤外科。Tel: 18243051796, E-mail: zgtmark@126.com