

清幽胃泰汤加味治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎临床观察

张雪¹, 黄仕营²

1. 哈尔滨市中医医院, 黑龙江 哈尔滨 150076; 2. 南方医科大学, 广东 广州 510515

[摘要] 目的: 观察清幽胃泰汤加味治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎临床疗效。方法: 将 80 例幽门螺杆菌相关性慢性胃炎患者随机分为研究组和对照组, 每组 40 例。研究组给予口服清幽胃泰汤加味治疗; 对照组给予枸橼酸铋钾+阿莫西林+甲硝唑+奥美拉唑治疗, 疗程均为 4 周。结果: 总有效率研究组 97.5%, 对照组 92.5%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究组 Hp 清除率与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 研究组不良反应率与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 清幽胃泰汤加味治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎安全、有效且不良反应较小, 值得进一步研究推广。

[关键词] 慢性胃炎; 幽门螺杆菌; 清幽胃泰汤

[中图分类号] R573.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 07-0070-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.031

慢性胃炎是由各种病因引起的胃黏膜慢性炎症^[1], 慢性胃炎分为非萎缩性(以往称浅表性)、萎缩性和特殊类型三大类。胃镜检查并同时取活组织进行病理检查是诊断慢性胃炎最可靠的办法。目前认为幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染是慢性胃炎最主要的病因。我国是 Hp 的高感染率国家, 笔者应用清幽胃泰汤为主方, 辨证加减治疗 Hp 感染性慢性胃炎, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2012 年 5 月—2015 年 1 月在南方医科大学附属南方医院中医科门诊就诊的患者, 经胃镜、病理组织学检查确诊为 Hp 感染性胃炎。共 80 例, 男 43 例, 女 37 例, 随机分为研究组和对照组, 每组 40 例。研究组, 男 21 例, 女 19 例; 平均年龄(39.3±6.7)岁。对照组, 男 22 例, 女 18 例; 平均年龄(38.2±7.5)岁。2 组性别、年龄、病情程度等方面经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[2]中诊断标准拟定。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准: ①年龄 18~65 岁。②具有胃痛症状或合并有胃胀、嗝气、泛酸、纳呆、乏力等症状。③符合胃镜和病理诊断标准, 并经证实有 Hp 感染, 组织学、尿素酶、细菌培养、¹³C 或 ¹⁴C 尿素呼气试验, 任一项阳性。排除标准: 消化性溃疡、胃癌, 合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重疾病者。

1.4 分型标准 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草

案)》^[3]依据不同症状表现分为: 肝胃不和型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴不足型、胃络瘀阻型、脾虚气滞型。

2 治疗方法

2.1 研究组 给予清幽胃泰汤为主方, 处方: 生黄芪 15 g, 白芍、茯苓、连翘、蒲公英、延胡索、陈皮、法半夏、黄连各 10 g。辨证加味: ①肝胃不和型, 加柴胡 15 g, 川芎、枳实、厚朴、香附各 10 g; ②脾胃虚弱型(含虚寒证), 加党参、炒白术、山药、莲子肉各 10 g, 砂仁 5 g; 虚寒证加吴茱萸 10 g, 干姜 5 g; ③脾胃湿热型, 加藿香、黄芩、龙胆草、枳实、厚朴各 10 g; ④胃阴不足型, 生地黄用量加至 25 g, 加沙参、枸杞子、麦冬、当归各 10 g, 川楝子 5 g; ⑤胃络瘀阻型配合失笑散; ⑥脾虚气滞型, 加柴胡、党参各 15 g, 山药、郁金各 10 g。中药饮片由南方医科大学附属南方医院门诊中药房提供。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次, 口服, 晨起空腹及晚睡前 30 min 各服 1 次。

2.2 对照组 给予枸橼酸铋钾 110 mg+ 阿莫西林 500 mg+ 甲硝唑 200 mg+ 奥美拉唑 10 mg。每天 2 次, 口服。治疗期间停用其他与治疗本病相关的药物, 戒烟酒、忌服辛辣及碳酸饮料等刺激性食物。

2 组均以 4 周为 1 疗程, 1 疗程结束后记录症状, 复查胃镜, 并行 Hp 检测试验, 以了解治疗效果及 Hp 根除情况。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床疗效; 2 组治疗 4 周后经胃镜检查“快速尿素酶”试验, 结果显示 Hp 为阴性者为清除, Hp 仍为阳性者为未清除。观察 2 组不良反应。

[收稿日期] 2016-03-21

[作者简介] 张雪 (1979-), 女, 主治医师, 博士, 研究方向: 中西医结合临床。

[通讯作者] 黄仕营, E-mail: yixin1219@163.com。

3.2 统计学方法 运用 SPSS18.0 软件进行分析。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 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[3]拟定。临床治愈：临床主要症状消失，次要症状基本消失或消失。胃镜复查黏膜活动性炎症消失，慢性炎症轻度。活检组织病理证实胃镜所见，腺体萎缩、肠化和异型增生复常或消失；显效：临床主要症状消失，次要症状基本消失。胃镜复查黏膜急性炎症基本消失，慢性炎症好转。活检组织病理证实胃镜所见，腺体萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻达 2 个级度以上(含 2 个级度)；有效：主要症状明显减轻。胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2 以上，炎症有所减轻。活检组织病理证实胃镜所见，急、慢性炎症减轻 1 个级度以上，腺体萎缩、肠化和异型增生减轻；无效：达不到有效标准，加重或未恶化者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率研究组 97.5%，对照组 92.5%，2 组比较，差异无统计学意义($P=0.078$, $P>0.05$)。

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	40	9	23	7	1	97.5
对照组	40	6	21	10	3	92.5

4.3 2 组 Hp 根除情况比较 研究组检出 Hp 阴性 37 例，占 92.5%；对照组检出 Hp 阴性 31 例，占 77.5%。2 组经 χ^2 检验，研究组 Hp 清除率明显高于对照组，差异有统计学意义($P=0.002$, $P<0.05$)。

4.4 不良反应及安全性比较 研究组出现腹泻 2 例，占 5%；对照组出现，恶心 2 例、食欲减退 5 例，占 17.5%。研究组不良反应明显低于对照组，差异有统计学意义($P<0.01$)。

5 讨论

目前认为 Hp 感染是慢性胃炎最主要的病因，主要是基于以下 4 点原因：①绝大多数慢性活动性胃炎患者胃黏膜中可检出 Hp；②Hp 在胃内的分布与胃内炎症分布一致；③根除 Hp 可使胃黏膜炎症消退；④从志愿者和动物模型中可复制 Hp 感染引起的慢性胃炎。因为 Hp 具有鞭毛，这使得其进入胃内以后能够穿过黏液层移向胃黏膜，其所分泌的黏附素能使

其贴紧上皮细胞，同时其释放出的尿素酶分解尿素产生出的 NH_3 在 Hp 周围形成了隔离胃酸的中性环境，这些特点有利于其在胃黏膜表面定植。定植后通过上述产氨作用、分泌空泡毒素 A(Vac A)等物质从而引起细胞损害；其细胞毒素相关基因(cag A)蛋白能引起强烈的炎症反应；其菌体胞壁还可作为抗原诱导免疫反应，这些因素的长期存在最终导致胃黏膜的慢性炎症^[4-5]。

导师喻方亭教授主张衷中参西地借鉴现代医学的诊断理论及技术，尤其擅长中西医结合诊疗各种类型的消化系统疾病。在治疗 Hp 相关性慢性胃炎的临床实践中，喻教授立足于东汉著名医家张仲景所著《金匱要略》之理论，同时参考现代中药研究成果，提出 Hp 相关性慢性胃炎为“正虚邪实、肝郁脾虚、湿热瘀毒”所致，治疗应当“扶正健脾、疏肝理气、化湿热、清瘀邪”，并在原“三九胃泰”的研究基础上，制定了针对 Hp 相关性慢性胃炎的主方——清幽胃泰汤，方中黄芪具有益气健脾的功效；白芍养血柔肝，缓急止痛；茯苓健脾化湿；连翘和蒲公英均能解毒消痈；延胡索行气活血止痛；二陈燥湿化结，理气和中；黄连清热燥湿，泻火解毒。全方共奏益气健脾、除湿化结、行气止痛之功效。临床应用时，喻教授强调要充分发挥中医学辨证论治的优势特点，根据不同症状，随之加减用药，因此在治疗此类疾病时均取得了较好的疗效。

[参考文献]

- [1] 陆再英. 内科学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 382.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674- 683.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 10(5): 314- 317.
- [4] 李凡, 刘晶星. 医学微生物学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 138.
- [5] Malfertheiner P, Mergraft F, O'Morain CA, et al. Management of helicobacter pylori infection- the maas-tricht florence consensus report[J]. Gut, 2012, 61(5): 646 - 664.

(责任编辑: 马力)