

摩罗丹联合维酶素治疗慢性萎缩性胃炎 30 例临床观察

张梦梦¹, 陈婷², 张伦²

1. 杭州市江干区人民医院, 浙江 杭州 310021; 2. 广东省第二中医院, 广东 广州 510095

[摘要] 目的: 观察摩罗丹联合维酶素治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 60 例慢性萎缩性胃炎患者, 随机分为治疗组和对照组, 各 30 例。治疗组给予摩罗丹联合维酶素治疗; 对照组予维酶素治疗。2 组疗程均为 12 周。结果: 临床总有效率治疗组 56.67%, 对照组 23.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。胃镜及病理总有效率治疗组 60.00%, 对照组 30.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中医证候总有效率治疗组 73.33%, 对照组 40.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组不良反应情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 摩罗丹联合维酶素治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效确切, 可改善患者胃镜及病理组织学情况, 同时改善患者临床症状。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 摩罗丹; 维酶素

[中图分类号] R573.3⁺¹

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0044-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.018

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种, 是临床顽固难治的消化系统常见病、多发病。近年来由于人们饮食结构、生活习惯的改变, 加之诊断技术的提高, 其发病率呈逐年上升趋势。研究发现 CAG 与胃癌的发生有着密切的关系, 世界卫生组织已将 CAG 定为癌前病变^[1~2]。目前对 CAG 的发病机制尚未完全阐明, 现代医学对 CAG 缺乏有效的治疗方法。笔者采用摩罗丹联合维酶素治疗 CAG, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 1—12 月杭州市江干区人民医院消化内科门诊或住院 CAG 患者, 共 60 例, 随机分为治疗组和对照组, 各 30 例。治疗组男 16 例, 女 14 例; 年龄 25~68 岁, 平均(33.41±10.32)岁; 病程 1~15 年, 平均(6.23±6.34)年; 幽门螺杆菌阳性者 19 例。治疗组男 13 例, 女 17 例; 年龄 28~65 岁, 平均(35.62±9.34)岁; 病程 1~18 年, 平均(5.87±7.42)年, 幽门螺杆菌阳性者 22 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 2011 年中国中西医结合学会

消化系统疾病专业委员会天津会议《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[3]中相关标准。①临床症状: 上腹部不适、饱胀、疼痛、食欲不振、嗝气、反酸、恶心等消化道症状; ②经胃镜检查及病理诊断证实。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]辨证为脾胃虚弱和胃络瘀血证。

1.4 纳入和排除标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]相关标准。纳入标准 ①符合的 CAG 诊断标准; ②中医诊断为脾胃虚弱和胃络瘀血证的患者; ③纳入试验前 1 月内检查证实诊断, 2 周内未曾服用治疗相关药物; ④年龄 20~70 岁; ⑤自愿参加并签署知情同意书, 有良好的依从性。排除标准 ①合并消化性溃疡, 胃黏膜有重度异形增生或病理诊断疑有恶变者; ②妊娠或哺乳期妇女或对本药过敏者; ③合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予摩罗丹(邯郸摩罗丹药业股份有限公司生产, 批号 00515004), 每次 8 丸, 每天 3 次。维酶素片(湖北绿金子药业有限公司生产, 批号 150402, 规格 0.2 g), 每次 4 片, 每天 3 次。

[收稿日期] 2015-11-10

[基金项目] 广东省科技厅立项资助项目(2012B031800415)

[作者简介] 张梦梦(1984-), 女, 主治医师, 研究方向: 消化内科。

[通讯作者] 陈婷, E-mail: 86825629@qq.com。

2.2 对照组 予以维酶素片口服。疗程 12 周。其中幽门螺旋杆菌(*Helicobacter Pylori*, Hp)(+)患者均给予抗 Hp 规范治疗(质子泵抑制剂(proton pump inhibitors, PPI)+克拉霉素+阿莫西林或 PPI+ 喹诺酮类+ 呋喃唑酮类药物化疗方案, 疗程 1 周。

2 组疗程均为 12 周, 治疗期间应饮食清淡, 忌食刺激性食物。治疗前后均进行血、尿、粪常规、肝肾功能、心电图、胃镜及病理组织学检查, 并详细记录症状变化及不良反应。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组临床疗效及不良反应发生率。

3.2 统计学方法 运用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[3]。临床治愈: 临床主要症状消失, 次要症状基本消失或消失; 胃镜复查活动性炎症消失, 慢性炎症好转达轻度; 活检组织病理证实胃镜所见, 腺体萎缩、肠化和异型增生消失。显效: 临床主要症状消失, 次要症状基本消失; 胃镜复查黏膜急性炎症基本消失, 慢性炎症好转; 活检组织病理证实胃镜所见, 腺体萎缩、肠化和异型增生明显减轻。有效: 主要症状减轻; 胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上, 炎症有所减轻; 活检组织病理证实胃镜所见, 急、慢性炎症减轻, 腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效: 症状、内镜、病理均无好转者。

4.2 胃镜及病理疗效标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[3]。治愈: 胃镜复查活动性炎症消失, 慢性炎症好转达轻度; 腺体萎缩、肠化生和异型增生消失。显效: 黏膜急性炎症基本消失, 慢性炎症好转; 腺体萎缩、肠化生和异型增生明显减轻。有效: 黏膜病变范围缩小 1/2 以上, 炎症有所减轻; 腺体萎缩, 肠化生和异型增生减轻。无效: 内镜及病理所见均无好转者。

4.3 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定中医辨证量表。疗效指数 = (治疗后积分 - 治疗前积分) / 治疗前积分 × 100%。临床痊愈: 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效: 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效: 疗效指数 < 30%。

4.4 2 组临床疗效比较 见表 1。临床总有效率治疗

组 56.67%, 对照组 23.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	2	2	13	13	56.67 ^①
对照组	30	1	2	4	23	23.33

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.5 2 组胃镜及病理疗效比较 见表 2。胃镜及病理总有效率治疗组 60.00%, 对照组 30.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组胃镜及病理疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	2	3	13	12	60.00 ^①
对照组	30	1	2	6	21	30.00

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.6 2 组中医证候疗效比较 见表 3。中医证候总有效率治疗组 73.33%, 对照组 40.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 2 组中医证候疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	5	7	10	8	73.33 ^①
对照组	30	1	3	8	18	40.00

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.7 2 组不良反应比较 见表 4。2 组治疗前后均进行血、尿、大便常规及肝、肾功能检查, 均未见异常。治疗过程中治疗组 1 例(3.33%)出现失眠, 未予处理 2 天后症状自行缓解。对照组 4 例(13.33%)出现腹泻、头晕、失眠、尿路感染, 给予相对应处理措施, 3~4 天后症状均可行缓解。2 组不良反应情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 2 组不良反应比较

组别	n	不良反应	发生率(%)
治疗组	30	1	3.33
对照组	30	4	13.33

5 讨论

CAG 是以胃黏膜固有腺体萎缩常伴肠上皮化生为特点的一类慢性胃炎, 以反复发作的上腹部隐痛、腹胀, 进食后加重为主要临床表现, 同时有暖气、恶心、食欲减退等消化不良的症状。目前认为, CAG

是多种致病因素作用下发生,其发展规律为“正常胃黏膜→浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→胃癌”,CAG属于癌前病变,因其癌变率达2.55%~7.46%^[5],故越来越受到人们的重视。因此,积极治疗CAG是阻断其向胃癌发展的有效手段。现代医学对CAG缺乏有效的治疗方法,近年来中医药对CAG的诊治研究卓有成效。

CAG属于中医学痞满、痞满、胃脘痛等范畴。《素问病机气宜保命集》云:“脾不能行气于肺胃,结而不散,则为痞。”叶天士有“初病在气,久必入血”之说,笔者认为CAG是一个由气及血,由经入络的渐变过程。其发病可因脾胃亏虚,气血生化无源,胃络失养,血行迟滞;可因情志不畅,肝气乘脾,中焦气机失畅,气为血帅,血随气行,气滞则血瘀;也可因过食生冷或禀赋脾阳不振,运化无权,水湿遏阻中焦,血行迟缓,壅滞成瘀。总而言之,本病病位在脾胃,基本病机为脾气亏虚为本,以瘀血痹阻为标。摩罗丹是河北省名老中医李恩复教授根据多年临床经验,潜心研究,精心配制而成的纯中药制剂,由百合、茯苓、玄参、乌药、泽泻、麦冬、当归、白术、茵陈、白芍、石斛、九节菖蒲、川芎、三七、地榆、延胡索、蒲黄、鸡内金组成,具有和胃降逆,健脾消胀,通络定痛之功效,用于治疗慢性萎缩性胃炎及胃痛、胀满、痞闷、纳呆、嗳气、烧心等病症。现代药理学研究显示,川芎、三七、延胡索均有改善胃黏膜下血供的作用,减轻胃黏膜炎症反应^[6-8];茵陈、蒲黄、白芍有改善胃内环境,破坏幽门螺杆菌生存、繁殖的环境;鸡内金可调节胃肠道动力,防止胆汁反流,还能提高消化能力;当归有明显的抑菌作用;乌药对胃肠道平滑肌有兴奋和抑制的双向调节作用,促进消化液分泌;茯苓、白术可提高机体免疫能力。维

酶素是以黄豆为主要原料,经生物发酵后精制加工而成的一种复方制剂。其主要成分为核黄素及核黄素的衍生物。其中维生素12种,以B₂和VE含最多,氨基酸18种,微量元素23种,是临床上治疗CAG常用药物。本研究发现摩罗丹联合维酶素治疗慢性萎缩性胃炎疗效确切,可显著改善患者的临床症状,并可改善患者胃镜及病理组织学变化;不良反应少,值得在临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] Watari J, Chen N, Amenta PS, et al. Helicobacter pylori associated chronic gastritis, clinical syndromes, precancerous lesions, and pathogenesis of gastric cancer development[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20: 5461- 5473.
- [2] Polydorides AD. Pathology and differential diagnosis of chronic, noninfectious gastritis[J]. Semin Diagn Pathol, 2014, 31: 114- 123.
- [3] 中国中西医结合学会消化病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738- 743.
- [4] 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] 陈燕云. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 西部中医药, 2013, 26(4): 123- 126.
- [6] 王爱云, 单兆伟. 慢性萎缩性胃炎从瘀血论治[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(5): 290- 291.
- [7] 冯瑞兵. 摩罗丹联合叶酸治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生的临床研究[J]. 河北中医, 2011, 33(6): 865- 867.
- [8] 李耿. 摩罗丹联合维生素 B12 治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生的临床观察[J]. 西部中医药, 2012, 25(7): 11- 13.

(责任编辑: 马力)