

藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染的临床研究

蔡巍巍, 王 婷, 魏睦新[△]

(南京医科大学第一附属医院中医科/南京医科大学中西医结合研究所, 江苏 南京 210029)

摘要: 目的 观察藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌(Hp)感染的疗效。方法 收集 166 例慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者,分为对照组和观察组,各 83 例。对照组采用雷贝拉唑钠肠溶片、阿莫西林胶囊、呋喃唑酮片、胶体果胶铋剂四联疗法,观察组在对照组的基础上给予藿朴夏苓汤治疗。观察 2 组治疗前后中医证候积分、Hp 根除率、血清胃泌素-17(G-17)、胃蛋白酶原 I 和 II (PG I & PG II)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平,比较 2 组治疗效果。结果 治疗后观察组中医证候积分、Hp 根除率、临床治疗效果高于对照组($P < 0.05$);患者 G-17、PG I、PG II 等水平均有提高($P < 0.05$),观察组升高幅度高于对照组($P < 0.05$);患者的 TNF- α 、IL-6 水平均下降,且观察组低于对照组低($P < 0.05$)。结论 藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者的临床疗效确切,能提高 Hp 根除率,促进胃黏膜修复,降低炎症反应水平。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 四联疗法; 藿朴夏苓汤

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)02-0038-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.02.010

慢性萎缩性胃炎是常见的消化道疾病,主要是胃黏膜上皮细胞受损,或者出现的纤维替代、肠化生和假幽门腺化生为特征的胃部炎症反应,是早期胃癌发病的常见致病因素,流行病学显示此类胃炎患者的癌变率高达 10%,该疾病对患者的生命健康、生活质量和癌症潜在发病率产生严重影响^[1]。幽门螺杆菌(Hp)感染是胃常见的感染疾病,是患者出现慢性萎缩性胃炎的主要致病因素,两种疾病通常伴随发生,此疾病的治疗应以根除 Hp 为主,是目前慢性萎缩性胃炎的主要治疗原则^[2]。Hp 感染主要以质子泵抑制剂(PPI)联合 2 种或以上种类的抗生素及胃黏膜保护剂进行治疗,即四联疗法,是治疗胃部感染性炎症的主要治疗方案。但近些年随着抗生素滥用,常规的四联疗法在 Hp 根除率的治疗效果逐渐减弱的趋势,其 Hp 的阴转率不足 80%,因此常规的四联疗法对于 Hp 的治疗无法发挥更好疗效,有必要采取辅助治疗措施来提高治疗效果^[3-5]。中医药在治疗 Hp 感染及慢性萎缩性胃炎辅助治疗有较

好疗效。笔者采用藿朴夏苓汤联合 PPI 四联疗法对 Hp 感染伴慢性萎缩性胃炎患者干预治疗,疗效确切,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2016 年 1 月-2017 年 6 月期间的 166 例慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者。按患者住院先后顺序分为观察组、对照组,各 83 例。对照组男 46 例,女 37 例;年龄 36~73 岁,平均年龄(58.42±8.65)岁;病程 2.3~13.7 年,平均(7.64±3.14)年;胃粘膜胃镜观察分度:轻度 18 例,中度 54 例,重度 11 例。观察组 83 例,其中男 43 例,女 40 例;年龄 34~73 岁,平均年龄(59.14±8.99)岁;病程 2.9~14.1 年,平均(7.91±3.47)年;胃粘膜胃镜观察分度:轻度 16 例,中度 53 例,重度 14 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:①经诊断确诊为慢性萎缩性胃炎,并经 Hp 检查为阳性^[6];②符合慢性萎缩性胃炎湿浊中阻证的辨证分型标准^[7];胃脘痞满或隐痛,

收稿日期: 2018-03-18

第一作者简介: 蔡巍巍(1991-),男,住院医师,研究方向:消化系统疾病中西医结合治疗。

[△]通信作者: 魏睦新, E-mail: weimuxin_in_1959@163.com

恶心呕吐清水或酸水,不思饮食,食后胀甚,舌质淡红,苔白腻,身倦乏力,脉濡;③¹⁴C 尿素呼气试验提示 Hp 阳性;④患者知情同意。排除标准:①妊娠或哺乳期妇女;②合并消化性溃疡、消化系统恶性肿瘤者;③入组前 4 周内曾用过研究药物者;④合并严重心、肝、肾、凝血系统及脑血管病变者;⑤对所用研究药物过敏者;⑥依从性差,治疗过程中服用研究外药物,可能影响疗效判定者;⑦精神障碍患者,不能配合治疗过程完成的患者;⑧纳入其他临床研究者。

1.3 治疗方法 对照组给予戒烟酒、饮食调护、改善生活习惯,在此基础上四联给药:泮托拉唑钠肠溶胶囊(杭州中美华东制药,国药准字 H20010032,规格:40 mg/粒)口服,1 粒/次,2 次/d,阿莫西林胶囊(澳美制药厂,批号 20150514,规格:0.25 g/粒)口服,2 粒/次,2 次/d,呋喃唑酮片(山西云鹏制药,批号 160203,规格:0.1 g/片)口服,1 片/次,2 次/d,胶体果胶铋胶囊(唐山隆康药业有限公司,国药准字 H20084483,规格 50 mg/粒)口服,3 粒/次,3 次/d,共治疗 2 周。观察组在对照组的基础上以藿朴夏苓汤治疗,组成:藿香 9 g,厚朴 9 g,半夏 10 g,茯苓 10 g,杏仁 9 g,生苡仁 15 g,蔻仁 3 g(后下),猪苓 15 g,泽泻 9 g,水煎去汁 200 mL,早晚分服,共治疗 2 周。

1.4 疗效判断 ①评估患者中医证候积分,共 7 个维度,分为无、轻、中、重 4 个等级,为 0~4 分。②患者 Hp 根除率的比较,停药后 4 周采用¹⁴C 尿素呼气试验检测患者的 Hp 阳性率,计算根除率=阴性例数/总例

数×100%。③采集空腹静脉血,以 ELISA 法检测患者的 G-17、PG I、PG II、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)水平。④观察 2 组临床治疗效果,临床疗效标准^[8]:痊愈:症状均消失,胃镜检查无异常;显效,症状明显好转,腺体萎缩、肠上皮化生、异型增生明显好转;有效:症状有所减轻;无效:经治疗后无改善。

1.5 统计学处理 以 SAS 18.0 处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料表示为[n(%)],采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组中医证候积分比较 治疗后患者的中医证候积分降低($P < 0.05$),观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 中医证候积分相比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	83	15.27±2.86	8.45±3.26*
观察组	83	15.63±2.63	4.32±3.14**

注:与治疗前比,* $P < 0.05$;与对照组比,** $P < 0.05$

2.2 2 组 Hp 根除率比较 对照组 Hp 根除率为 80.72%;观察组 Hp 根除率 93.98%,2 组 Hp 根除率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 6.596, P = 0.010$)。

2.3 2 组实验室指标比较 治疗后 G-17、PG I、PG II 均升高($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$);TNF-α 和 IL-6 水平与治疗前相比较均降低($P < 0.05$),观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组实验室指标比较($\bar{x} \pm s, n = 83$)

组别		G-17/(ng·L ⁻¹)	PG I/(ng·L ⁻¹)	PG II/(ng·L ⁻¹)	TNF-α/(μg·mL ⁻¹)	IL-6/(ng·mL ⁻¹)
对照组	治疗前	285.24±32.65	75.32±8.62	15.26±2.54	2.85±0.42	52.16±12.47
	治疗后	345.71±37.59*	103.74±11.46*	19.32±2.67*	1.85±0.33*	31.45±10.14*
观察组	治疗前	27832±34.05	72.14±10.18	14.96±2.12	2.91±0.48	53.06±13.90
	治疗后	393.61±39.21**	129.54±13.67**	25.45±3.11**	1.14±0.29**	23.74±9.25**

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,** $P < 0.05$

2.4 2 组疗效对比 观察组疗效高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染的致病原因尚未有统一的认识,目前发现主要与患者的 Hp 感染、基因缺陷、遗传突变、环境因素及胆汁反流等因素有关,其

表 3 2 组疗效对比

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	83	15 (18.07)	32 (38.55)	22 (26.51)	14 (16.87)	69 (83.13)
观察组	83	19 (22.89)	36 (43.37)	26 (31.33)	2 (2.41)	81 (97.59)#

注:与对照组比,** $P < 0.05$

中 Hp 感染是最主要的致病因素^[9]。对于此类疾病的治疗应以根除 Hp 为主要治疗原则^[10-11]。目前对于 Hp 感染的治疗主要以质子泵抑制剂(PPI)联合 2 种或以上种类的抗生素及胃黏膜保护剂进行治疗,即临床常用的四联疗法,是治疗胃部感染性炎症疾病的主要治疗方案。随着抗生素的滥用,其 Hp 根治率逐渐降低,治疗效果进一步的下降。中医药在根除 Hp 中的辅助治疗具有独特疗效。

中医学认为慢性萎缩性胃炎属于“痞满”“胃痛”等范畴,由于饮食不节、情志失调、脾胃虚弱等原因,导致水湿痰浊内蕴,脾胃受损,湿浊中阻^[12]。藿朴夏苓汤为芳香化湿的代表方剂,原用于治疗湿温初起夹表证,临床经过适当化裁,广泛用于治疗各种湿邪阻滞所致疾病。方中藿香芳香化浊,厚朴燥湿行气消积,半夏燥湿化痰,茯苓健脾利水渗湿,杏仁宣肺通气,生苡仁健脾和胃,薏仁清热燥湿,猪苓、泽泻利水渗湿。诸药共奏苦温燥湿、渗湿利水之功效。在本研究中,观察组疗效、Hp 根除率高于对照组,中医证候积分低于对照组,表明藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎 Hp 阳性可降低中医证候积分,提高 Hp 根除率,改善治疗效果。

G-17 是由胃窦和十二指肠 G 细胞分泌的胃肠激素,是 G 细胞特殊生物学标志,慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜萎缩,固有腺体减少或消失,G-17 减少^[13]。PG 是胃黏膜分泌的活性物质,萎缩性胃炎胃体腺部功能及黏膜萎缩,血清 PG I、PG II 水平较正常人降低^[14]。TNF- α 和 IL-6 为炎性介质,该类疾病也是重要的炎症性反应,炎性因子表达升高。本研究中,观察组 G-17、PG I、PG II 高于对照组,TNF- α 、IL-2 低于对照组,表明藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联治疗慢性萎缩性胃炎 Hp 感染可减轻炎症反应,促进胃黏膜修复和腺体功能恢复。

综上所述,藿朴夏苓汤辅助 PPI 四联治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 阳性疗效确切,可提高 Hp 根治率,有效修复胃黏膜,降低炎症反应水平。

参考文献:

- [1] 杨晋翔,安静,彭继升,等. 半夏泻心汤加减方治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的系统评价[J]. 北京中医药大学学报, 2015,38(1):46-52.
- [2] 尹广恒. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 45 例疗效观察[J]. 国医论坛,2013,28(5):36-37.
- [3] 王方石,王晓男,闫秋,等. 健脾清热化湿法联合西药三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性脾虚湿热型慢性胃炎的效果[J]. 中国医药导报,2014,11(20):69-71.
- [4] 张艳,卢光新. 养胃舒联合叶酸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 安徽医药,2013,17(4):666-667.
- [5] 郭红梅,曾韦苹,伊凡,等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验的系统评价[J]. 新疆医科大学学报,2015(2):143-147.
- [6] 徐升,刘敏琪. 加减半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变临床观察 [J]. 中医药临床杂志,2010,22(6):495-496.
- [7] 刘珊. 慢性萎缩性胃炎辩证治疗的疗效评价和基于数据挖掘的导师经验总结[D]. 北京:中国中医科学院,2011.
- [8] 孟思贤. 徐氏调中理气汤治疗慢性萎缩性胃炎中虚气滞证的疗效观察及对生活质量的影响[D]. 南京:南京中医药大学,2013.
- [9] 潘洋,马伟,于洋. 蒲元和胃胶囊联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染慢性萎缩性胃炎的临床效果观察 [J]. 临床合理用药,2017,10(11):33-34.
- [10] 王珏磊,刘星宇,聂燕,等. 对铋剂在临床应用利弊的思考[J]. 中华内科杂志,2012,31(12):932-934.
- [11] 谷清溪,张本田. 脾胃新论[M]. 北京:中医古籍出版社, 2004:62-69.
- [12] 曾志荣,胡品津. 血清胃蛋白酶原、血清胃泌素-17 与抗幽门螺杆菌 IgG 抗体在萎缩性胃炎及胃癌筛查中的应用价值[J]. 现代消化及介入诊疗,2007,12(1):46-48.
- [13] 李晓琴,单文杰,董文福,等. 胃蛋白酶原和胃泌素对萎缩性胃炎、胃癌的筛查价值及与幽门螺杆菌感染的关系[J]. 宁夏医科大学学报,2017,39(9):1062-1065.
- [14] 姜首起,陈静爱,孙彩云,等. 一贯煎加减治疗慢性萎缩性胃炎 50 例[J]. 吉林中医药,1998,18(6):35.