

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.07.14

脾胃培源方对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的 临床疗效及理化指标的影响

李学军, 吴婧, 陈亮亮, 刘礼梅, 孙建, 夏建国, 金月萍, 叶莎莎, 李永帅
(安徽中医药大学第二附属医院 脾胃病科, 安徽 合肥 230061)

摘要:[目的]观察脾胃培源方对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效及理化指标的影响,为临床治疗提供参考依据。[方法]将60例脾胃虚弱型CAG患者,随机分为治疗组和对照组,各30例。治疗组予中药脾胃培源方内服,对照组予中成药胃复春口服,3个月为1个疗程。治疗1个疗程后,对2组临床疗效、血清胃蛋白酶原数值及病理积分情况进行评价。[结果]治疗组总有效率为96.67%,对照组总有效率为76.67%,治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后血清胃蛋白酶原(PG)数值都得到改善,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.01$, $P<0.05$),与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后病理量化积分均下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$),与对照组比较疗效相当,差异无统计学意义($P>0.05$)。[结论]脾胃培源方能有效缓解脾胃虚弱型CAG患者的临床症状,明显改善理化指标,临床疗效安全可靠,值得临床上推广与应用。

关键词:脾胃培源方;慢性萎缩性胃炎;脾胃虚弱;临床疗效;病理量化积分;血清胃蛋白酶原

中图分类号:R573.3

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2016)07-0541-04

Effect of Piwei Peiyuan Decoction on chronic atrophic gastritis with the type of spleen-stomach deficiency and its effect on physicochemical index

LI Xue-jun, WU Jing, CHEN Liang-liang, LIU Li-mei, SUN Jian, XIA Jian-guo,
JIN Yue-ping, YE Sha-sha, LI Yong-shuai

(Department of Gastroenterology, the second Affiliated Hospital of Anhui University of TCM, Hefei 230061, China)

Corresponding author: LI Xue-jun, E-mail: lixuejun0308@126.com

Abstract:[Objective]To observe the therapeutic effects and the influence of laboratory data of Piwei Peiyuan decoction(PPD)for the spleen-stomach deficiency type of chronic atrophic gastritis,so as to provide a reference for the clinical treatment. [Methods]A total of 60 chronic atrophic gastritis patients with the type of spleen-stomach deficiency were randomly divided into treatment group and control group randomly. Each group contained 30 cases. The patients in the treatment group were treated with PPD,while the control group with Weifuchun tablets. The treatment course was three months in each group. After one course,the clinical efficacy level,pathological integration and serum pepsinogen level were compared respectively. [Results]The overall clinical effectiveness rate was 96.67% in the treatment group,which was higher than 76.67% in the control group. The difference showed statistical significance($P<0.05$). After the treatment,serum pepsinogen level in the two groups all improved($P<0.01$, $P<0.05$). Compared with the control group,the serum pepsinogen level significantly improved($P<0.05$). The pathological integration in the two groups were lower than before the treatment($P<0.05$),with statistical significance. The difference between the two groups in pathological integration had no statistical significance($P>0.05$). [Conclusion]PPD showed good clinical effect in treating chronic atrophic gastritis of spleen-stomach deficiency with the laboratory data improved significantly. PPD is worthy of clinical promotion and application

收稿日期:2016-01-13

基金项目:安徽省卫生厅中医药科研课题项目计划(No:2014zy11)

作者简介:李学军,男,主任医师,硕士生导师

通讯作者:李学军,E-mail:lixuejun0308@126.com

due to its efficacy and safety.

Key words: Piwei Peiyuan decoction (PPD); chronic atrophic gastritis; spleen-stomach deficiency; clinical effect; pathological integration; pepsinogen

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是慢性胃炎的一种类型, 呈局限性或广泛性的胃黏膜固有腺体萎缩、数量减少及功能减低, 主要症状表现为上腹部胀满、疼痛及消化不良等, 其病程长, 病势缠绵。在医学上被归属于癌前疾病的范畴之中, 而由此疾病衍生出的肠上皮化生 (IM) 和异型增生 (Dys) 都是胃癌的癌前期表现^[1]。目前国内外学者认为其遵循萎缩性胃炎→胃黏膜肠上皮化生→胃黏膜上皮内瘤变→胃癌的病理演变模式^[2]。CAG 给患者带来极大的痛苦, 现代医学尚缺乏理想有效的治疗方法。我科运用经验方脾胃培源方治疗 30 例脾胃虚弱型 CAG 患者取得了较好的临床效果, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 60 例安徽中医药大学第二附属医院 2014 年 1 月~2015 年 3 月满足要求的脾胃科门诊及住院患者, 按随机化原则分为治疗组和对照组, 其中治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 平均年龄 (43.17±14.51) 岁, 平均病程为 (3.86±1.04) 年; 对照组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 平均年龄 (44.07±14.23) 岁, 平均病程为 (3.97±1.01) 年。2 组一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会在上海制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[3]。中医诊断标准参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4]。

1.3 纳入标准

①符合西医疾病诊断标准; ②符合胃脘痛的中医诊断标准及脾胃虚弱型证候诊断标准; ③年龄在 18~70 岁之间; ④不合并其它严重疾病或并发症; ⑤过去 2 周内未服用与本病相关的治疗药物; ⑥签署进入研究知情同意书。

1.4 排除标准

①不符合 CAG 诊断标准者; ②年龄在 18 岁以下或 70 岁以上; ③妊娠或哺乳期妇女; ④存在可能解释症状的器质性疾病, 如消化性溃疡、胃肠道肿瘤、胆囊炎、胰腺炎、肝肾功能不全、糖尿病、腹部大手术史或严重的心、肺疾病等; 有报警症状者及长期服用非甾体类药物者; ⑤就诊前 2 周内曾服用治疗本病的相关药物; ⑥过敏体质或已知对本药组成分

份过敏者; ⑦怀疑或确有酒精、药物滥用史者; ⑧正在参加其他临床试验或研究的患者; ⑨处于重度焦虑抑郁状态, 有自杀倾向的患者。

1.5 治疗方法

治疗组予脾胃培源方内服, 组方: 炙黄芪 15 g, 党参 10 g, 桂枝 6 g, 白芍 15 g, 白术 10 g, 刘寄奴 6 g, 山药 15 g, 青陈皮各 10 g, 当归 10 g, 香附 10 g, 莪术 8 g, 炙甘草 6 g。一日一剂, 水煎两遍, 各取汁 150 ml 兑匀, 分两次温服。对照组予胃复春口服, 每次 4 粒, 一日三次, 饭前 30 min, 温开水送服。2 组均以 3 个月为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。试验期间均不得使用其他对本病本证有治疗作用的药物。

1.6 观察指标

参考《中药新药临床研究指导原则 (试行)》观察 2 组病例治疗前后胃脘胀满、胃痛、大便稀溏、乏力、饮食减少、气短懒言、呕吐清水、口淡情况, 根据病情的轻重程度分为无轻中重四个等级, 分别记 0、1、2、3 分。病理量化积分参考“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见 (2009, 深圳)”^[5], 观察 2 组病例治疗前后病理改变情况, 其中腺体萎缩、肠上皮化生、异型增生按病变程度分为无轻中重四级, 分别记为 0、3、6、9 分, 积分值按共识意见取五个部位病理积分均值; 慢性炎症、活动性及 HP 感染也按病变程度分为无轻中重四级, 分别记为 0、1、2、3 分。两组病例于治疗第 1 天、第 90 天清晨抽取空腹血 3 ml, 置于抗凝管, 分离血清, 检测胃蛋白酶 (PG) 的值, PG 可分为 PG I 和 PG II, $PGR = PG I / PG II$ 。

1.7 疗效评价

疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》: ①临床治愈: 症状、具有诊断意义的症候完全不存在或基本可忽略, $n \geq 95\%$; ②显效: 症状、具有诊断意义的症候明显改善, $n \geq 70\%$, 但 $< 95\%$; ③有效: 症状、具有诊断意义的症候均有好转, $n \geq 30\%$, 但 $< 70\%$; ④无效: 症状、具有诊断意义的症候均无明显好转, 甚或加重, $n < 30\%$ 。(尼莫地平法) 疗效指数 $n = [(进行系统治疗前患者症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分] \times 100\%$ 。

1.8 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状积分比较

2 组病例治疗前与治疗一疗程后临床症状积分比较见表 1。

表 1 2 组病例治疗前与治疗一疗程后临床症状积分比较 $\bar{x} \pm s$

症状	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	一疗程后	治疗前	一疗程后
胃脘胀满	2.06±0.59	1.13±0.65 ²⁾	2.07±0.58	1.64±0.64 ¹⁾
胃痛	2.47±0.52	1.26±0.58 ²⁾	2.33±0.62	2.18±0.59
大便稀溏	2.13±0.64	1.09±0.62 ²⁾	2.00±0.65	1.65±0.63 ¹⁾
乏力	1.97±0.64	1.06±0.55 ²⁾	2.00±0.65	1.82±0.55
饮食减少	1.73±0.59	1.07±0.51 ²⁾	1.87±0.64	1.70±0.52
气短懒言	2.40±0.60	1.62±0.67 ²⁾	2.13±0.64	1.96±0.63
呕吐清水	2.27±0.59	1.86±0.53 ¹⁾	2.23±0.57	1.89±0.65 ¹⁾
口淡	2.06±0.73	1.57±0.70 ¹⁾	2.08±0.68	1.67±0.58 ¹⁾

与同组治疗前比较,¹⁾ P<0.05,²⁾ P<0.01。

2.2 临床症状疗效比较

2 组病例治疗一疗程后中医证候疗效比较见表 2。

2.3 病理量化积分比较

病理量化积分比较见表 3。

2.4 血清 PG 检测结果比较

2 组病例治疗一疗程后血清 PG 检测结果比较见表 4。

2.5 不良反应

治疗过程中,治疗组与对照组均未出现明显的不良反应。治疗结束后,对患者的血尿大便常规及肝肾功能复查均未见明显异常。

表 2 2 组病例治疗一疗程后

中医证候疗效比较 例

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	1	9	19	1	96.67 ¹⁾
对照组	0	8	15	7	76.67

与对照组比较,¹⁾ P<0.05。

表 3 2 组病例治疗一疗程后病理量化

积分比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	治疗前	一疗程后
治疗组	30	21.05±3.43	15.56±1.42 ¹⁾
对照组	30	21.01±3.36	14.98±2.31 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ P<0.05。

表 4 2 组病例治疗一疗程后血清 PG 检测结果比较 $\bar{x} \pm s$

PG	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PG I	65.36±3.43	106.36±8.40 ²⁾³⁾	64.97±3.56	80.97±7.56 ¹⁾
PG II	16.04±2.64	9.75±2.64 ²⁾³⁾	15.59±2.81	12.86±2.79 ¹⁾
PGR	4.77±0.89	9.91±0.89 ²⁾³⁾	4.56±0.91	6.57±0.96 ¹⁾

与同组治疗前比较,¹⁾ P<0.05,²⁾ P<0.01,与对照组治疗后比较,³⁾ P<0.05。

3 讨论

现代医学对 CAG 的研究近年有了一定的进展,但是对其病因及发病机制仍未完全明确,大多认为主要与幽门螺杆菌(Hp)感染、年龄增长、长期饮酒、免疫失调、饮食习惯不良、胃肠激素改变及遗传等相关,其中 Hp 感染是最主要的因素。胃黏膜遭受多种因素的反复伤害,发生病理改变,以胃黏膜腺

体的减少或消失,胃黏膜变薄,黏膜肌层增厚,肠上皮化生,不典型增生为主要表现,其中肠上皮化生是萎缩的典型标志及癌变前兆^[6]。因此对于 CAG 患者,如果能及早发现,并且积极的对症治疗,对于防治胃癌具有重大意义。胃黏膜能合成并分泌 PG,大约有 1%的 PG 进入血液,血清中的 PG 水平能很好的反映胃黏膜分泌水平。通过检测血清中的 PG

水平可以发现消化性溃疡、CAG 乃至胃癌等胃部疾病,已被作为胃镜前检测和胃癌筛查的判断标准^[7]。

祖国医学并无“慢性萎缩性胃炎”这一病名,基于 CAG 患者临床主要表现为:上腹部疼痛、胀满不适,进食后加重,病情反复,常伴有恶心、嗳气、纳呆、嘈杂、神疲乏力等不适,多归属于“胃脘痛”、“痞满”等疾病范畴。多因饮食不当、嗜食烟酒、情志不畅等各种因素使脾胃受到损伤所致。脾胃虚弱为发病之本,《内经》曰:“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚。”若脾胃虚弱,健运失职,则气血化生不足,水谷精微乏源,变生疾病。《素问·玉机真藏论》云:“五脏者,皆禀气于胃;胃者,五脏之本也。”脾胃同属中焦,互为表里,乃后天之本,气血生化之源。脾胃和则气血生化有源,五脏六腑得以濡养。脾胃培源方中黄芪、党参、桂枝、白术、炙甘草合用有补中益气、温中健脾、散寒止痛之功。辅以白芍、当归柔肝养血,补血活血;山药补脾养胃,益气养阴;香附、青陈皮疏肝理气,和胃止痛;莪术消积化滞,行气止痛;刘寄奴为引经药,药效入脾经,健脾醒脾,破血通经。诸药合用,相得益彰,共奏温中健脾、理气活血、固本培源之功效。

胃复春能调节 p21 ras、p53 蛋白的表达,抑制胃内亚硝基化合物生成,对 HP 有一定的抑制作用,还能改善血液循环,使病变的胃黏膜实现不同程度的逆转,降低癌变风险,临床疗效安全可靠,广泛运用于 CAG 的治疗^[8]。因此在本研究中我们选用胃复春片做为对照组,结果发现治疗组临床总有效率

为 96.67%,优于对照组;同时治疗组能不同程度的改善 CAG 患者各临床症状以及血清 PG 值,优于对照组;在降低病理量化积分上两组疗效相当。研究结果提示脾胃培源方治疗脾胃虚弱型 CAG 疗效确切,值得临床广泛应用及进一步研究。

参考文献

- [1] 林根友,谢海萍.慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变与幽门螺杆菌感染的关系[J].中华医院感染学杂志,2013,23(10):2400-2402.
- [2] 沈利娟,韦玉娜.消痞和胃方治疗慢性萎缩性胃炎 45 例[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(7):191-194.
- [3] 中华医学会消化病分会.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-31.
- [4] 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,2002:124-129.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [6] 杨沈秋,张禹,潘祥宾,等.养胃散治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证疗效观察[J].中医药学报,2012,40(3):164-165.
- [7] 陈洁,朱明辉,彭岚,等.血清胃蛋白酶原水平与慢性萎缩性胃炎的相关性分析[J].中国卫生检验杂志,2015,25(21):3649-3650.
- [8] 郑逢民,郑乐乐,郑中坚.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 64 例临床观察[J].中医杂志,2015,56(4):311-314.