doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.12.002

健脾清化散瘀饮治疗隆起糜烂性胃炎的疗效观察

林燕玉¹, 柯晓², 方文怡², 潘婷颖³, 高尤亮⁴, 胡光宏², 黄美娜⁵

¹福建中医药大学附属人民医院 消化科,福建 福州 350004;

²福建中医药大学附属第二人民医院 脾胃病重点专科 福建省脾胃病重点研究室,福建 福州 350003;

³福州市第二福利院,福建 福州 350008;

⁴福建中医药大学附属第二人民医院 病理科,福建 福州 350003;

⁵福建晋江市中医院 消化科,福建 晋江 362200)

摘要:[目的]观察健脾清化散瘀饮口服治疗隆起糜烂性胃炎(raised erosive gastritis,REG)的疗效。[方法]选择 REG 患者 80 例,随机分为中药组和西药组,各 40 例。中药组予内服健脾清化散瘀饮,西药组予兰索拉唑及复方谷氨酰胺颗粒进行治疗,疗程均为 3 个月;2 组患者幽门螺杆菌(Hp)阳性者,均予兰索拉唑、胶体果胶铋、克拉霉素及呋喃唑酮四联抗 Hp 治疗。比较 2 组患者治疗前后临床症状、内镜疗效、病理变化、Hp 根除率及不良反应。[结果]①临床症状:2 组均能改善患者主要临床症状,其中对腹痛、腹胀的疗效,2 组差异无统计学意义($P>0.05$),而对反酸的疗效,西药组优于中药组($P<0.05$)。②内镜疗效:中药组治愈率 67.5%,总有效率 82.5%;西药组治愈率 45.0%,总有效率 75.0%。2 组治愈率相比,中药组优于西药组($P<0.05$),总有效率相比,2 组差异无统计学意义($P>0.05$)。③病理变化:中药组治愈率优于西药组($P<0.05$),总有效率差异无统计学意义($P>0.05$)。④2 组患者治疗前 Hp 感染率与治疗后 Hp 根除率相比,差异均无统计学意义($P>0.05$)。⑤不良反应:有 4 例患者抗 Hp 治疗期间出现不良反应。服用中药期间均未出现不良反应。[结论]口服健脾清化散瘀饮治疗 REG,内镜下以及病理检查治愈率均优于西药,且未见不良反应。疗效确切、安全、可靠。

关键词:胃炎,隆起糜烂性; 健脾清化散瘀饮; 疗效

中图分类号:R 573.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1671-038X(2013)12-0621-04

Efficacy of Jianpi Qinghua Sanyu Decoction in raised erosive gastritis

LIN Yan-yu¹, KE Xiao², FANG Wen-yi², PAN Ting-ying³, GAO You-liang⁴,
HU Guang-hong², HUANG Mei-na⁵

¹Department of Gastroenterology, People's Hospital Affiliated to
Fujian University of TCM, Fuzhou 350004, China;

²Key Specialty of Spleen and Stomach Disease, Key Laboratory of Spleen and
Stomach Disease of Fujian Province, the Second People's Hospital Affiliated to
Fujian University of TCM, Fuzhou 350003, China;

³Second Social Welfare Institute of Fuzhou City, Fuzhou 350008, China;

⁴Department of Pathology, The Second People's Hospital Affiliated
to Fujian University of TCM, Fuzhou 350003, China;

⁵Department of Gastroenterology, Jinjiang Hospital of TCM, Jinjiang 362200, China)
Corresponding author: KE xiao, E-mail: drkxkx@163. com

Abstract:[Objective]To observe the effect of Jianpi Qinghua Sanyu Decoction on raised erosive gastri-

收稿日期:2013-07-05

基金项目:2009 年福建省教育厅课题(No:JB09173)

作者简介:林燕玉,女,医学硕士,住院医师,从事中西医结合消化临床研究

通讯作者:柯晓,E-mail:drkxkx@163. com

tis (REG). [Methods] Eighty patients who were diagnosed as REG were randomly divided into traditional Chinese medicine group and western medicine group, and treated with Jianpi Qinghua Sanyu Decoction and Lansoprazole and Compound Glutamine Granules respectively for 3 months. Hp-positive patients in both groups were treated by Lansoprazole, Colloidal Bismuth Pectin, Clarithromycin and Furazolidone. Changes in symptoms, endoscopic morphology, pathological changes as well as Hp eradication rate and adverse reactions before and after treatment were observed in both groups. [Results] 1. Main symptoms were relieved in both groups after treatment. There was no significant difference in abdominal pain and abdominal distension between traditional Chinese medicine group and western medicine group ($P > 0.05$). But the amelioration of acid reflux in western medicine group was better than traditional Chinese medicine group ($P < 0.05$). 2. In the aspect of gastric morphology, the cure rate was 67.5% and the total effective rate was 82.5% in traditional Chinese medicine group. In western medicine group, the cure rate was 45% and the total efficiency rate was 75%. The cure rate of traditional Chinese medicine group outstripped the western medicine group ($P < 0.05$), but there was no significant difference in the total efficacy between the two groups ($P > 0.05$). 3. As for pathological changes, the cure rate in traditional Chinese medicine group outstripped the western medicine group ($P < 0.05$). The total efficacy in both groups had no significant difference ($P > 0.05$). 4. There were no significant differences in Hp eradication rate after treatment and Hp infection rate before treatment between the two groups ($P > 0.05$). 5. Four patients of 45 patients with anti-Hp treatment had adverse reactions. No patients during Chinese medicine treatment showed adverse reaction. [Conclusion] The curative effect of Jianpi Qinghua Sanyu Decoction on curing raised erosive gastritis is better than the western medicine in endoscopic and pathologic cure rate, which has no adverse reaction, showing exact effect, safety, and trustiness.

Key words: raised erosive gastritis; Jianpi Qinghua Sanyu Decoction; curative effect

隆起糜烂性胃炎 (raised erosive gastritis, REG) 又称为疣状胃炎、痘疹样胃炎等, 目前发病率相对较高, 可能具有高度癌变倾向^[1], 但对 REG 的病因及发病机制的认识尚不清楚, 因此缺乏统一的治疗方案及疗效判定标准。现代医学的药物治疗主要为抗幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp)、制酸、保护胃黏膜治疗, 但部分 REG 病灶常持续存在, 不易消退, 对于病情较重的成熟型 REG, 多用激光、高频电凝、APC 术、射频消融、热极、微波等^[2] 内镜下介入治疗, 但缺乏对照与随访, 疗效不十分肯定。近年来中医药治疗通过中医辨证论治取得了较好的临床疗效, 笔者以健脾益气、清热化湿、化瘀散结立法, 采用健脾清化散瘀饮口服治疗 REG 患者, 并与单纯口服兰索拉唑加复方谷氨酰胺颗粒的西药组比较, 以评定健脾清化散瘀饮治疗 REG 的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取福建中医药大学附属第二人民医院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月消化内科门诊确诊为 REG 患者 80 例, 胃镜诊断标准参照 2000 年井冈山会议《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[3] 及 2006 年上海

共识会议《中国慢性胃炎共识意见》^[4] 制定为: 胃窦和(或)胃体黏膜见圆形隆起、中央脐样凹陷、充血, 伴有或不伴有糜烂。病理诊断标准参照 2006 年上海共识会议《中国慢性胃炎共识意见》^[4]。Hp 感染诊断标准参照 2007 年庐山《第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告》^[5]: 胃黏膜组织快速尿素酶试验阳性, 可诊断 Hp 现症感染。中医证候诊断标准参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]。纳入标准: ①年龄 > 18 岁且 < 70 岁的患者; ②符合西医 REG 诊断标准者; ③符合中医脾虚湿热夹瘀证辨证标准者; ④签署进入研究知情同意书者。排除标准: ① < 18 岁或 > 70 岁患者, 妊娠或哺乳期妇女; ②合并心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者; ③伴有胃溃疡或十二指肠溃疡者。剔除标准: ①未按规定用药, 无法判断疗效; ②资料不全等影响疗效和安全性判定者; ③发生严重的不良事件、并发症或特殊生理变化, 不宜接受继续治疗(发生不良反应者应记入不良反应统计)。80 例纳入者按照随机数字表随机分为中药组和西药组, 各 40 例。2 组性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 一般治疗 消除焦虑、紧张等精神因素, 戒

烟酒,纠正不良生活和饮食习惯。

1.2.2 中医治疗 中药组予以健脾清化散瘀饮(经验方)加减,基本方:党参 15 g、茵陈 9 g、醋鳖甲 18 g(先煎)、茯苓 15 g、白术 9 g、炙甘草 3 g、陈皮 9 g、姜半夏 9 g、厚朴 9 g、黄连 3 g、砂仁 6 g(后入)、扁豆 15 g、莪术 9 g、丹参 15 g。每剂水煎,分早晚服用,疗程 3 个月。随证加减:兼肝郁者加柴胡 6 g、香附 6 g;兼虚寒者加干姜 3 g、桂枝 3 g;兼气滞者加木香 6 g、枳壳 9 g;兼食滞者加麦芽 15 g、谷芽 15 g、神曲 12 g;兼阴虚者加沙参 12 g、麦冬 10 g;兼胃气上逆者加竹茹 9 g、旋覆花 6 g(布包);兼中气下陷者加升麻 9 g、柴胡 6 g。兼症加药:反酸、吞酸、烧心、嘈杂者加海螵蛸 30 g、煅瓦楞 15 g;失眠、多梦者加琥珀 3 g、茯神 30 g、龙牡各 30 g(先煎);便秘者加大黄 3 g(后入)、火麻仁 15 g;泄泻、便溏者加仙鹤草 15 g、地榆炭 15 g、煨诃子 6 g。

1.2.3 西医治疗 西药组予以口服兰索拉唑片 15 mg,2 次/d,复方谷氨酰胺颗粒 0.67g,3 次/d,疗程 3 个月。

2 组中 Hp 阳性者均予兰索拉唑 15 mg,胶体果胶铋 0.2 g,克拉霉素 0.5 g,呋喃唑酮 0.1 g,均 2 次/d,疗程 7 d。

1.3 观察指标

1.3.1 主要临床症状(腹胀、腹痛、反酸等)的变化 每个月观察 1 次并记录,予症候量化表评分(见表 1)。

1.3.2 胃镜检查 观察治疗前后黏膜隆起糜烂的变化。

1.3.3 黏膜组织学检查 治疗前于隆起糜烂处钳

取胃黏膜组织 3 块;治疗后若隆起未消失者,尽量于原部位隆起糜烂处钳取胃黏膜组织 3 块;若隆起消失者,于胃窦距幽门 2~3 cm 的大弯钳取胃黏膜组织 2 块,以上活检均要求深达黏膜肌层。观察治疗前后黏膜炎症、萎缩、肠化生及异型增生程度的变化。

1.3.4 安全性观察 一般体格检查项目:血、尿、粪常规;肝功能(AST、ALT)、肾功能[尿素氮(BUN)、血肌酐(Cr)]及心电图,均予治疗前后各检测 1 次。

1.4 疗效评定标准

1.4.1 中医症候及病理疗效判定标准 参照 2003 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎中西医结合诊治方案》^[7]制定。

1.4.2 内镜疗效判定标准 分别对内镜下隆起糜烂的情况加以统计,计算改善等级。治愈:内镜下隆起糜烂较治疗前消失;显效:内镜下隆起糜烂较治疗前减少 $\geq 2/3$;有效:内镜下隆起糜烂较治疗前减少 $\geq 1/3 \sim 2/3$;无效:内镜下隆起糜烂较治疗前减少 $< 1/3$ 或增多。

1.4.3 根除 Hp 疗效判定标准 根除:疗程结束后 12 周,快速尿素酶试验阴性;未根除:疗程结束后 12 周,快速尿素酶试验阳性。

1.5 统计学处理方法

应用 SAS 9.13 统计学软件。资料采用 t 检验和 χ^2 检验。数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示。

2 结果

2.1 2 组患者症状评分比较

结果见表 2。

表 1 症候量化表

$\bar{x} \pm s$

症状	轻(1分)	中(2分)	重(3分)
腹胀	每天偶有胃脘胀满,多在进食后,每日持续 < 1 h	常有胃脘胀满,或餐后经常发生,日持续 1~2 h	持续胃脘胀满,每次 2~3 h
上腹痛	每天偶胃脘疼痛,1 h 内可自行缓解,轻微,可以忍受	经常发生胃脘疼痛,持续 1~2 h,明显,不影响正常生活	疼痛持续,严重,影响正常生活,需服药后缓解
反酸	每天偶反酸, < 5 次/d	常反酸,5~9 次/d	频繁反酸, > 10 次/d

表 2 2 组治疗前后症状评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	上腹痛		腹胀		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药组	40	0.85 $\pm$ 0.80	0.28 $\pm$ 0.45 ²⁾	1.03 $\pm$ 0.97	0.30 $\pm$ 0.56 ²⁾	0.43 $\pm$ 0.68	0.23 $\pm$ 0.42 ²⁾³⁾
西药组	40	1.03 $\pm$ 0.95	0.45 $\pm$ 0.60 ²⁾	0.58 $\pm$ 0.68	0.15 $\pm$ 0.36 ²⁾	0.33 $\pm$ 0.53	0.05 $\pm$ 0.22 ²⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与西药组比较,³⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 2组治疗后胃镜疗效比较

结果见表3。

表3 2组治疗后胃镜疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	40	27(67.5) ³⁾	6(15.0)	0(0)	7(17.5)	33(82.5) ³⁾
西药组	40	18(45.0)	11(27.5)	1(2.5)	10(25.0)	30(75.0)

与西药组比较,³⁾P<0.05。

2.3 2组治疗后病理疗效比较

结果见表4。

表4 2组治疗后病理疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
中药组	40	11 ³⁾	13	11	5	87.5
西药组	40	4	16	9	11	72.5

与西药组比较,³⁾P<0.05。

2.4 2组患者 Hp 感染及根除率比较

中药组治疗前 Hp 阳性(感染率)22例(55.0%),治疗后 Hp 转阴(根除率)9例(40.9%)西药组依次为23例(57.5%)、4例(17.4%),2组比较,治疗前后差异均无统计学意义。

2.5 安全性分析

本研究共完成80例,45例患者抗 Hp 治疗期间,有4例患者出现不良反应,包括恶心(2例)、头晕(1例)、腹泻(1例),均能坚持完成疗程。试验结束后各组患者的血、尿、粪常规、肝肾功能及心电图均未见异常。服用中药期间均未出现不良反应。

2.6 Hp 根除率(转阴率)与胃镜治愈率的关系

治疗后,2组胃镜检查治愈者45例,其中 Hp 转阴13例病例中,胃镜检查治愈9例,未治愈4例;Hp未转阴32例中,胃镜检查治愈16例,未治愈16例,2者经统计学处理,Spearman 相关系数为0.175 41,P=0.2491,两者无相关。

3 讨论

REG 属中医学“胃脘痛”“胃痞”等病证范畴。我们在前期研究中,对333例REG患者进行中医证候学问卷调查发现,REG 中医临床辨证出现实证、虚证、虚实夹杂证3种。实证以脾胃湿热证多见,占总例数的12.91%;虚证以脾胃虚弱证为主,占总例数的18.92%;虚实夹杂证以脾虚湿热证为主,占总例数的24.32%。各证型组中夹瘀证占36.64%。我们认为,脾虚湿热夹瘀证为REG的主要证型及基本的病理变化^[8]。因此REG的治疗应以“健脾

益气、清热化湿、化瘀散结”为主。笔者在临床实践过程中,不断总结并自拟“健脾清化散瘀饮”,以期通过健脾益气、清热化湿、化瘀散结,改善REG患者临床症状、消除局部隆起及糜烂、改善病理情况等。健脾清化散瘀饮以党参健脾益气,茵陈清热化湿,鳖甲化瘀散结为君药;白术、茯苓、扁豆健脾燥湿,砂仁、厚朴行气燥湿,黄连清热化湿,莪术及丹参活血化瘀共为臣药;陈皮、半夏、甘草清热行气化痰为佐药。诸药合用,共奏健脾益气、清热化湿、活血化瘀之效。另外REG病机复杂,证候变化多端,故其治法不可拘于一隅,仍需要随症加减用药。

笔者从临床研究观察表明:症状方面,中药组、西药组对患者腹痛、腹胀、反酸均有不同程度的改善。但除反酸外,组间疗效比较差异无统计学意义(P>0.05),考虑健脾清化散瘀饮以健脾益气、清热化湿、化瘀散结为原则,针对REG的病变特点加以施治,和西药组予制酸、保护胃黏膜治疗之法,均能减轻大多数患者的临床症状,改善他们的生活质量。

而胃镜下治愈率与病理治愈率比较,中药组优于西药组(P<0.05),可见中药重视整体观念,通过辨证论治,扶正祛邪来达到治疗目的,有效地促进隆起糜烂的治愈。

本研究共完成80例,在西药抗 Hp 治疗期间,有4例患者出现不良反应,包括恶心、头晕、腹泻。服用中药期间均未出现不良反应。目前REG发病机制不明,给临床诊治带来了困难;加之应用西药治疗所带来的不良反应,给患者及医生带来了另一种负担,而中药具有不良反应少的特点。

此外,REG的病因及发病机制有多种学说:①Hp感染学说,②高酸分泌学说,③免疫学说,④胆汁返流等。其中Hp感染学说是公认的最重要的发病机制之一,但笔者通过观察Hp根除率与胃镜治愈率的关系,探讨REG的发病与Hp的关系,研究表明:Hp根除率(转阴率)与胃镜治愈率无明显相关性,具体机制有待进一步探索。

综上,笔者采用该方治疗隆起糜烂性胃炎能谨守病机,标本兼顾,以健脾益气、清热化湿、化瘀散结之法立方,与制酸、保护胃黏膜为主治疗的西药组比较,中药及西药组均能有效的改善患者的临床症状,且中药组在胃镜治愈率以及病理治愈率方面较西药组具有更显著的优势,且临床使用安全,不良反应少。

参考文献

[1] 樊代明,陈强. 第十届世界胃肠病大会[J]. 中华消化杂志,1995,15(1):30-35.
 [2] 罗致,黄赞松. 成熟型疣状胃炎内镜下光电治疗[J]. 右江民族学院学报,2008,30(5):862-863.

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.12.003

肝硬化患者血浆可溶性血栓调节蛋白和 D-二聚体的检测及意义

王 平, 陈魏燕, 兰 梅

(绍兴文理学院附属医院 消化内科, 浙江 绍兴 312000)

摘要: [目的]探讨肝硬化患者血浆可溶性血栓调节蛋白(sTM)和 D-二聚体的变化及其临床意义。 [方法]将 82 例肝硬化患者按肝功能 Child-Pugh 分级标准分为 A、B、C 3 组,再根据门静脉系统有无血栓形成分为血栓组、非血栓组;选择 40 例健康体检者作为对照(D)组;检测各组血浆的 sTM 和 D-二聚体水平。 [结果]肝硬化 A、B、C 组的 sTM 和 D-二聚体水平显著高于 D 组($P < 0.05$),肝硬化血栓组的 sTM 和 D-二聚体水平明显高于非血栓组($P < 0.05$),且随着肝功能 Child-Pugh 分级的恶化,sTM 和 D-二聚体水平明显升高。 [结论]肝硬化患者存在不同程度的血管内皮细胞损伤及凝血和纤溶系统的激活,血浆 sTM、D-二聚体水平可作为判断肝硬化病情严重程度、预测门静脉系统血栓形成的指标。

关键词:肝硬化; Child-Pugh 分级; 门静脉血栓形成; 可溶性血栓调节蛋白; D-二聚体
中图分类号:R 575.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1671-038X(2013)12-0625-03

Clinical significance of plasma soluble thrombomodulin and D-dimer detection in cirrhosis patients

WANG Ping, CHEN Wei-yan, LAN Mei

(Department of Gastroenterology of the Affiliated Hospital of Shaoxing University, Shaoxing 312000, China)

Abstract: [Objective] To observe the change of plasma soluble thrombomodulin (sTM) and D-dimer in cirrhosis patients and evaluate their clinical significance. [Methods] Eighty-two cirrhosis patients were selected and divided into A, B and C groups according to Child-Pugh staging. They were also divided into portal vein thrombosis (PVT) group and non-PVT group. Forty cases of healthy individuals were enrolled as control group (D group). Then plasma sTM and D-dimer were detected in those cirrhosis groups and controls. [Results] The levels of sTM and D-dimer in Child-Pugh A, B or C group were significantly higher than that in the control D group ($P < 0.05$). Patients with PVT had higher sTM and D-dimer levels than non-PVT patients ($P < 0.05$). The change was correlated with the severity of Child-Pugh. [Conclusion] Vascular endothelial cells are damaged and the coagulation and anticoagulation system is abnormal in cirrhosis patients. The plasma sTM and D-dimer levels can be used as an important indicator of the severity and prognosis of PVT in cirrhosis patients.

收稿日期:2013-10-17

作者简介:王 平,女,医学硕士,副主任医师,从事消化病研究

[3] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[C]. 中华消化杂志,2000,20(3):199-201.
[4] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[C]. 中华消化杂志,2007,27(1):45-49.
[5] 中华医学会消化病学分会. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告[C]. 胃肠病学,2008,13(1):42-46.
[6] 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,2002:126-126.
[7] 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)[C]. 中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314-317.
[8] 柯 晓,黄泽辉,方文怡,等. 福州地区隆起糜烂性胃炎内镜病理分类和中医临床证候学的研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):306-311.