

养胃配方颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

周淑华, 杨欣, 吴颂

秦皇岛市中医医院, 河北 秦皇岛 066000

[摘要] 目的: 观察养胃配方颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将 90 例患者依照随机数字表法分为 2 组各 45 例。对照组口服维酶素片, 治疗组口服养胃配方颗粒。比较 2 组的临床疗效以及相关胃镜学指标。结果: 2 组临床总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组胃镜胃黏膜总有效率为 84.4%, 对照组为 62.2%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组胃镜胃黏膜组织病理学总有效率为 77.8%, 对照组为 55.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后, 幽门螺杆菌阳性率均下降 ($P < 0.05$); 2 组治疗后幽门螺杆菌阳性率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 养胃配方颗粒治疗慢性萎缩性胃炎疗效确切。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎 (CAG); 幽门螺杆菌; 养胃配方颗粒; 中医药疗法

[中图分类号] R573.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0064-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.029

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统的多发病, 发病隐匿。临床上, CAG 往往伴有胃黏膜固有腺体数量减少、功能降低、甚至完全消失, 也常伴有肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)、异型增生(dysplasia, Dys)及炎症等反应^[1]。目前尚缺乏治疗 CAG 的特效药物, 治疗仍以对症治疗、改善生活方式与随访监测等为主。笔者采用养胃配方颗粒治疗 CAG, 并对其机制进行探讨, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2014 年 1 月—2015 年 3 月本院收治的 CAG 患者 90 例, 依照随机数字表法分为 2 组各 45 例。治疗组男 23 例, 女 22 例; 年龄 18~58 岁, 平均(46.2±2.2)岁; 病程 0.5~10 年, 平均(6±1.6)年; 胃黏膜轻度萎缩 13 例, 胃黏膜中度萎缩 24 例, 胃黏膜重度萎缩 8 例。对照组男 23 例, 女 22 例; 年龄 18~60 岁, 平均(45±3.0)岁; 病程 1~12 年, 平均(5±1.8)年; 胃黏膜轻度萎缩 12 例, 胃黏膜中度萎缩 27 例, 胃黏膜重度萎缩 6 例。2 组性别、年龄、病情、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 符合 2002 年中华中医药学会内科脾胃病第十四次学术交流会制定的《中医病证诊断疗效标准》^[2]; 实验前 1 月内经过胃镜及病理检查确诊为 CAG^[3]; 自愿接受本研究药物治疗, 并签署知情同意书。排除年龄在 18 岁以下或 60 岁以上, 有心、肺、肝、肾、脑、造血系统等严重疾病, 恶性肿瘤, 精神障碍及过敏体质患者; 排除合并有胃、十二指肠

溃疡、胃黏膜有重度异型增生或诊断疑有恶变者; 排除妊娠期和哺乳期妇女; 排除有胃部手术者; 近 4 周内未服用过抗生素、H₂受体拮抗剂、消化系统药物等影响实验结果判断的药物。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服维酶素片(北海阳光药业有限公司), 每次 0.4 g, 每天 3 次。

2.2 治疗组 口服养胃配方颗粒(北京同仁堂药业有限公司, 组成: 藿香、蒲公英、白芍各 20 g, 紫苏梗、枳壳、陈皮、预知子、白花蛇舌草各 15 g, 茯苓、厚朴各 12 g, 威灵仙 30 g, 槟榔、露蜂房各 10 g, 三七、甘草各 6 g), 每次 1 袋, 每天 2 次。

1 月为 1 疗程, 2 组均观察治疗 3 疗程。治疗期间所有患者停用其他中西药物, 戒烟、酒、生冷、腥辣食物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 嘱门诊患者 2 周门诊随访, 记录症状改变情况及不良反应, 住院患者随时观察病情变化。3 月后复查。主要观察项目: 临床症状、内镜观察、胃黏膜病理组织学检测、幽门螺杆菌(Hp)阳性、安全性及不良反应监测。

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.5 软件进行分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》标准进行疗效评价, 治疗前后观察主要临床症状, 包括胃脘喜

[收稿日期] 2015-07-20

[基金项目] 秦皇岛市市级科技计划项目 (201401A122)

[作者简介] 周淑华 (1964-), 女, 副主任中药师, 主要从事中药制剂及质量研究工作。

按、纳呆少食、胃脘胀痛、大便稀溏或干结、口干、乏力，按照无、轻、中、重度四分法评分为 0、1、2、3 分。以总分评价中医证候疗效。采用奥林巴斯 260 型电子胃镜进行胃镜胃黏膜疗效评价，治愈：胃黏膜无萎缩现象，黏膜红润，无苍白区及黏膜下血管网透见，黏膜光滑；显效：黏膜红白相间，以白为主，血管网透见，常呈局灶性，苍白区较治疗前减少 50% 以上，或隆起结节较治疗前减少 50% 以上；有效：黏膜红白相间，以白为主，血管网明显可见，常呈弥漫性，黏膜皱壁变平变浅，苍白区较治疗前减少 20% 以上，或隆起结节较治疗前减少 20% 以上；无效：除上述表现外，可见黏膜呈颗粒状或结节状等异型表现。胃镜胃黏膜组织病理学疗效评价：胃镜检查于胃窦部小弯侧距幽门 2 cm 处取活组织 3 块，切片 HE 染色。分别对胃黏膜慢性炎症、固有腺体萎缩、肠化生情况 3 方面进行观察、评价和比较，治愈：无淋巴细胞、浆细胞等单核细胞浸润，非萎缩性胃炎，无肠上皮化生；显效：见少量、散在分布的单个核细胞，浸润于胃小凹底部以上，胃固有腺体、肠上皮表面化生或腺体占黏膜全长的 1/3 以下；有效：介于显效和无效之间，存在较多单个核细胞，浸润深达腺体，胃固有腺体、肠上皮表面化生或腺体占黏膜全长的 2/3 以下；无效：见大量淋巴细胞、浆细胞浸润，深达黏膜肌层，可伴有淋巴滤泡形成，胃固有腺体、肠上皮表面化生或腺体占黏膜全长的 2/3 以上。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组总有效率比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	9(28.9)	14(31.1)	13(28.9)	5(11.1)	88.9
对照组	45	7(15.6)	3(6.7)	20(44.4)	15(33.3)	66.7

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组胃镜胃黏膜疗效比较 见表 2。治疗组总有效率为 84.4%，对照组为 62.2%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组胃镜胃黏膜疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	4(8.9)	13(28.9)	21(46.7)	7(15.6)	84.4
对照组	45	3(6.7)	8(17.8)	17(37.8)	17(37.8)	62.2

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组胃镜黏膜组织病理学疗效比较 见表 3。治疗组胃镜胃黏膜组织病理学总有效率为 77.8%，对照组为 55.6%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2 组 Hp 阳性率比较 见表 4。2 组治疗后，Hp 阳性率均下降($P < 0.05$)；2 组治疗后 Hp 阳性率比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组胃镜黏膜组织病理学疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	5(11.1)	17(37.8)	13(28.9)	10(22.2)	77.8
对照组	45	2(4.4)	11(24.4)	12(26.7)	20(44.4)	55.6

与对照组比较，① $P < 0.05$

表 4 2 组 Hp 阳性率比较 例(%)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	31(68.9)	13(28.9)
对照组	29(64.4)	19(42.2)

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

5 讨论

近代中医学对 CAG 的报道最早见于 1956 年^[4]。Hp 感染是 CAG 的主要病因(80%~95%)，也是形成 CAG 的重要原因之一^[5]。对于 CAG 的治疗，西药的应用往往会产生较严重的毒副作用及耐药性等问题。对于少数症状较严重者，除了药物治疗外，必要时也采取手术治疗方案^[6]。中医学认为本病病机为禀赋不足、外感寒邪、饮食不节、情志失调、劳欲过度等。丁成华等^[7]对近 10 年来以中医药为主，治疗 CAG 的文献进行整理统计，发现出现频率较高的证型分别为：脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证。常用的中医治疗手段也以健脾养胃为大法，兼行气解郁、养阴清热、通络化痰等。

当前 CAG 并无绝对有效的治疗方法，治疗方面多以胃黏膜保护药、促进胃蠕动药、抗 Hp 药等对症药物为主。本研究采用的养胃配方颗粒组方以藿香为君药，可解痉镇痛、推进胃肠蠕动、抑菌、增加胃肠道消化吸收功能；枳壳、槟榔、陈皮、厚朴、威灵仙对胃肠平滑肌有兴奋作用，能够促进胃肠蠕动、增强胃黏膜及腺体修复能力、提高机体免疫力；白芍、蒲公英、露蜂房、白花蛇舌草能清热解毒、解毒消肿。槟榔、蒲公英、白花蛇舌草，既能抑制及清除 Hp，又有消除致病因素之用；三七活血化痰、消肿定痛，能够在改善胃黏膜血液循环的同时促进增生性病变化化和吸收。本研究能够取得良好的疗效，也为组方的科学性和有效性提供了有力的证据。

实验结果证实：养胃配方颗粒不仅对改善 CAG 临床症状有良好的疗效，并且能够改善临床症状、胃黏膜胃镜、胃黏膜组织病理学等各方面指标，也有抗 Hp 的作用。其疗效通过统计学处理与治疗前相比较具有统计学差异，也优于维酶素的临床治疗效果。此外，通过 ¹³C 尿素呼气实验发现养胃配方颗粒对于 Hp 的感染也具有有良好的疗效。从上述实验结果，并结合之前实验室的研究成果来看，养胃配方颗粒通过多方面的综合作用，能够有效治疗和缓解 CAG。本研究在前期动物实验研究的基础上，进一步结合临床实验和病例观察分析发现，养胃配方颗粒在提高胃黏膜保护作用，缓解 CAG 方面有较高的应

用价值。

[参考文献]

[1] Rugge M, Correa P, Dixon MF, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16(7): 1249-1259.

[2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.

[3] Liu Wen-zhong. Seminar on the National Consensus on chronic gastritis [J]. Chinese Journal of Digestion,

2000, 20(3): 199-201.

[4] 吴九伟. 慢性萎缩性胃炎[J]. 中医文献杂志, 1998(1): 36-39.

[5] 张大真, 李增烈. 慢性幽门螺杆菌感染病人胃黏膜的变化[J]. 中华消化病杂志, 2001, 21(9): 556-567.

[6] 马弦明, 鱼涛. 慢性胃炎诊治体会[J]. 陕西中医, 2007, 28(6): 768-769.

[7] 丁成华, 李晶晶, 方芳, 等. 慢性萎缩性胃炎中医病机与证候分布规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(3): 582-586.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中西医结合治疗功能性消化不良 38 例疗效观察

唐可倩

杭州市拱墅区大关上塘街道社区卫生服务中心全科, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗功能性消化不良 (FD) 患者的临床疗效。方法: 选择内科门诊治疗的 FD 患者 76 例, 将患者随机分为 2 组各 38 例。西医组患者予以莫沙必利片口服治疗; 中西医结合组患者在西医组治疗方案的基础上加用六君子汤加减口服治疗, 并随症进行加减, 2 组均连用 8 周。观察评估其临床疗效, 并随访治疗半年后的复发情况。结果: 治疗 8 周后, 总有效率中西医结合组 94.74%, 对照组 78.95%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对治疗有效者 (中西医结合组 36 例和对照组 30 例) 随访半年, 其分别复发 6 例 (16.67%) 和 12 例 (40.00%)。中西医结合组复发率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 六君子汤联合莫沙必利中西医结合治疗在 FD 患者中应用的近期疗效及中远期疗效均较确切, 能改善消化不良症状, 预防病情复发。

[关键词] 功能性消化不良; 中西医结合疗法; 莫沙必利片; 六君子汤; 复发

[中图分类号] R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0066-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.030

功能性消化不良(FD)是内科常见的功能性胃肠紊乱性疾病, 主要表现为腹胀、腹痛或腹部不适, 其病情常迁延难愈, 治疗颇棘手^[1]。FD 的病因及发病机理十分复杂, 临床上尚未完全研究清楚, 临床上尚无特效的治疗方法。近年来, 研究发现中西医结合治疗在 FD 的治疗中具有独特的优势及疗效^[2]。本研究观察了六君子汤联合莫沙必利中西医结合治疗在 FD 患者中的应用, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合功能性胃肠病的罗马 诊断标准^[3], 患者临床症状较典型, 且病程实践 > 3 月。

1.2 排除标准 经内镜、超声及血液等检查有肝胆胃肠道疾病; 代谢性、内分泌、神经性等疾病引起的消化不良或以往有腹部手术史。

1.3 一般资料 选择 2013 年 1—8 月在本院内科门诊治疗的 FD 患者, 共 76 例。采用随机数字表法将患者分为 2 组各 38 例。2 组性别、年龄和病程等情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

2 治疗方法

2.1 西医组 莫沙必利片, 每次 5 mg, 每天 3 次, 餐前约 30 min 口服。

[收稿日期] 2015-07-15

[作者简介] 唐可倩 (1970-), 女, 副主任医师, 主要从事全科临床工作。