

胃复春配伍三七粉对慢性糜烂性胃炎的疗效及对 SOD、MDA、VEGF、PGE2 表达的影响*

袁翠林¹ 卢晶晶¹ 邹媛媛¹ 陈佳飞¹ 潘建锋¹

[摘要] 目的:观察胃复春配伍三七粉治疗慢性糜烂性胃炎的有效性及安全性。方法:选取 2022 年 7 月—2023 年 7 月符合慢性糜烂性胃炎诊断标准的 108 例患者为研究对象,按随机数字表法分组;对照组(雷贝拉唑肠溶片,54 例)和观察组(胃复春胶囊+三七粉,54 例),均治疗 4 周。主要指标为 4 周后胃镜下黏膜糜烂程度改善临床总有效率;次要指标为中医症状积分和总有效率,血清血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)、前列腺素 E2(prostaglandin E2, PGE2)、超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)及丙二醛(malondialdehyde, MDA)表达水平,胃肠道生活质量指数(gastrointestinal quality of life index, GIQLI)积分及安全性指标。结果:治疗后,观察组患者胃镜下黏膜糜烂程度改善总有效率(94.44%)显著高于对照组(77.78%);观察组中医症状积分显著低于对照组($P<0.05$),中医临床总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组 SOD、VEGF、PGE2 显著高于对照组($P<0.05$),MDA 显著低于对照组($P<0.05$)。治疗后及停药 1 个月后随访,观察组 GIQLI 积分均显著低于对照组($P<0.05$)。两组均未见明显不良反应及并发症发生。结论:胃复春配伍三七粉能提高慢性糜烂性胃炎治疗的内镜下及中医临床有效率,降低中医症状积分;促进胃黏膜再生,增加微血管循环,提高抗氧化能力,提升患者的胃肠道生活质量,改善患者的主观感受和生活工作能力。

[关键词] 胃复春胶囊;三七粉;慢性糜烂性胃炎;血管内皮生长因子;前列腺素 E2;超氧化物歧化酶;丙二醛

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.09

[中图分类号] R573 **[文献标志码]** A

Observation of the efficacy of Weifuchun capsule with Sanqi powder on chronic erosive gastritis and its effects of SOD, MDA, VEGF and PGE2 expressions

YUAN Cuilin LU Jingjing ZOU Yuanyuan CHEN Jiafei PAN Jianfeng

(Department of Respiratory and Gastroenterology, Jiangnan Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, 311201, China)

Corresponding author: YUAN Cuilin, E-mail: 3899460@qq.com

Abstract Objective: To observe the efficacy and safety of Weifuchun capsule with Sanqi powder in the treatment of chronic erosive gastritis. **Methods:** One hundred and eight patients eligible for chronic erosive gastritis in the department of gastroenterology from July, 2022 to July, 2023 were selected and divided into two groups according to the random number table method: 54 cases in the control group treated with rabeprazole, and 54 cases in the observation group treated with Weifuchun capsule and Sanqi powder. Both groups were treated for four weeks. The primary indicator was the total clinical efficiency of improvement in the degree of mucosal erosion under gastroscopy after four weeks. Secondary indicators were Traditional Chinese Medicine symptom score and total effective rate, serum SOD, MDA, VEGF, PGE2 expression levels, and gastrointestinal quality of life index (GIQLI). The safety indexes were adverse events. **Results:** After treatment, the total effective rate of improvement in the degree of gastroscopic mucosal erosion in the observation group (94.44%) was significantly higher than that in the control group (77.78%); the Traditional Chinese Medicine symptom scores were significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). SOD, VEGF, PGE2 were significantly higher in the observation group than in the control group after treatment ($P<0.05$); MDA was significantly lower than in the control group ($P<0.05$). The GIQLI scores in the observation group were significantly lower than those in the control group after treatment and at the follow-up after one month of drug discontinuation ($P<0.05$). No significant adverse reactions and complications were observed in both groups. **Conclusion:** Weifuchun capsule with Sanqi powder can improve the endoscopic and Traditional Chinese Medicine clinical efficiency of erosive gastritis treatment and reduce the Traditional

*基金项目:浙江省医学会临床科研基金项目(No:2022ZYC-A23)

¹浙江中医药大学附属江南医院呼吸消化科(杭州,311201)

通信作者:袁翠林, E-mail: 3899460@qq.com

引用本文:袁翠林,卢晶晶,邹媛媛,等.胃复春配伍三七粉对慢性糜烂性胃炎的疗效及对 SOD、MDA、VEGF、PGE2 表达的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(1):49-55. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.09.

Chinese Medicine symptom scores; promote regeneration of gastric mucosa and increase microvascular circulation (implied by VEGF and PGE2) and enhance antioxidant capacity(implied by SOD and MDA); and improve patients' GIQLI, their subjective feelings, and their ability to live and work.

Key words Weifuchun capsule; Sanqi powder; chronic erosive gastritis; vascular endothelial growth factor; prostaglandin E2; superoxide dismutase; malondialdehyde

慢性胃炎是临床常见的消化系统疾病,依据慢性胃炎的悉尼分类标准,基于内镜和病理诊断将慢性胃炎分为萎缩性胃炎和非萎缩性胃炎。从黏膜损伤的角度,慢性胃炎也可同时伴糜烂的现象,慢性糜烂性胃炎是指糜烂深度在 1 mm 以内、未达到肌层的一种特殊类型胃炎,在慢性胃炎中所占比例高达 42.3%^[1],如果不能有效治疗有进展为慢性萎缩性胃炎的风险^[2]。西医治疗慢性糜烂性胃炎主要是采用质子泵抑制剂、铝制剂、黏膜保护剂等药物治疗以及抗 Hp 治疗,但存在易复发、长期效果不佳、仅针对 Hp 相关性胃炎等诸多问题。

胃复春现代主要应用于胃癌前期病变及胃癌手术后辅助治疗,近年来有较多的临床报道了胃复春联合常规化学药治疗慢性糜烂性胃炎^[3],三七为主的中药散剂治疗糜烂性胃炎也有报道^[4]。中药坚持标本兼治,众多文献报道中药辨证治疗效果较好且不易复发,患者有良好的疗效反馈。本研究拟应用胃复春联合三七粉治疗慢性糜烂性胃炎,评价中药在治疗慢性糜烂性胃炎方面的疗效与安全性。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2022 年 7 月—2023 年 7 月在我院消化内科就诊、符合慢性糜烂性胃炎诊断标准的 108 例患者为研究对象,研究按前瞻性、随机、阳性药对照、单中心研究方法设计。按随机数字表法分组:对照组(雷贝拉唑肠溶片,54 例)和观察组(胃复春胶囊+三七粉,54 例)。本研究过程中无病例脱落,两组患者的临床资料比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$),见表 1。

本研究通过本院伦理委员会的批准(No: 2022015),研究过程中无重大修改,全过程受伦理委员会监督管理。

表 1 两组患者的临床资料比较 例, $\bar{X} \pm S$

临床资料	对照组 ($n=54$)	观察组 ($n=54$)	χ^2/t	P
性别			0.045	0.831
男	28	27		
女	26	27		
年龄/岁	45.36 $\pm$ 6.09	43.26 $\pm$ 5.78	1.452	0.637
病程/周	3.10 $\pm$ 1.40	3.20 $\pm$ 1.30	0.149	0.899

1.2 纳入、排除及脱落标准

纳入标准:①患者均符合《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》^[1]中关于慢性糜烂性胃炎的诊断标准,中医辨证属于脾虚湿热血瘀型;②就诊前 14 d 内未口服治疗本病的相关药物;③Hp 阴性或者根除 Hp 复查阴性 2 周后入组;④年龄 18~75 岁;⑤了解研究方案,自愿参加并签署知情同意书。

排除标准:①合并消化性溃疡、胃息肉者;②病理诊断疑有恶变者;③有胃部手术史;④妊娠或哺乳期妇女;⑤患有精神病者;⑥近 2 周内服用质子泵抑制剂或抗生素;⑦参加本项目前 3 个月内参加过其他药物临床研究;⑧不能正确表达主观感受者。

脱落标准:①研究期间发生不良事件;②随意间断服药或擅自停药,违反治疗方案;③主动撤回知情同意书;④从医学及伦理委员会角度认定必须终止研究者。

1.3 方法

对照组给予雷贝拉唑肠溶片,20 mg/次,清晨空腹口服,1 次/d;观察组给予口服胃复春胶囊,4 粒/次,3 次/d,联合三七粉,3 g/次,1 次/d,温水送服。两组患者治疗疗程均为 4 周,治疗结束后 1 个月随访。

1.4 观察指标

1.4.1 胃镜疗效判定标准 胃黏膜糜烂分级标准参考《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[5],对胃镜下糜烂情况进行统计,计算各个改善等级及总积分改善程度。痊愈:胃黏膜恢复正常;显效:胃黏膜病变积分减少 2 级以上;有效:胃黏膜病变积分减少 1 级;无效:胃黏膜病变无改变或加重。糜烂性胃炎内镜诊断标准:糜烂(平坦/隆起疣状),黏膜破损浅,周围黏膜平坦或隆起。分级标准,Ⅰ级:单发;Ⅱ级:多发局部 ≤ 5 ;Ⅲ级:多发广泛 ≥ 6 。治疗前后各进行 1 次评定。

1.4.2 中医证候疗效判定标准 参照《胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]及《中药新药临床研究指导原则:试行》^[7],将糜烂性胃炎归纳为脾虚湿热血瘀型,观察胃脘痛、痞满、食欲不振、疲倦乏力等主要临床症状,根据患者病情程度,分无、轻、中、重度,分别记 0、1、2、3 分;病情愈重,评分愈高。治疗前后各进行 1 次评定。采用尼莫地平法计算疗效。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,

70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

1.4.3 血清学检测 血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)、前列腺素 E2 (prostaglandin E2, PGE2)作为胃黏膜愈合情况的评价指标;超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)及丙二醛(malondialdehyde, MDA)浓度的变化作为反映整个机体的脂质过氧化反应和抗脂质过氧化反应能力的评价指标。SOD、MDA、VEGF、PGE2 试剂盒(齐源生物 50T/优科唯 48T/青岛捷世康 50T/莱尔生物 48T);于治疗前、治疗后在清晨空腹状态下采患者肘静脉血,置于不含抗凝剂的试管内即刻送检,在室温下 20~30 min,离心,分离血清,置于一20℃保存待测,采用酶联免疫吸附法(ELISA 法)进行检测。比较两组患者治疗前后血清 SOD、MDA、VEGF、PGE2 的表达水平。

1.4.4 患者主观自评 胃肠道生活质量指数(gastrointestinal quality of life index, GIQLI)量表包括 36 项问题,每项问题有 A、B、C、D、E 共 5 项答案,对应 0、1、2、3、4 分,总分相加即为 GIQLI 总

积分,满分共计 144 分。分为临床症状和生活质量两部分,积分越高,胃肠道生活质量越好。在治疗前后、停药后 1 个月,分 3 个阶段对 GIQLI 量表进行评分。

1.4.5 不良反应 观察记录患者研究过程中可能出现的不良反应,如出现,则记录诊治措施。

1.5 统计学方法

本研究数据采用 SPSS 22.0 软件处理。计数资料采用例数(百分比)形式表示,组间比较采用 χ^2 检验。符合正态分布的独立样本,计量资料以 $\bar{X} \pm S$ 形式表示,均数比较采用组间独立样本 t 检验。不符合正态分布的独立样本,计量资料以 $M(Q_1, Q_3)$ 形式表示,采用独立样本秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的胃镜疗效比较

治疗后,观察组患者的治疗总效率(94.44%)显著高于对照组(77.78%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。采用等级资料秩和检验,分别对两组患者治疗前后胃黏膜的糜烂程度进行统计学分析,结果表明,治疗前两组患者胃黏膜糜烂程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者胃黏膜糜烂程度比较差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组患者胃黏膜糜烂程度轻于对照组。见表 2、3。

表 2 两组患者的胃镜疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	54	0	8(14.81)	34(62.96)	12(22.22)	42(77.78)
观察组	54	5(9.26)	30(55.56)	16(29.63)	3(5.56)	51(94.44)
χ^2						5.734
P						0.019

表 3 两组患者的胃黏膜糜烂分级比较 例

组别	例数	分级		
		I 级	II 级	III 级
对照组	54			
治疗前		12	32	10
治疗后		28	21	5
观察组	54			
治疗前		10	33	11
治疗后		34	14	6

2.2 两组患者的中医症状积分及疗效比较

采用独立样本秩和检验对两组患者治疗前后胃脘痛、痞满、食欲不振、疲倦乏力、中医总积分差异进行统计学分析,结果表明,两组患者治疗前、治疗后胃脘痛等积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。采用配对样本秩和检验对各组治疗前后胃脘痛、痞满、食欲不振、疲倦乏力、中医总积分差异

进行统计学分析,结果表明,两组患者治疗后胃脘痛、痞满、食欲不振、疲倦乏力、中医总积分均下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4、5。

2.3 两组患者治疗前后血清 SOD、MDA、VEGF、PGE2 含量的比较

采用独立样本 t 检验对两组患者治疗前后 SOD、MDA 含量差异进行统计学分析,结果表明,两组患者治疗前的 SOD、MDA 含量比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者的 SOD、MDA 含量差异有统计学意义($P < 0.05$)。采用配对样本 t 检验对各组治疗前后 SOD、MDA 含量的差异进行统计学分析,结果表明,两组患者治疗后 SOD 含量均上升,差异有统计学意义($P < 0.05$),MDA 含量均下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);采用独立样本秩和检验对两组患者治疗前后 VEGF、PGE2 含量差异进行统计学分析,结果表明,两组患者治疗前 VEGF、PGE2 含量差异无统

计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者 VEGF、PGE2 含量差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 采用配对样本秩和检验对各组治疗前后 VEGF、PGE2 含

量差异进行统计学分析, 结果表明, 两组患者治疗后 VEGF、PGE2 含量均上升, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 6、表 7。

表 4 两组患者的中医症状积分比较

中医症状	治疗前	治疗后	Z	分, $M(Q_1, Q_3)$ P
胃脘痛				
对照组	3.00(2.00, 4.00)	2.00(0.00, 2.00)	-3.900	<0.001
观察组	3.00(2.00, 4.00)	0.00(0.00, 2.00)	-4.065	<0.001
Z	0.000	-1.873		
P	1.000	0.061		
痞满				
对照组	3.00(2.00, 4.00)	1.00(0.00, 2.00)	-4.264	<0.001
观察组	3.00(2.00, 4.00)	0.00(0.00, 2.00)	-4.065	<0.001
Z	0.000	-0.947		
P	1.000	0.343		
食欲不振				
对照组	4.00(2.00, 4.00)	2.00(0.00, 2.00)	-4.264	<0.001
观察组	3.00(2.00, 4.00)	0.00(0.00, 2.00)	-4.119	<0.001
Z	-0.313	-0.938		
P	0.755	0.348		
疲倦乏力				
对照组	2.00(2.00, 4.00)	1.00(0.00, 2.00)	-3.945	<0.001
观察组	4.00(2.00, 4.00)	0.00(0.00, 2.00)	-3.947	<0.001
Z	-0.624	-0.313		
P	0.532	0.755		
总积分				
对照组	12.00(12.00, 12.00)	4.00(2.00, 6.00)	-3.982	<0.001
观察组	12.00(10.50, 14.00)	4.00(2.00, 4.00)	-3.963	<0.001
Z	-0.237	-1.948		
P	0.813	0.051		

表 5 两组患者的中医临床疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效 例(%)
对照组	54	0	7(12.96)	28(51.85)	19(35.19)	35(64.81)
观察组	54	2(3.70)	32(59.26)	18(33.33)	2(3.70)	52(96.30)
χ^2						5.931
P						0.017

表 6 两组患者治疗前后血清 SOD、MDA 含量的比较

指标	治疗前	治疗后	t	$\bar{X} \pm S$ P
SOD/(U/mL)				
对照组	64.17±12.70	83.80±13.62	-8.938	<0.001
观察组	64.22±12.68	72.59±19.70	-15.315	<0.001
t	-0.012	-2.220		
P	0.990	0.032		
MDA/(μmol/L)				
对照组	72.59±19.70	64.78±16.01	4.454	<0.001
观察组	72.54±19.77	51.18±15.89	8.112	<0.001
t	0.008	2.314		
P	0.994	0.042		

表 7 两组患者治疗前后血清 VEGF、PGE2 含量的比较 pg/mL, $M(Q_1, Q_3)$

指标	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
VEGF				
对照组	70.25(60.53,77.43)	78.85(70.08,86.95)	-3.920	<0.001
观察组	69.75(60.53,77.43)	93.00(81.20,99.65)	-3.920	<0.001
<i>Z</i>	-0.014	-2.922		
<i>P</i>	0.989	0.003		
PGE2				
对照组	69.60(66.40,77.85)	81.55(77.25,89.28)	-3.734	<0.001
观察组	69.10(66.40,77.85)	93.25(84.00,98.85)	-3.920	<0.001
<i>Z</i>	-0.041	-2.570		
<i>P</i>	0.968	0.010		

2.4 两组患者治疗前后 GIQLI 积分的比较

采用重复测量方差分析对两组患者治疗前、治疗后、停药 1 个月自觉症状评分等各项进行统计学分析,结果表明,两组患者自觉症状等各项评分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。进而分析各时点间两组患者自觉症状等各项评分的差异,两组患者在治疗前自觉症状等各项评分差异无统计学意

义($P>0.05$),治疗后、停药 1 个月,观察组自觉症状等各项评分小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者自觉症状等各项评分差异有统计学意义($P<0.05$),两组在治疗后、停药 1 个月后的自觉症状等各项评分均较治疗前下降,采用 Bonferroni 矫正后,各评分治疗后、停药 1 个月后与治疗前比较差异有统计学意义。见表 8。

表 8 两组患者 GIQLI 积分的比较 分, $\bar{X}\pm S$

指标	治疗前	治疗后	停药 1 个月	指标	治疗前	治疗后	停药 1 个月
自觉症状				社会活动			
对照组	26.75±2.10	16.00±3.39	9.65±2.64	对照组	26.70±2.08	16.80±3.04	11.00±2.32
观察组	26.75±2.10	11.30±2.52	6.20±2.35	观察组	26.85±2.50	10.35±2.76	6.15±2.16
<i>t</i>	0.000	4.982	4.362	<i>t</i>	-0.206	7.031	6.849
<i>P</i>	1.000	<0.001	<0.001	<i>P</i>	0.838	<0.001	<0.001
$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		25.076, <0.001		$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		44.841, <0.001	
$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		694.006, <0.001		$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		746.533, <0.001	
$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		11.040, <0.001		$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		25.033, <0.001	
躯体生理				特殊疾病			
对照组	26.90±1.71	16.60±2.82	9.95±3.03	对照组	26.60±2.26	15.90±3.26	9.65±2.64
观察组	26.80±2.04	11.20±2.53	5.85±2.11	观察组	26.60±2.04	10.95±2.52	6.00±2.18
<i>t</i>	0.168	6.383	4.961	<i>t</i>	0.000	5.371	4.769
<i>P</i>	0.868	<0.001	<0.001	<i>P</i>	1.000	<0.001	<0.001
$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		38.170, <0.001		$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		27.785, <0.001	
$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		790.632, <0.001		$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		736.024, <0.001	
$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		16.078, <0.001		$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		13.044, <0.001	
心理情绪				总分			
对照组	27.35±1.90	14.55±3.27	9.50±2.54	对照组	134.30±7.53	79.85±9.28	49.75±6.52
观察组	26.70±1.72	11.60±1.93	5.35±1.87	观察组	133.70±5.53	55.40±8.05	29.55±6.24
<i>t</i>	1.134	3.476	5.876	<i>t</i>	0.287	8.901	10.012
<i>P</i>	0.264	0.002	<0.001	<i>P</i>	0.776	<0.001	<0.001
$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		37.579, <0.001		$F_{\text{组间}}, P_{\text{组间}}$		92.912, <0.001	
$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		802.422, <0.001		$F_{\text{组内}}, P_{\text{组内}}$		2 175.866, <0.001	
$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		6.235, 0.003		$F_{\text{交互}}, P_{\text{交互}}$		37.488, <0.001	

2.5 两组患者的不良反应及并发症情况

仅观察组有 1 例患者治疗后出现肝功能指标

异常,谷丙转氨酶及谷草转氨酶指标升高,未超过 2 倍,考虑患者既往有脂肪肝病史且停药随诊 1 个

月后复查肝功能指标未见明显变化,暂不考虑药物引起肝功能损害,与患者沟通后,药物上给予甘草酸二铵胶囊 100 mg,3 次/d,饭后口服,同时嘱适当休息,避免过度劳累及饮酒。1 个月后再复查肝功能,提示谷丙转氨酶及谷草转氨酶恢复至正常范围。

3 讨论

关于糜烂性胃炎患者的发病原因,目前比较公认的是 Hp 感染、高胃酸分泌、自身免疫、长时间口服非甾体类抗炎药,致使胃黏膜的自身修复机制降低,胃部生态环境破坏,胃黏膜屏障功能受到损伤。表现为在炎症作用的影响下会出现胃黏膜增生、供血不佳等现象^[8],主要通过抑制胃酸分泌、消除炎症、增强胃黏膜血流量等途径进行治疗。

胃黏膜具有丰富的血供,在各种应激反应、胃黏膜缺血或化学物质作用时可产生大量的氧自由基,很容易造成微循环障碍。在胃黏膜损害中,酶系统和非酶系统产生大量氧自由基,氧自由基与膜内多价不饱和脂肪酸结合造成脂质过氧化损害,产生 MDA 等脂质过氧化物。同时胃黏膜含有高浓度非蛋白质巯基,氧自由基可作用于巯基使蛋白质变性、酶失活。机体内 SOD 活性与脂质过氧化反应产生的分解产物如 MDA 浓度之间的比例,不仅可以反映机体局部或整体的炎症反应情况,还可反映机体抗氧化反应的能力^[9]。VEGF 的正常表达有助于病灶血管的重新生成、分布及病灶组织的修复;PGE2 能抑制胃酸分泌,促进黏液产生和碳酸氢盐分泌,调节胃肠道平滑肌收缩,在胃溃疡愈合过程中发挥重要作用^[10]。

中医学将慢性糜烂性胃炎归属于胃脘痛、痞满等范畴,可表现为胃脘痛、痞满、嗳气、嘈杂等症状。多为本虚标实,虚实夹杂之证,以脾虚为本,在各种诱发因素作用下,导致湿热痰浊,瘀血互生,终至膜络损伤而成。柯晓教授认为“脾虚、湿热、痰瘀”为该病基本病机,以脾虚为本,湿热、痰阻、血瘀为标^[11];黄春林教授认为该病基本病机为脾胃虚弱,脾失健运,提出健脾五法的理论以指导临床^[12]。慢性糜烂性胃炎多以脾虚为主,如久病日久,血瘀不化,则会发生胃黏膜萎缩,以致癌变。

有研究发现,胃复春胶囊能改善慢性萎缩性胃炎及胃癌患者的临床症状,改善胃黏膜不典型增生,降低血清肿瘤坏死因子 α 、IL-6 等炎症因子的水平,表明胃复春能较好地减轻胃黏膜的炎症反应^[13-14]。胃复春胶囊可显著降低胃溃疡大鼠胃液分泌量,抑制胃蛋白酶活性,提高胃抗氧化酶活性,降低血清炎症因子水平^[15]。

胃复春胶囊由红参、枳壳、香茶菜组成,有健脾益气、活血解毒、行气除痞之功效。其中红参有益气固本、安神益智作用,还可改变和提高机体免疫

力,保护多脏器功能,对中枢神经有调节作用^[16];枳壳调畅气机、消积散痞;香茶菜行气活血、清热解毒,对 Hp 有明显的抑制作用,能改善胃黏膜病变部位血液循环状态,消除炎症,促进病损组织再生修复^[17-19]。三七补血,祛瘀损,止血衄,消肿定痛,能通能补,且已用于糜烂的临床治疗^[4,20],具有良好的治疗效果。

本研究观察胃复春配伍三七粉联合治疗慢性糜烂性胃炎的疗效及对相关血清因子表达的影响。本研究结果显示,治疗后观察组患者的内镜下治疗总有效率(94.44%)显著高于对照组(77.78%),差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的中医症状改善较好,治疗总有效率(96.30%)显著高于对照组(64.81%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。中医症状积分结果显示,两组胃脘痛、痞满、食欲不振、疲倦乏力积分结果均显著降低($P < 0.05$),且观察组治疗后各症状积分及总积分均显著低于对照组($P < 0.05$);治疗后,两组相关血清因子 SOD、MDA、VEGF、PGE2 均显著增高($P < 0.05$),观察组抗脂质过氧化反应的能力进一步提高($P < 0.05$);血清 VEGF、PGE2 水平观察组高于对照组($P < 0.05$),促进了胃黏膜再生,增加了微血管循环;GIQLI 评分两组治疗前及 1 个月后随访比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 结论

无论是内镜下糜烂程度分析还是中医证候表现、患者主观感受、机制研究都表明,胃复春加三七粉的中药组合治疗糜烂性胃炎的临床效果好于传统西药,建议在胃溃疡患者临床治疗期间推广应用,胃复春用于慢性糜烂性胃炎的治疗属于新应用拓展,但本研究样本量较小,未设盲法,属于单中心实验,希望今后开展更大样本量的多中心随机对照临床试验对临床疗效做进一步的验证。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见精简版(2017 年,上海)[J]. 上海医学,2017,40(12): 705-708.
- [2] Campana D, Ravizza D, Ferolla P, et al. Risk factors of type 1 gastric neuroendocrine neoplasia in patients with chronic atrophic gastritis. A retrospective, multi-centre study[J]. Endocrine, 2017, 56(3): 633-638.
- [3] 韩啸,李军祥.《胃复春治疗萎缩性胃炎癌前病态临床应用专家共识》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(2): 122-125.
- [4] 黄菊萍,王建华,谭禾英,等. 白及三七散治疗慢性糜烂性胃炎 31 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(19): 36-38.
- [5] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.

- [6] 张声生,周强.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [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,2002:101-102.
- [8] 卞立群,王风云,陈婷,等.《中药新药用于慢性胃炎的临床疗效评价技术指导原则》中萎缩性胃炎与癌前病变内容解读[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):323-326.
- [9] 李慧臻,马佳乐,梁欣奕,等.五丹胃福颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效回顾性分析[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):346-350,358.
- [10] 陈志清,刘微,罗文忠,等.胃溃疡患者血清 PAF 及 PGE2 含量变化的临床意义[J].现代医院,2020,20(10):1548-1550.
- [11] 刘启鸿,赵培琳,方文怡,等.基于“脾虚、湿热、痰瘀”论治隆起糜烂性胃炎探赜[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(1):65-67.
- [12] 顾叶文,王志科,李虎才,等.黄春林教授运用健脾五法治疗慢性糜烂性胃炎经验[J].中国医药导报,2021,18(21):130-133.
- [13] 赵楠,陆玉婷,霍永利,等.化浊解毒方联合穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(9):599-604.
- [14] 王文娟,李海可,马蕾,等.胃复春对 Hp 感染萎缩性胃炎大鼠模型胃黏膜组织 IL-6/JAK2/STAT3 信号通路的影响[J].中华医院感染学杂志,2022,32(13):1987-1991.
- [15] 潘海春,汪玲羽,顾赞华.胃复春胶囊通过抑制 AQP3 调节炎症性水液代谢障碍改善大鼠急性胃溃疡[J].中国现代应用药学,2023,40(6):765-772.
- [16] 田杨,胡文,杨坤,等.胃复春综合评价研究[J].药物流行病学杂志,2022,31(3):147-153.
- [17] 周建红,李雅静,邢颖,等.胃复春胶囊联合多潘立酮治疗脾虚型功能性消化不良 55 例[J].浙江中医杂志,2021,56(12):894-895.
- [18] 陈炜,陈婉姬,杨明华.胃复春片对功能性消化不良大鼠胃肠功能的影响[J].中国现代应用药学,2019,36(7):829-832.
- [19] 夏菲珍,许丰.胃复春片联合莫沙必利对功能性消化不良患者胃容受和内脏高敏感性的影响[J].中国现代医生,2020,58(32):45-48.
- [20] 徐晴.摩罗丹联合三七粉治疗胃癌前病变的疗效评价研究及初步机制探索[D].北京:中国中医科学院,2022.

(收稿日期:2023-06-12)

(上接第 48 页)

- [14] 张瑞芬,党林林,王智业,等.慢性萎缩性胃炎中医辨证结合微观辨证的研究进展[J].中国中医药科技,2022,29(3):519-521.
- [15] 张瑞芬,任国华,牛兴东.牛兴东基于“肝胃同治”治疗脾胃病经验[J].中国民间疗法,2021,29(11):25-28.
- [16] 房静远,杜奕奇.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [17] 李军祥,陈諝,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [18] Yin Y,Liang HL,Wei N,et al.Prevalence of chronic atrophic gastritis worldwide from 2010 to 2020: an updated systematic review and meta-analysis[J].Ann Palliat Med,2022,11(12):3697-3703.

(收稿日期:2023-05-15)