

- 治疗胃食管反流病 18 个月疗效观察[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(8): 744-748.
- [2] 张声生, 李乾构, 朱生, 等. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [3] 李志, 段国勋, 陈拥军, 等. 反流性胃食管反流病的中医证候研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(3): 223-225.
- [4] 刘汶, 王仲霞, 韩俚俚, 等. 中西医结合治疗胃食管反流病(下)胃食管反流病中医证候流行病学研究[J]. 北京中医药, 2008, 27(4): 243-244.
- [5] 王韶明, 张静, 贾云杰, 等. 气滞胃痛颗粒治疗餐后不适综合征型功能性消化不良 40 例[J]. 光明中医, 2013, 28(12): 2560-2561.
- [6] 刁云鹏, 韩凌, 李坤, 等. 气滞胃痛颗粒对胃肠动力作用的影响[J]. 中成药, 2011, 33(8): 1307-1311.
- [7] 陈亚双, 孙世伟. 柴胡的化学成分及药理作用研究进展[J]. 黑龙江医药, 2014, 27(3): 630-633.
- [8] 章斌, 金剑, 金芝贵, 等. 枳壳的药理作用与临床应用进展[J]. 医药导报, 2013, 32(11): 1462-1464.
- [9] 黄凯玲, 肖刚, 黄建红, 等. 香附化学成分及药理作用研究进展[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3): 491-492.
- [10] 王红, 田明, 王淼, 等. 延胡索现代药理及临床研究进展[J]. 中国药学报, 2010, 38(6): 108-110.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 胃炎 1 号和胃炎 2 号颗粒制剂治疗慢性浅表性胃炎疗效观察

王智勇, 刘敏

广州市荔湾区中医医院消化内科, 广东 广州 510140

**[摘要]** 目的: 观察中药复方胃炎 1 号(清肝和胃止痛方)、胃炎 2 号(清热化湿舒胃方)颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的临床疗效。方法: 45 例肝胃不和型随机分为治疗组(30 例)和对照组(15 例), 50 例脾胃湿热型随机分为治疗组(35 例)和对照组(15 例), 分别予中药复方胃炎 1 号、胃炎 2 号颗粒制剂; 对照组给予莫沙必利。4 周后观察治疗前后主要症状改善情况。结果: 在肝胃不和型患者中, 治疗组 7 个观察指标及总分治疗后均有改善 ( $P < 0.05$ ), 对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ), 治疗组患者在渴不欲饮、嘈杂、黄腻苔和总分的改善方面均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。在脾胃湿热型患者中, 治疗组 7 个观察指标及总分治疗后均有改善 ( $P < 0.05$ ), 对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ), 治疗组在嘈杂、黄腻苔和总分的改善方面均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中药复方胃炎 1 号、胃炎 2 号颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性浅表性胃炎具有较好疗效。

**[关键词]** 慢性浅表性胃炎; 清肝和胃止痛方; 清热化湿舒胃方; 临床疗效

**[中图分类号]** R573.3<sup>+</sup>1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0080-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.038

慢性浅表性胃炎(Chronic superficial gastritis, CSG)是由多种致病因素引起的慢性胃黏膜炎性病变, 是临床常见病、多发病<sup>[1]</sup>。慢性胃炎病程迁延, 病情易反复而影响患者身心健康。慢性胃炎属中医学胃脘痛、痞满、嘈杂、腹胀等范畴, 临床上可出现多种证候, 其中肝胃不和、脾胃湿热证为常见证型。近年来, 笔者运用胃炎 1 号(清肝和胃止痛方)、胃炎 2 号(清热化湿舒胃方)颗粒制剂治疗肝胃不和型、脾胃湿热型慢性

浅表性胃炎, 取得较好疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 10 月—2013 年 10 月本院门诊 CSG 患者, 共 95 例。所有患者均由两位副主任中医师按照诊断标准进行辨证, 肝胃不和型患者 45 例, 脾胃湿热型 50 例。采用随机分为治疗组和对照组, 肝胃不和型治疗组 30 例, 男 7 例, 女 23 例; 年龄(49.9±19.2)岁; 病程平均 18.8 年。对

**[收稿日期]** 2014-12-02

**[基金项目]** 广州市荔湾区科技局课题 (20121214026-2)

**[作者简介]** 王智勇 (1980-), 男, 主治中医师, 研究方向: 内科常见疾病。

对照组 15 例,男 3 例,女 12 例;年龄(48.1± 11.8)岁;病程平均 5.4 年。脾胃湿热型治疗组 35 例,男 18 例,女 17 例;年龄(41.6± 12.1)岁;病程平均 26.5 年。对照组 15 例,男 12 例,女 3 例;年龄(45.5± 17.0)岁;病程平均 13.1 年。2 种证型中治疗组和对照组在性别、年龄、病程方面比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[2]</sup>,选取肝胃不和型、脾胃湿热型。肝胃不和型:主症:①胃脘胀痛;②痞塞不舒,情绪不遂时易加重或复发;次症:①两胁胀满;②纳少泛恶;③心烦易怒,善叹息;④舌淡红、苔薄白;⑤脉弦。脾胃湿热型:主症:①脘腹痞满;②舌质红、苔黄腻,脉滑或数;次症:①食少纳呆;②口干口苦;③身重困倦;④小便短黄;⑤恶心想呕。

1.3 纳入与排除标准 年龄 18~70 岁,本研究知情并同意调查的患者。排除标准:妊娠期或哺乳期妇女,有意识障碍、智力障碍、精神疾病等其他特殊疾病不能很好的理解该研究项目以及不能独立完成问卷者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 非肝胃不和型和脾胃湿热型。采用西药莫沙必利(新络纳)5 mg,每天 3 次,饭后口服。疗程 4 周,根据临床疗效及患者依从性可适当调整。

2.2 治疗组 ①肝胃不和型:给予清肝和胃止痛方。组成:木香、厚朴、柴胡、陈皮、枳壳各 12 g,黄连、丁香、大黄(后下)各 6 g,吴茱萸 3 g,延胡索 20 g。加减:有腹泻、便溏者不用或少用大黄。②脾胃湿热型:给予清热化湿舒胃方。组成:藿香、郁金各 10 g,川厚朴、柿蒂各 15 g,法半夏 12 g,茯苓、黄芩各 20 g,蒲公英 30 g。每天 1 剂,水煎,分 2 次服。疗程 4 周,根据临床疗效及患者依从性可适当调整。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 指标评分 见表 1。选取胃脘疼痛、腹胀、渴不欲饮、嗝气、吐酸、嘈杂、黄腻苔 7 个主要症状为主要结局评价指标,按其发作程度及持续时间分为“无、轻、中、重”四个等级并赋予“0、1、2、3”分,医生通过询问患者进行填写。

表 1 结局评价指标

| 症状   | 无   | 轻                   | 中                     | 重                   |
|------|-----|---------------------|-----------------------|---------------------|
| 胃脘疼痛 | 无症状 | 隐痛,持续时间每天 <4 h 不需服药 | 疼痛时间较长,每天 ≥ 4 h 时偶需服药 | 反复发作,疼痛剧烈需服药才能缓解    |
| 腹胀   | 无症状 | 腹胀可忍受,不影响工作日常生活     | 腹胀明显,影响工作日常生活,尚可忍受    | 腹胀甚,坐卧不宁,严重影响工作日常生活 |
| 渴不欲饮 | 无症状 | 偶觉口渴                | 有时觉口渴,但不思饮水           | 整日口渴明显,但不思饮水        |
| 嗝气   | 无症状 | 每日 4~6 次            | 每日 7~9 次              | 每日 10 次以上           |
| 吐酸   | 无症状 | 偶有吐酸                | 饮食不慎即吐酸               | 吐酸频                 |
| 嘈杂   | 无症状 | 时觉嘈杂                | 午后嘈杂                  | 每日达 4 次             |
| 黄腻苔  | 无   | 苔薄淡黄稍腻              | 苔较厚,黄腻                | 苔厚,明显黄腻             |

3.2 统计学方法 应用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。

## 4 结果

4.1 2 组肝胃不和型患者治疗前后症状积分比较 见表 2。在肝胃不和型患者中,治疗组的 7 个观察指标及总分治疗后均有改善( $P < 0.05$ ),对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分均较治疗前改善( $P < 0.05$ ),治疗组在渴不欲饮、嘈杂、黄腻苔和总分的改善方面均优于对照组( $P < 0.05$ )。

4.2 2 组脾胃湿热型患者治疗前后症状积分比较 见表 3。在脾胃湿热型患者中,治疗组的 7 个观察指标及总分治疗后均有改善( $P < 0.05$ ),对照组的胃脘疼痛、腹胀、嗝气、吐酸、黄腻苔和总分均较治疗前改善( $P < 0.05$ ),治疗组的渴不欲饮、嘈杂、黄腻苔和总分的改善均优于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组肝胃不和型患者治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 症状   | 治疗组( $n=30$ ) |                          | $t$ 值 | 对照组( $n=15$ ) |                         | $t$ 值 |
|------|---------------|--------------------------|-------|---------------|-------------------------|-------|
|      | 治疗前           | 治疗后                      |       | 治疗前           | 治疗后                     |       |
| 胃脘疼痛 | 5.20± 2.36    | 1.43± 1.50 <sup>①</sup>  | 9.22  | 4.40± 3.18    | 1.60± 1.55 <sup>①</sup> | 5.14  |
| 腹胀   | 4.70± 3.02    | 1.27± 1.66 <sup>①</sup>  | 8.29  | 4.20± 2.96    | 2.00± 1.46 <sup>①</sup> | 3.56  |
| 渴不欲饮 | 1.57± 1.48    | 0.03± 0.18 <sup>②③</sup> | 5.59  | 0.73± 1.22    | 0.60± 1.06              | 1.00  |
| 嗝气   | 1.90± 0.96    | 0.50± 0.51 <sup>①</sup>  | 9.96  | 1.93± 1.10    | 0.73± 0.59 <sup>①</sup> | 4.94  |
| 嘈杂   | 1.27± 0.94    | 0.27± 0.45 <sup>②③</sup> | 6.60  | 0.93± 1.10    | 1.13± 0.99              | -1.00 |
| 吐酸   | 1.17± 0.99    | 0.27± 0.52 <sup>①</sup>  | 6.50  | 1.47± 1.25    | 0.47± 0.52 <sup>①</sup> | 3.42  |
| 黄腻苔  | 1.97± 0.72    | 0.97± 0.49 <sup>②③</sup> | 6.02  | 2.00± 0.66    | 1.47± 0.52 <sup>①</sup> | 2.78  |
| 总分   | 17.77± 4.93   | 4.73± 2.24 <sup>②③</sup> | 13.94 | 15.6± 3.44    | 8.00± 2.45 <sup>①</sup> | 11.38 |

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

表 3 2 组脾胃湿热型患者治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 症 状  | 治疗组(n=35)   |                          | t 值   | 对照组(n=15)  |                         | t 值  |
|------|-------------|--------------------------|-------|------------|-------------------------|------|
|      | 治疗前         | 治疗后                      |       | 治疗前        | 治疗后                     |      |
| 胃脘疼痛 | 5.14± 2.13  | 1.43± 1.50 <sup>①</sup>  | 12.18 | 4.80± 3.17 | 2.20± 1.73 <sup>①</sup> | 4.52 |
| 腹胀   | 4.54± 2.66  | 1.27± 1.66 <sup>①</sup>  | 8.75  | 4.80± 3.17 | 2.00± 1.46 <sup>①</sup> | 4.53 |
| 渴不欲饮 | 3.17± 3.00  | 0.03± 0.18 <sup>②③</sup> | 6.10  | 0.60± 1.06 | 0.47± 0.64              | 0.56 |
| 暖气   | 1.57± 1.60  | 0.50± 0.51 <sup>①</sup>  | 4.03  | 1.40± 1.18 | 0.80± 0.41 <sup>①</sup> | 2.20 |
| 嘈杂   | 0.80± 1.08  | 0.27± 0.45 <sup>②③</sup> | 3.67  | 0.53± 0.99 | 0.53± 0.74              | 0.00 |
| 吐酸   | 1.06± 1.16  | 0.27± 0.52 <sup>①</sup>  | 4.39  | 1.53± 1.13 | 0.27± 0.46 <sup>①</sup> | 4.22 |
| 黄腻苔  | 2.11± 0.80  | 0.97± 0.49 <sup>②③</sup> | 10.62 | 1.87± 0.64 | 1.47± 0.64 <sup>①</sup> | 2.45 |
| 总分   | 18.46± 5.74 | 4.73± 2.24 <sup>②③</sup> | 14.03 | 15.5± 4.87 | 7.73± 2.46 <sup>①</sup> | 9.54 |

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

## 5 讨论

CSG 属中医学胃脘痛、痞满、嘈杂、腹胀等范畴, 其病因有情志失调、饮食不节、脾胃素虚、外邪内侵等多个方面, 其病位在胃, 但与肝、脾、肾关系密切, 治疗上需谨守病机, 以调和阴阳、舒降胃气为基本治法, 以恢复“胃以通降为顺”的生理特点, 调整五脏阴阳平衡。慢性胃炎在临床上可出现多种证候, 笔者选取了临床常见的肝胃不和、脾胃湿热证进行观察。莫沙必利是治疗慢性浅表性胃炎的常用药物之一, 属于萘烯类的药物, 是一种选择性 5-羟色胺 4(5-HT<sub>4</sub>)受体激动剂, 主要通过兴奋胃肠道胆碱能中间神经元及肌间神经丛的 5-HT<sub>4</sub>受体, 促进乙酰胆碱的释放, 从而增强上消化道(胃、肠道)的运动, 改善功能性消化不良患者的胃肠道症状, 研究显示, 本品具有促进胃及十二指肠运动, 加快胃排空的作用, 又不影响胃酸的分泌。而且能够促进胃黏膜上皮的合成, 并刺激其分泌磷脂、重碳酸盐、高分子糖蛋白及内源性前列腺素, 促进黏膜抵御机能的显著提高<sup>[4]</sup>。本研究中以莫沙必利为对照组药物, 在 2 组证型中, 治疗组患者 7 个观察指标及总分均有改善, 部分症状及总分的改善优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

胃炎 1 号以“清肝和胃止痛”为法, 方中藿香芳香化湿, 厚朴行气燥湿, 半夏降气燥湿, 茯苓健脾渗湿, 黄芩清热燥湿, 郁金活血止痛, 行气解郁, 蒲公英清热解毒, 柿蒂降逆止

呕。胃炎 2 号以“清热化湿舒胃”为法, 方中柴胡疏肝理气, 黄连清热燥湿, 吴茱萸疏肝降气, 枳壳、丁香下气理脾, 厚朴下气化湿、陈皮燥湿行气, 木香健脾行气, 延胡索活血止痛, 大黄泻胃热。诸药配合, 标本兼顾, 使脾气得升, 胃气得降, 脏腑气血调和, 气机调畅。

慢性胃炎其病因和发病机制尚未阐明。一般是由于刺激性食物或药物、自体免疫反应、急性胃炎的遗患、十二指肠液反流、幽门螺杆菌(Hp)感染等因素引起胃黏膜充血、水肿或伴渗出, 个体化中药复方的优化, 通过多途径、多环节、多靶点的综合调节而促进 CSG 患者机体的动态平衡, 据临床及药理研究结果认为, 两方之所以能取得较好疗效是其具备了多种作用途径: 一是保护胃黏膜屏障, 消除局部炎症水肿, 促进组织修复, 如蒲公英、黄连等药物; 二是调整胃肠运动, 恢复胃肠神经调节正常功能, 如枳壳、陈皮、厚朴等药物; 三是对幽门螺杆菌有一定的抑制作用, 如大黄、黄连等药物。目前, 国内外学者均认同 Hp 在慢性胃炎发病机制上的重要作用, 而且根除 Hp 对于慢性胃炎的预后也有重要意义<sup>[5]</sup>。治疗组在治疗期间观察无出血、便秘、腹胀、恶心、头痛、皮疹等症状, 安全性较好。

## [参考文献]

- [1] 范明, 廖艳辉, 赖洁珊, 等. 清胃祛湿颗粒联合西药治疗 Hp 阳性慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(5): 63-65.
- [2] 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.
- [3] 朱飞叶, 石灯汉, 王丽, 等. 慢性胃炎中医证候研究进展[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(5): 692-693.
- [4] 全玉丹. 慢性浅表性胃炎的临床特点及替普瑞酮联合奥美拉唑的治疗效果分析[J]. 中国卫生产业, 2013(34): 86, 100.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-679.

(责任编辑: 马力)