

UC患者肠镜下常见肠黏膜充血、肿胀、糜烂、渗血等瘀血征象,活检病理组织学常见大量血栓形成,均说明UC病在血分。现代研究认为,血瘀既是UC局部与全身的重要病理变化,亦是其复发的病理基础之一^[6]。UC活动期患者BPC增多,正与这一“瘀血致病”的病机理论相符合。

对UC的治疗,5-氨基水杨酸、激素、水杨酸偶氮磺胺吡啶(SASP)及免疫抑制剂等虽有一定疗效,然存在耐药性及较多不良反应的弊端,给患者生活质量带来很大影响^[6]。研究发现,某些中药制剂有类似肝素抗凝作用,能有效改善UC患者血液高凝状态^[10]。肠愈宁为中药复方,通过多年的临床观察研究,发现其可以改善肠道微循环,消除肠道炎症,保护肠黏膜,预防出血,同时使溃疡面快速愈合,从而达到扶正祛邪,标本兼顾目的。本实验UC活动期患者血浆D-D和BPC较正常人偏高,提示存在高凝状态及继发纤溶亢进;治疗后血浆D-D和BPC下降,提示肠愈宁可以有效改善血液高凝状态,推测调整D-D水平,抑制血小板的活化状态可能是肠愈宁发挥作用的重要机制。综合考虑,血浆D-D和BPC可以作为UC活动期的重要非特异性指标,为临床诊治提供参考。肠愈宁对UC活动期有较好的治疗效果,可以为临床治疗UC提供更多的选择。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎

症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2007, 12(8): 545-550.

- [2] Hatoum OA, Spinelli KS, Abu-Hajir M, et al. Mesenteric venous thrombosis in inflammatory bowel disease[J]. J Clin Gastroentero, 2005, 39(1): 27.
- [3] 肖琳, 李岩. 活动期溃疡性结肠炎患者血小板功能与凝血纤溶功能的变化[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2011, 20(5): 443-445.
- [4] Larsen TB, Nielsen JN, Fredholm L, et al. Platelets and anticoagulant capacity in patients with inflammatory bowel disease [J]. Pathophysiol Haemost Thromb, 2002, 32(2): 92-96.
- [5] Bjerregaard LT, Nederby NT, Fredholm L, et al. Hyperhomocystein-aemia. Coagulation pathway activation and thrombophilia in patients with inflammatory bowel disease[J]. Scand J Gastroentero, 2002, 37(1): 62.
- [6] 陈隆典, 杨英. 炎症性肠病疾病活动程度与血小板参数的相关性分析[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(11): 771.
- [7] 林晋豪, 张杨. 谢晶日教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 世界中医药, 2013, 8(4): 423-424.
- [8] 林燕, 李兴广. 活血解毒法对溃疡性结肠炎患者血小板的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(9): 793.
- [9] 吴新宇, 姜爱芳. 艾迪莎治疗溃疡性结肠炎126例临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(5): 160.
- [10] 黄柳向. 丹参注射液干预治疗对溃疡性结肠炎高凝状态的影响[J]. 中医药学刊, 2005, 23(10): 1901-1902.

(编辑: 骆欢欢)

胃炎1号方治疗慢性浅表性胃炎(脾胃湿热型)50例临床观察

余优芬

舟山市中医骨伤联合医院, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察胃炎1号方治疗慢性浅表性胃炎(CSG)(脾胃湿热型)的临床疗效。方法: 将100例CSG患者随机分为2组各50例。对照组给予施维舒胶囊; 腹胀明显加服吗丁啉; 幽门螺杆菌(Hp)阳性者加克拉霉素分散片及阿莫西林胶囊。观察组在对照组治疗基础上加服胃炎1号方。2组疗程均为8周。治疗前后进行胃镜检查, 观察Hp清除率及餐后饱胀不适、早饱和上腹部疼痛改善情况。结果: 内镜下胃黏膜疗

[收稿日期] 2013-07-26

[作者简介] 余优芬(1969-), 女, 主治中医师, 主要从事中医内科临床工作。

效总有效率观察组 96.0%，对照组 80.0%，观察组优于对照组 ($P < 0.05$)；胃黏膜组织学疗效总有效率观察组 92.0%，对照组 76.0%，观察组优于对照组 ($P < 0.05$)；中医证候疗效总有效率观察组 100%，对照组 78.0%，观察组优于对照组 ($P < 0.05$)；Hp 清除率对照组 70.3%，观察组 81.6%，2 组比较，差异无显著性意义 ($P > 0.05$)；观察组餐后饱胀不适、早饱感和上腹部疼痛的总有效率分别为 97.4%、100%和 97.7%均分别优于对照组 80.0%、84.2%和 81.4% ($P < 0.05$)；观察组复发率 35.0%低于对照组 62.1% ($P < 0.05$)。结论：胃炎 1 号方能明显减轻 CSG (脾胃湿热型) 患者的临床症状，提高临床疗效，并能降低复发率。

[关键词] 慢性浅表性胃炎 (CSG)；脾胃湿热证；胃炎 1 号方

[中图分类号] R573.3+1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0069-04

慢性浅表性胃炎(CSG)是由多种致病因素引起胃黏膜的慢性炎症性病，约占接受胃镜检查患者的 90%，其发病率在各种胃病中居于首位，严重影响人们的生活质量。现代医学对 CSG 进行了广泛深入的研究，取得了一定的进展，但迄今对 CSG 发生的机制尚未完全明确，现代医学仍无特效药物，多为对症治疗，如抑制幽门螺杆菌(Hp)感染、保护胃黏膜、减少胃酸分泌、促进胃肠蠕动等，但因本病病程较长，需长期服药，西药不同程度的存在毒副作用，且易产生耐药性。而采用中医中药的手段治疗 CSG 显示出独特的疗效优势，CSG 成为中医药治疗的优势病种之一^[1-2]。胃炎 1 号方是笔者临床经验方，本研究观察了该方配合西医常规疗法治疗 CSG(脾胃湿热型)的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)》^[3]：①以反复或持续性上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛，进食后加重，伴嗝气、反酸、恶心、纳差等为临床表现；或伴上腹部压痛；②胃镜检查及胃黏膜活检提示慢性活动性炎症征象；③B 超及其他检查(如 CT)排除肝胆病及胰腺病等；④慢性胃炎的诊断应包括病因、病变部位、组织学形态(包括炎症程度、活动性以及有无 Hp 等)，并对各种组织学形态程度进行分级(无、轻、中、重)。与组织学平行，对内镜所见也进行分类诊断及分级。

1.1.2 Hp 诊断方法 参照《幽门螺杆菌若干问题的共识意见》^[4]，本研究采用 ¹⁴C-尿素呼气试验。

1.1.3 脾胃湿热证辨证标准^[5] 主症：胃脘疼痛，胃脘胀满，纳呆；次症：胃脘灼热，大便溏，口苦、口臭；渴不欲饮；尿黄；舌象脉象：舌质红、边尖深

红、苔黄厚或腻，脉弦滑或滑数。具有主症 2 项，或具备主症 1 项及次症 2 项，结合舌脉可确诊。

1.2 一般资料 观察病例为 2011 年 4 月~2013 年 3 月的本院患者，共 100 例。随机分为 2 组各 50 例。对照组男 27 例，女 23 例；年龄 24~61 岁，平均(47.8±9.5)岁；病程 1~13 年，平均(6.4±3.1)年；Hp 阳性 37 例。观察组男 30 例，女 20 例；年龄 20~59 岁，平均(48.2±10.3)岁；病程 1~15 年，平均(6.7±3.3)年；Hp 阳性 38 例。2 组性别、年龄、病程、Hp 感染情况等一般资料经统计学处理，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.3 纳入与排除标准 ①符合上述 CSG 中西医诊断标准；②年龄 18~65 岁者；③近 2 周内未服用与本病相关的治疗药物；④取得知情同意者。并排除：①合并有胃、十二指肠溃疡，胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者；②合并有心、脑血管、肝、肾、造血系统等原发性疾患，精神病患者；③合并有消化道出血或胃手术后患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 施维舒胶囊，每次 1 粒，每天 3 次；腹胀明显加吗丁啉，每次 10mg，每天 3 次，餐前 30min 服用。Hp 阳性者加克拉霉素分散片，每次 0.5g，每天 2 次；阿莫西林胶囊，每次 0.5g，每天 2 次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加服胃炎 1 号方，药物组成：黄连 6g，白花蛇舌草、炒白术各 20g，蒲公英、佩兰、延胡索、陈皮各 15g，高良姜、苍术各 12g，炒栀子、姜黄、佛手、炒蒲黄(包)、炙甘草各 10g。每天 1 剂，常规水煎分 2 次服用。

2 组疗程均为 8 周，对内镜下痊愈和显效者进行 3 月随访。

3 观察指标与统计学方法

3.1 中医症状、体征评分^[4] 治疗前、治疗后4周和8周后进行1次评分。①胃脘疼痛：无：0分；轻度：2分(轻微胃脘痛，时作时止，不影响工作和休息)；中度：4分(胃脘痛可忍，发作频繁，影响工作和休息)；重度：6分(胃脘痛难忍，持续不止，常需服用止痛药)。②胃脘胀满：无：0分；轻度：2分(偶有胃脘胀满)；中度：4分(胃脘胀满，每天<6h)；重度：6分(胃脘持续胀满，影响工作和休息)。③纳呆：无：0分；轻度：2分(食欲较差，饭量减少1/2以下)；中度：4分(食欲差，饭量减少1/2~2/3)；重度：6分(无食欲，饭量减少2/3以上)。④胃脘灼热：无：0分；轻度：1分(胃脘灼热较轻，每天<4h)；中度：2分(胃脘灼热较重，每天≥4h)；重度：3分(胃脘持续灼热，影响工作和休息)。⑤口苦、口臭：无：0分；轻度：1分(偶有口苦)；中度：2分(经常口苦口臭)；重度：3分(持续口苦、口臭)。⑥渴不欲饮：无：0分；轻度：1分(偶有口干而不欲饮)；中度：2分(饮水后胃部不适)；重度：3分(饮水后胃中振水声)。⑦大便溏：无：0分；轻度：1分(大便稀，每天<3次)；中度：2分(大便稀，每天3~4次)；重度：3分(大便溏薄，每天≥4次)。尿黄：无：0分；轻度(1分)：小便稍黄；中度(2分)：小便黄而少；重度(3分)：小便深黄、尿量明显减少。

3.2 Hp 检查 ¹⁴C-尿素呼气试验，治疗前后各1次。

3.3 内镜下胃黏膜观察及病理检查 治疗前后各1次。

3.4 统计学方法 采用SPSS16.0统计分析软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①内镜下胃黏膜疗效评定^[5]，分别对内镜下红斑、糜烂、出血和胆汁反流的情况加以统计，计算各单个镜下表现的改善等级及总积分改善程度。痊愈：胃黏膜正常；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。②胃黏膜组织学疗效评定^[6]，分别对病理状态下慢性炎症、活动性和肠上皮化生的情况加以统计，计算各单个病理表现的改善等级及总积分改善程度。痊愈：胃黏膜病理无明显

异常；显效：胃黏膜病理积分减少2级；有效：胃黏膜病理积分减少1级；无效：胃黏膜炎症程度无改变或加重。③主要症状疗效评价标准^[6]，主要症状(餐后饱胀不适、早饱感、上腹部疼痛)的记录与评价。按症状改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%，计算症状改善百分率。痊愈：症状消失；显效：症状改善百分率≥80%；进步：≥50%但<80%；无效：<50%；恶化：症状改善百分率负值。④中医证候疗效评定标准^[6]，痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥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%。

4.2 2组内镜下胃黏膜疗效比较 见表1。内镜下胃黏膜疗效总有效率观察组96.0%，对照组80.0%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组内镜下胃黏膜疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	20	9	11	10	80.0
观察组	50	29	11	8	2	96.0 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组胃黏膜组织学疗效比较 见表2。胃黏膜组织学疗效总有效率观察组92.0%，对照组76.0%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组胃黏膜组织学疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	18	11	9	12	76.0
观察组	50	24	15	7	4	92.0 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2组中医证候疗效比较 见表3。中医证候疗效总有效率观察组100%，对照组78.0%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组中医证候疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	22	10	7	11	78.0
观察组	50	33	11	6	0	100 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.5 2组Hp清除率比较 对照组治疗前Hp阳性37例，治疗后11例，清除率70.3%；观察组治疗前

Hp 阳性 38 例, 治疗后 7 例, 清除率 81.6%, 2 组比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。

4.6 2 组主要症状疗效比较 见表 4。治疗后观察组餐后饱胀不适、早饱感和上腹部疼痛的总有效率分别为 97.4%、100% 和 97.7% 均分别优于对照组的 80.0%、84.2% 和 81.4% ($P < 0.05$)。

表 4 2 组主要症状疗效比较 例

疗效	餐后饱胀不适		早饱感		上腹部疼痛	
	对照组	观察组	对照组	观察组	对照组	观察组
n	40	39	38	40	43	43
痊愈	18	25	17	24	19	26
显效	8	9	8	13	8	12
进步	6	4	7	3	8	4
无效	7	1	5	0	7	1
恶化	1	0	1	0	1	0
总有效率(%)	80.0	97.4 ^①	84.2 ^①	100 ^①	81.4	97.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.7 2 组复发率比较 胃镜下胃黏膜结果中观察组痊愈加显效共 40 例, 随访 3 月后复发 14 例, 复发率 35.0%; 对照组痊愈加显效共 29 例, 随访 3 月后复发 18 例, 复发率 62.1%; 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

5 讨论

据 CSG 的症状表现应属于中医学胃脘痛、肝胃气痛、胃痞、嘈杂等范畴。中医学认为该病发生主要与饮食、情志因素、感受邪气、禀赋不足等有关。饮食不洁, 邪(主要是湿邪、热邪)随口入, 侵犯脾胃, 运化失职, 纳降受碍, 气机不畅, 胃失和降致痞满、疼痛、呕吐等症^[3]。其中脾胃湿热型临床多见, 有研究显示该型占 CSG 临床常见证型的 55%^[6]。叶天士指出: “外邪入里, 里湿为合, 在阳旺之躯, 胃湿恒多; 在阴盛之体, 脾湿亦不少, 然其化热则一。” 并指出湿热侵犯人体的病变重心在中焦脾胃, 如“湿伤脾胃”、“湿郁脾胃之阳”等。可见湿邪、热邪与脾、胃病密切相关^[7]。脾胃湿热是邪气最盛、邪正交争的剧烈阶段, 胃镜下多表现为黏膜充血、水肿、糜烂或伴出血点等急性炎症改变, 为活动性炎症^[8]。

笔者自拟胃炎 1 号方中以黄连清热燥湿, 白花蛇舌草清热利湿, 蒲公英清热解毒, 炒栀子清热解毒, 佩兰芳香化湿、醒脾开胃, 炒白术、苍术健脾燥湿, 陈皮理气、健脾、燥湿, 延胡索、姜黄活血、理气、止痛, 炒蒲黄活血化瘀止痛, 延胡索、佛手行气止痛, 高良姜温胃散寒止痛, 炙甘草和中止痛, 全方共奏清热除湿、理气和中止痛之功。

本组资料显示, 观察组加用胃炎 1 号方治疗后, 胃镜疗效、病理检查疗效及中医证候疗效均明显优于对照组, 观察组餐后饱胀不适、早饱感和上腹部疼痛等主要症状的改善也明显优于对照组。对痊愈和显效患者进行 3 月的随访, 观察组的复发率明显低于对照组, 提示了胃炎 1 号方作用持久, 能降低 CSG 的复发率。

[参考文献]

- [1] 王玉桦, 方显明. 中医药治疗慢性胃炎的临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(6): 550-552.
- [2] 魏明, 屈华, 邵明义, 等. 中医药治疗慢性浅表性胃炎随机对照试验的系统评价与 Meta 分析[J]. 新中医, 2010, 42(11): 104-106.
- [3] 张声生, 李乾构, 黄穗平, 等. 慢性浅表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(3): 207.
- [4] 张万岱, 萧树东, 胡伏莲, 等. 幽门螺杆菌若干问题的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(2): 126.
- [5] 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.
- [6] 劳绍贤, 周正, 林文良, 等. 建立慢性浅表性胃炎脾胃湿热证诊断标准的探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 365-367.
- [7] 李兴华, 江玉, 郝小鹰. 连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎 55 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15): 293-297.
- [8] 王小娟, 郭建生, 李倩, 等. 灭幽汤对湿热型幽门螺杆菌相关性胃炎的疗效分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2008, 14(1): 67-68.

(编辑: 马力)