

黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察^{*}

杨小春¹, 王媛媛^{2△}, 盖银铃¹, 刘永江¹

(1. 河北港口集团有限公司港口医院, 河北 秦皇岛 066000; 2. 河北省秦皇岛军工医院, 河北 秦皇岛 066000)

摘要: **目的** 观察黄芪通络汤治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎临床疗效。**方法** 选择 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者 78 例, 均符合脾胃虚寒型辨证标准, 随机分为观察组 40 例和对照组 38 例, 对照组采用常规西药治疗, 观察组在对照组基础上给予黄芪通络汤口服。比较 2 组临床疗效, 治疗前后中医证候积分变化、血清胃蛋白酶原 I(PGI)、胃蛋白酶原 II(PGII)、胃泌素 17 水平变化。**结果** 观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。治疗后 2 组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$), 观察组中医证候积分明显低于对照组($P<0.05$), 2 组血清胃泌素 17、PGI 较治疗前升高($P<0.05$), 血清 PGII 低于治疗前($P<0.05$), 且观察组优于对照组($P<0.05$)。**结论** 黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者疗效肯定, 能明显缓解患者临床症状, 其作用机制可能与改善患者血清胃蛋白酶原、胃泌素水平有关。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 黄芪通络汤; 脾胃虚寒; Hp 阳性; 胃蛋白酶原; 胃泌素

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2019)02-0028-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2019.02.006

慢性萎缩性胃炎是临床常见的一种慢性疾病, 以胃黏膜上皮以及腺体萎缩、黏膜肌层增厚等为特征, 是消化系统难治性疾病之一^[1]。目前普遍认为, 慢性萎缩性胃炎发病机制主要为幽门螺杆菌(Hp)感染、环境因素等均可导致机体胃黏膜表面损害, 胃分泌腺体萎缩以及胃酸分泌减少, 从而导致胃消化功能减弱等^[2]。临床病理检查可见患者胃黏膜以及固有腺体萎缩, 且黏膜层浆细胞以及淋巴细胞浸润。该病发展缓慢, 且容易癌变, 治疗较为棘手, 世界卫生组织将其列为胃癌前状态, 尤其同时伴有肠上皮化生或不典型增生患者, 发生癌变的可能性更大^[3]。中医药治疗慢性萎缩性胃炎取得良好疗效, 具有独特的优势^[4-5]。笔者观察黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床疗效。报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2016 年 8 月-2018 年 9 月收治的 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者 78 例, 按患者住院先后顺序编号, 然后采用随机抽取的方式分为观察组

40 例、对照组 38 例, 观察组: 男 24 例、女 16 例, 年龄 28~65 岁, 平均年龄(48.39 ± 9.23)岁, 病程 2~17 年, 平均病程(9.16 ± 2.74)年; 对照组: 男 25 例、女 13 例, 年龄 30~68 岁, 平均年龄(49.27 ± 10.42)岁, 病程 3~15 年, 平均病程(8.92 ± 2.54)岁。2 组一般资料比较无明显差异($P>0.05$), 具有可比性。患者对研究内容知悉并签署书面协议, 研究方案符合《赫尔辛基医学宣言》中伦理学要求。

1.2 患者入院标准 纳入标准: ①符合《中国慢性胃炎共识意见》^[6]中相关诊断标准, 且经尿素酶检验(碳 14 呼气试验)提示 Hp 阳性; ②经中医辨证诊断符合《中药新药临床研究指导原则》^[7]中关于脾胃虚寒型的辨证标准, 中医证候胃脘胀满, 腹部隐痛喜温喜按, 畏寒, 纳呆便溏, 乏力肢软, 呕清水, 舌质淡, 脉细; ③年龄 ≥ 18 岁; ④自愿签署知情同意书。

排除标准: ①合并消化道溃疡; ②病理组织学检查提示有高度恶变; ③对本研究药物过敏; ④合并机体重要脏器功能不全或恶性肿瘤; ⑤合并神经疾病或

收稿日期: 2019-03-21

^{*} 基金项目: 秦皇岛市科学技术研究与发展计划(201502A154)

第一作者简介: 杨小春(1981-), 女, 主治医师, 主要从事消化科疾病的诊断及消化内镜的诊疗工作。

△通信作者: 王媛媛, E-mail: wyy59455945@163.com

免疫系统疾病。

1.3 方法 对照组给予常规西药治疗,包括多潘立酮分散片(江西汇仁药业有限公司,H20031268,规格:10 mg),1片/次,3次/d,于饭前30 min服用;硫糖铝咀嚼片(上海信谊天平药业有限公司,H31020870,规格:25 mg),4片/次,4次/d,餐前2h以及睡前服用。

观察组在对照组基础上给予黄芪通络汤。组方:黄芪30 g,炒白术15 g,茯苓15 g,丹参15 g,炒枳壳15 g,干姜12 g,熟附子12 g,饴糖12 g,大枣6 g,砂仁6 g,黄连5 g,炙甘草12 g。水煎服至300 mL,分早、中、晚服用,每日1剂。2组患者均连续治疗3个月。

1.4 观察指标 ①中医证候积分:对患者症状包括胃胀、胃痛、便溏、纳食、嗝气反酸、乏力、喜温喜按、手足不温等进行评分比较,采用4级评分法,计为0~3分,其中无症状为0分,轻度1分,中度2分,重度3分。②治疗后复查患者的Hp根治情况,借此判断患者的临床疗效,显效:症状或体征完全缓解,证候积分减少≥70%,胃黏膜恢复正常,HP阴性;有效:症状或体征基本缓解,证候积分减少50%~69%,胃黏膜大部分恢复正常,HP阴性或阳性;无效:患者各项症状无明显改善。总有效率=显效率+有效率。③分别于治疗前后抽取2组患者清晨空腹静脉血,分离血清,采用酶联免疫吸附法检测血清胃蛋白酶原I(PG I)、胃蛋白酶原II(PG II)、胃泌素17水平变化。④观察2组治疗期间药物相关不良反应情况。

1.5 数据分析方法 以SPSS 22.0进行统计学处理,计量资料采用*t*检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 时有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$),见表1。

表1 2组临床疗效比较					<i>n</i> (%)
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	40	23(57.50)	15(37.50)	2(5.00)	95.00*
对照组	38	17(44.74)	12(31.58)	9(23.68)	76.32

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组中医证候积分 治疗后2组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$),观察组中医证候积分明显低于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 2组中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	40	18.37±3.27	5.94±1.25**
对照组	38	18.19±3.53	8.36±2.31*

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

2.3 血清胃蛋白酶原、胃泌素17比较 治疗后胃泌素17、PG I均有升高($P<0.05$),血清PG II明显降低($P<0.05$),观察组均优于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 2组治疗前后血清胃蛋白酶原、胃泌素17水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	PG I (ng/mL)	PG II (ng/mL)	胃泌素17 (pmol/L)
观察组	40	治疗前	83.74±10.39	18.21±1.57	3.56±1.27
		治疗后	129.57±20.38**	12.96±1.87**	7.38±1.46**
对照组	38	治疗前	85.73±11.27	18.95±1.64	3.38±1.34
		治疗后	117.85±17.94*	15.22±1.91*	5.97±1.50*

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

2.4 不良反应 2组患者在治疗过程中未出现明显的不良反应,治疗安全性良好。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种类型,患者临床症状表现为胃部胀痛、消化不良、烧心、嗝气等,若治疗不及时有可能进一步发展为胃癌^[8-9]。关于慢性萎缩性胃炎的发病机制现有的报道显示与患者饮食、不良生活方式、机体自身因素以及机体免疫因素等有关,目前一般认为与Hp感染密切相关^[10-11]。

通过临床观察发现,Hp感染慢性萎缩性胃炎患者,大部分Hp阳性患者多属于脾胃虚寒型,可能与脾胃为仓廪之官,受纳和主运化水谷的作用有关。脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎患者,机体阳气亏虚,脾胃运化失职,导致气机升降失调,气机不畅,继而引起临床相关症状^[12]。本研究采用我院自拟黄芪通络汤辅助治疗,方中黄芪、白术、干姜、炙甘草益气健脾、温中散寒;丹参疏通经络,活血化瘀;大枣健脾、养血安神、可有效提高机体免疫力;饴糖补脾益气、缓急止痛;枳壳理气宽中,行滞消胀;附子补火助阳;砂仁和胃化湿、

健脾温中;配以少量苦寒的黄连,避免全方太过温燥^[13-14]。以上诸药合用,具有健脾益气、温中止痛、活血通络、和胃化湿之功效。

本研究结果显示,观察组疗效明显高于对照组,且中医证候积分改善程度更佳。与黄婷婷等研究报道结果相似^[15],提示中西医结合治疗可有效提高脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎疗效。血清胃蛋白酶原根据免疫活性的不同,可将其分为 PGI 和 PGII,其中 PGI 主要由胃底腺主细胞、黏液细胞分泌,是胃泌酸腺细胞功能特征;PGII 由胃贲门的贲门腺、胃窦部幽门腺产生^[16]。当慢性萎缩性胃炎疾病进展时,主细胞被假幽门腺取代,导致 PGII 合成的增加,PGI 合成降低^[17]。胃泌素-17 是胃窦部 G 细胞分泌的一种激素,主要作用为调节胃酸的分泌和胃黏膜生长^[18]。当机体胃窦出现萎缩时,可导致胃泌素 17 水平的降低,因此认为胃泌素 17 水平是慢性萎缩性胃炎临床常用敏感性指标^[19]。治疗后 2 组血清胃泌素 17、PGI 较治疗前升高($P<0.05$),血清 PGII 较治疗前明显降低($P<0.05$),观察组各项指标均优于对照组($P<0.05$)。由此可见,黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎,能明显缓解患者临床症状,其作用机制可能与改善患者血清胃蛋白酶原和胃泌素水平有关。

参考文献:

- [1] 魏玮,杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志,2016,57(1):36-40.
- [2] 房军. 半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 临床医学研究与实践,2017,2(29):107-108.
- [3] 张森,杨沈秋,孙兴华,等. 参芪健胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2016,32(16):1460-1463.
- [4] 王仲略,周刚,沈慧琳. 慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J]. 中华医院感染学杂志,2015,25(8):1817-1819.
- [5] 苏迎侠. 消痞愈萎汤联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜肠上皮化生或异型增生的效果分析[J]. 中国医药指南,2017,15(36):204-205.
- [6] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:42-45.
- [8] 詹典桦. 黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2016.
- [9] 魏玥,杨晋翔,王再见,等. 益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 EGFR/MAPK 信号通路的影响[J]. 北京中医药大学学报,2015,38(2):95-99.
- [10] 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,2015,38(2):143-147.
- [11] 王胜球,陈柏荣,梁子彬,等. 益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎的疗效与安全性分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2015,23(2):88-90.
- [12] 安贺军,张波,郭雁冰,等. 172 例慢性萎缩性胃炎中医证候学研究分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(2):156-158.
- [13] 朱春平,赵建业,李兆申. 血清胃泌素 G-17 在慢性萎缩性胃炎诊断中的研究进展[J]. 国际消化病杂志,2015,35(1):31-34.
- [14] 惠文佳,周春艳,刘卫东,等. 血清胃蛋白酶原检测与胃镜检查对慢性萎缩性胃炎临床诊断价值的比较[J]. 检验医学,2017,32(3):169-172.
- [15] 黄婷婷,周晓虹. 二参三草汤治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察及其对 PTEN、ERK、AKT 表达影响的研究[J]. 中医药信息,2016,33(1):49-52.
- [16] 艾春花,黄铭涵. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J]. 云南中医学院学报,2016,39(5):57-61.
- [17] 安贺军,郭雁冰,朱宏,等. 温阳活血方配合针灸治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中医学报,2015,30(10):1506-1508.
- [18] 毛峻岭,张燕华,孙杰,等. 血清胃蛋白酶原与胃泌素检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值[J]. 临床消化病杂志,2011,23(1):3-5.
- [19] 王秀萍,张来春. 半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 60 例[J]. 河南中医,2016,36(10):1697-1699.