

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.06.17

养真颗粒结合替普瑞酮对慢性胃炎患者的胃黏膜保护

王权华¹, 王蔚², 唐梅文³, 赵一娜³

¹ 陆川县中西医结合骨科医院 内科, 广西 玉林 537700;

² 广西中医药大学护理学院 实验中心科, 广西 南宁 530001;

³ 广西中医药大学第一附属医院 脾胃科, 广西 南宁 530023)

摘要: [目的] 观察养真颗粒结合替普瑞酮胶囊对慢性胃炎患者胃黏膜的保护作用。 [方法] 60例慢性胃炎患者按随机数字表法分为2组, 对照组30例采用常规保守治疗, 如胃黏膜保护药(替普瑞酮)、助消化药、抗幽门螺杆菌药、H₂受体拮抗药等; 治疗组30例在常规保守治疗的基础上加用养真颗粒治疗, 疗程均为4周。 [结果] 治疗组总有效率为79.3%, 对照组总有效率为58.6%, 治疗组临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗组慢性胃炎临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价治疗后缓解幅度优于对照组($P < 0.05$)。 [结论] 养真颗粒结合替普瑞酮胶囊对慢性胃炎患者的胃黏膜有保护作用, 在慢性胃炎的治疗中有一定的应用价值。

关键词: 慢性胃炎; 胃黏膜保护; 替普瑞酮; 养真颗粒; 中药疗法

中图分类号: R573

文献标志码: B

文章编号: 1671-038X(2014)06-0337-03

慢性胃炎指由多种原因引起的胃黏膜慢性炎症和(或)腺体萎缩性病变, 临床十分常见, 占接受胃镜检查患者的80%~90%。随年龄增长, 萎缩性病变的发生率逐渐增高, 除疼痛外, 也给患者带来较大的心理负担。我们在常规保守治疗的基础上给予养真颗粒结合替普瑞酮胶囊治疗慢性胃炎患者, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析2012年6月~2013年12月在我院内科门诊或住院慢性胃炎患者60例, 随机分为2组。治疗组30例, 其中男20例, 女10例, 年龄21~56岁, 平均35.1岁, 病程3个月~3年, 平均1.2年; 对照组30例, 其中男18例, 女12例, 年龄20~57岁, 平均37.3岁, 病程3个月~3年, 平均1.3年。2组患者年龄、病程差异无统计学意义, 具有可比性。

诊断标准: 西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会(2006年, 上海)慢性胃炎共识意见中的有关慢性胃炎的内镜及病理诊断标准及分类^[1-2]。①浅表性胃炎: 黏膜弥漫性充血、水肿、渗出性黏液附着, 上皮下出血点。糜烂(平坦型或隆起型)轻度: 黏膜轻度充血水肿, 有时可见少量上皮下出血点; 中度: 黏膜充血水肿较明显, 并可见较多上皮下出血点(>10点)和(或)糜烂; 重度: 黏膜充血水肿显著, 可见较多平坦型糜烂(>10点), 且常呈片状, 隆起型

糜烂较多。②内镜下可见黏膜红白相间, 以白为主, 皱襞变平甚至消失, 黏膜血管显露以及黏膜呈颗粒或结节状等, 组织病理学显示黏膜固有腺体减少诊断为萎缩性胃炎。

中医诊断标准: 参照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的中西医结合诊治方案标准^[3]。中医证型: 脾胃虚弱证。(1)主要证候: ①胃脘隐痛; ②喜按喜暖; ③食后脘闷; ④纳呆少食; ⑤便溏腹泻; ⑥四肢乏力; ⑦舌质淡红, 有齿印, 苔薄白或白。(2)次要证候: ①胃黏膜可见红斑或粗糙不平; ②黏液稀薄而多; ③胃酸偏低; ④脉沉细。(3)证型确定: 具备主证3项加次证1项, 或主证2项加次证2项。

纳入标准: ①年龄20~60岁; ②病程在3个月以上; ③治疗组符合中医诊断标准。排除标准: ①年龄在20岁以下或60岁以上; ②诊断为胃十二指肠溃疡、胃癌的患者; ③并发有精神病患者。对于治疗1个月内失访病例, 采取电话等方式, 尽可能与受试者联系, 询问理由, 完成所能完成的评估项目; 报告剔除、退出和失访病例数。

1.2 治疗方法

对照组采用常规保守治疗, 包括采用胃黏膜保护药(替普瑞酮胶囊口服, 3粒/d, 分3次饭后30 min内口服)、助消化药、抗幽门螺杆菌药、H₂受体拮抗药, 连续用药4周。治疗组在采用常规保守治疗的基础上给予养真颗粒。药物组成: 党参15g, 白术10g, 茯苓15g, 甘草5g, 山药15g, 莲子10g, 麦冬12g, 五味子10g, 黄芪15g, 白芍15g, 石斛15g。采用单味中药配方颗粒(免煎中药), 每日1

剂,加开水 200 ml 溶化,分 2 次早晚饭后服。2 组均以 4 周为 1 个疗程,连续治疗 1 个疗程(4 周)观察疗效。分别于治疗前、治疗第 4 周后进行各项指标评价。疗效观察指标包括临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价。

1.3 疗效判定标准

参照 2006 全国慢性胃炎共识意见中的有关标准与新悉尼评分法进行临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价^[1-2]制定。痊愈:临床症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮花生和异型增生恢复正常或消失;显效:临床主要症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症好转,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮花生和异型增生恢复正常或减轻 2 个级度;有效:主要症状、体征明显减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,病理组织学检查证实慢性炎症减轻 1 个级度以上,腺体萎缩、肠上皮花生和异型增生减轻;无效:达不到上述有效标准,或恶化者。总有效率=痊愈率+显效率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验、方差分析来进行数据分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组病例情况

治疗组因外出脱落 1 例,对照组因外出脱落 1 例。实际可评价病例 58 例,对照组 29 例,治疗组 29 例。

2.2 2 组疗效比较

治疗组 29 例,痊愈 8 例,显效 15 例,无效 6 例,总有效率 79.3%;对照组 29 例,痊愈 5 例,显效 12 例,无效 12 例,总有效率 58.6%。2 组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组临床疗效优于对照组。

2.3 2 组临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价比较

2 组治疗后临床症状评价与治疗前比较均降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组临床症状评价、胃黏膜病理组织变化评价治疗后降低幅度优于对照组($P < 0.05$)(见表 1)。

表 1 2 组治疗前后临床症状评价、胃镜下胃黏膜病变程度评价、胃黏膜病理组织变化评价比较 $\bar{x} \pm s$

分组评分	治疗组($n=29$)		对照组($n=29$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
临床症状评价	8.2 ± 1.1	$4.7 \pm 0.8^{1)2)}$	7.3 ± 1.3	$5.5 \pm 0.9^{1)}$
胃镜下胃黏膜病变程度评价	1.3 ± 0.5	0.8 ± 0.6	1.5 ± 0.7	1.1 ± 0.4
胃黏膜病理组织变化评价	1.7 ± 0.7	$0.8 \pm 0.5^{1)2)}$	1.6 ± 0.3	$1.3 \pm 0.6^{1)}$

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$

3 讨论

目前认为,慢性胃炎的发病与下列因素有关:幽门螺杆菌感染、其他细菌病毒感染、免疫因素、十二指肠液的返流、不良的生活方式、宿主的遗传因素、胃黏膜微循环的改变、血管活性因子的改变、黏膜营养因子缺乏、维生素缺乏等^[4-5]。胃黏膜损伤和修复的演变过程,组织学上可表现为炎性反应、萎缩和化生,甚至异型增生。胃黏膜保护剂的作用不仅在于保护胃肠道黏膜屏障,还具有细胞保护作用,并能促进黏液分泌,增强黏液屏障作用。

慢性胃炎根据其症状可归属于中医的“胃脘痛”、“胃痛”等范畴,本病的常见病因有寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃以及脾胃虚弱等几个方面。如《外台秘要·心痛方》指出:“足阳明为胃之经,气虚逆乘心而痛,其状腹胀归于心而痛甚,谓之胃心痛。”《素问·六元正纪大论篇》又曰:“木郁之发,民病胃脘当

心而痛。”现代大部分学者认为本病病机与脾虚、寒湿、湿热、阴亏、气滞血瘀紧密相关。我们认为脾胃虚弱、运化无权是导致慢性胃炎的决定性因素,故益气健脾应为根本大法,方选养真颗粒。

养真颗粒处方来源《血证论》卷七之养真汤,药物组成:由四君子汤加莲子、麦冬、五味子、黄芪、白芍组成;具有健脾益气之功;原方用法用量要求水煎,去头煎,只服 2~3 煎。去头煎者,取燥气尽去,遂成甘淡之味,盖土本无味,无味即为淡,淡即土之正味也。此方取淡以养脾,深得其旨。现代药理研究表明,人参有抗炎、增强机体免疫力作用;白术、茯苓、白芍可改善胃肠运动,抑制胃酸分泌,抑制胆汁返流,止痛,亦可增强机体免疫力;四君子汤有促进胃肠动力、抑制胃酸分泌等作用^[6-7]。

本研究表明,养真颗粒结合替普瑞酮胶囊对慢

(下转第 340 页)

3 讨论

现今,由于生活节奏的加快,人们生活作息不规律,不能按时进餐,暴饮暴食、吸烟饮酒过度、工作压力较大以及精神过度紧张等引起的胃溃疡患者越来越多^[5]。患者通常会在进食后感到上腹部疼痛,还会出现恶心、反胃、胀气等症状。胃溃疡的发生是胃部自身分泌物质溶解了胃黏膜,加上幽门螺杆菌的入侵而导致患者的胃部发生溃疡^[6]。如果长时间不就医诊治会造成胃穿孔等严重并发症,一旦发生感染,还有可能转变为癌症,严重威胁到患者的生命^[7]。据统计男性发病率明显高于女性,此病无传染性,春冬两季易发。胃溃疡的并发症有很多,如出血、穿孔、幽门梗阻,严重者甚至转变成癌症。通常采用抑制胃酸分泌药、黏膜保护剂、胃肠动力药来治疗胃溃疡。奥美拉唑在体内的主要作用是降低胃细胞内 H^+-K^+-ATP 酶的活性,抑制 H^+ 的传递过程,从而降低胃液的分泌^[8]。而铝碳酸镁通过促进碳酸氢盐的分泌来中和胃内的胃酸,其疗效能在体内长时间的保留,并且对胃黏膜有良好的保护作用,使胃蛋白酶不能在胃内造成伤害,促进胃黏膜的修复,提高防御能力。铝碳酸镁不仅是一种良好的保护剂而且还是一种效果明显的抗酸抗溃疡药^[9]。保证胃内正常的生理活动,对胃黏膜无刺激,奥美拉唑与铝碳酸镁同时服用,大大提高了药物的效能,是一种良好的黏膜保护剂,对胃黏膜无刺激、无不良反应,在临床中使用了降低复发率、提高治愈率,安全可靠,值得广泛应用^[10]。

参考文献

- [1] 米玛多吉. 铝碳酸镁咀嚼片联合奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(4):206—207.
- [2] 古新江, 魏芳. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗胃溃疡120例临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(19):91—91.
- [3] 唐德军. 铝碳酸镁咀嚼片联合奥美拉唑治疗胃溃疡临床研究[J]. 河北医学, 2013, 19(9):1403—1404.
- [4] 马井安. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗胃溃疡病40例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(20):23—24.
- [5] 鲁守东. 奥美拉唑和泮托拉唑分别联合阿莫西林治疗胃溃疡的疗效对比分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(27):502—503.
- [6] SUGINOTO M, YAMAOKA Y, FURUTA T. Influence of interleukin polymorphisms on development of gastric cancer and peptic ulcer[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16:1188—1200.
- [7] 叶梅. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(21):74—74.
- [8] 张锦春. 铝碳酸镁和奥美拉唑联合治疗胃溃疡的比较[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(4):178—179.
- [9] SUGINOTO M, YAMAOKA Y. Virulence factor genotypes of *Helicobacter pylori* affect cure rates of eradication therapy[J]. Arch Immunol Ther Exp (Warsz), 2009, 57:45—46.
- [10] 赵忠武. 铝碳酸镁和奥美拉唑联合治疗胃溃疡的疗效分析[J]. 中国医药科学, 2012, 2(6):63—89.

(上接第338页)

性胃炎患者的胃黏膜有保护作用,在慢性胃炎的治疗中有一定的应用价值。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠学, 2006, 11(11):674—678.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:384—384.
- [3] 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, 2002:383—385.
- [4] 张翠萍, 孙学国, 赵清喜, 等. 替普瑞酮治疗慢性萎缩

性胃炎100例[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(10):1069—1073.

- [5] 王权华. 慢性萎缩性胃炎的胃黏膜保护机制的研究进展[J]. 临床医学工程, 2011, 18(7):1146—1147.
- [6] 中华中医学脾胃病分会. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3):207—209.
- [7] 李伟, 郑天珍, 张英福, 等. 党参、枳实对大鼠胃肌条收缩活动的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(10):31—33.