四逆散合颠倒木金散治疗肝胃气滞证幽门螺杆菌感染慢性非萎缩性胃炎临床研究

王君友[1]，朱光辉[2]，陈恩信[3]

1. 台州市路桥区中医院医疗服务共同体内科，浙江 台州 318050
2. 台州市中医院急诊科，浙江 台州 318001
3. 台州市路桥区中医院医疗服务共同体消化内科，浙江 台州 318050

［摘要］**目的：**观察四逆散合颠倒木金散治疗肝胃气滞证幽门螺杆菌（Hp）感染慢性非萎缩性胃炎（CNAG）的临床疗效。**方法：**选取肝胃气滞证Hp感染CNAG患者共64例，随机分为对照组和治疗组各32例。对照组给予铋剂四联疗法治疗，治疗组在对照组的基础上加用四逆散合颠倒木金散治疗。连续治疗2周后，比较2组胃肠道症状分级评分（GSRS）、肝胃气滞证证候评分、Hp根除率及临床疗效。**结果：**治疗组总有效率为90.63%，对照组为65.63%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗前，2组GSRS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组GSRS评分均较治疗前显著降低（$P<0.05$），且治疗组GSRS评分显著低于对照组（$P<0.05$）。治疗前，2组胃脘痞满、胃脘胀痛、胁肋部胀满、嗳气等证候评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组上述各项肝胃气滞证证候评分均较治疗前显著降低（$P<0.05$），且治疗组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗组Hp根除率为84.38%，对照组为56.25%，组间比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**在西医常规治疗的基础上加用四逆散合颠倒木金散治疗肝胃气滞证Hp感染CNAG，能有效改善患者的临床症状，提高Hp根除率及总体临床疗效。

［关键词］慢性非萎缩性胃炎；幽门螺杆菌；肝胃气滞证；四逆散；颠倒木金散；胃肠道症状分级评分
［中图分类号］R573.3　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2023）02-0006-04
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.02.002

Clinical Study on Sini Powder Combined with Diandao Mujin Powder for Chronic Non-Atrophic Gastritis Caused by Helicobacter Pylori Infection with Liver-Stomach Qi Stagnation Syndrome

WANG Junyou, ZHU Guanghui, CHEN Enxin

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Sini Powder combined with Diandao Mujin Powder for chronic non-atrophic gastritis(CNAG) caused by helicobacter pylori(Hp) infection with liver-stomach qi stagnation syndrome. **Methods:** A total of 64 cases of patients with CNAG caused by Hp infection with liver-stomach qi stagnation syndrome were selected and randomly divided into the control group and the treatment group, with 32 cases in each group. The control group was treated with bismuth quadruple therapy, and the treatment group was additionally treated with Sini Powder combined with Diandao Mujin Powder based on the treatment of the control group. After two-week treatment, the scores of Gastrointestinal Symptom Rating Scale(GSRS) and liver-stomach qi stagnation syndrome, the Hp eradication rate and the clinical effects were compared between the two groups. **Results:** The total

［收稿日期］2021-10-09
［修回日期］2022-10-17
［作者简介］王君友（1985-），男，中西医结合主治医师，E-mail：laodeng526wjy@163.com。

effective rate was 90.63% in the treatment group and 65.63% in the control group, the difference being significant($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of GSRS score between the two groups($P>0.05$). After treatment, GSRS scores in the two groups were significantly decreased when compared with those before treatment($P<0.05$), and the GSRS score in the treatment group was significantly lower than that in the control group($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of the scores of liver-stomach qi stagnation syndrome, including stuffiness and fullness in stomach duct, distending pain in stomach duct, distention and fullness in ribs, and belching between the two groups($P>0.05$). After treatment, the scores of the above syndromes in the two groups were significantly decreased when compared with those before treatment($P<0.05$), and the scores in the treatment group were lower than those in the control group($P<0.05$). The Hp eradication rate was 84.38% in the treatment group and 56.25% in the control group, there being significant difference between the two groups($P<0.05$). **Conclusion:** Based on routine western medicine treatment, the additional therapy of Sini Powder combined with Diandao Mujin Powder for CNAG caused by Hp infection with liver-stomach qi stagnation syndrome can effectively improve the clinical symptoms of patients, the Hp eradication rate and the total clinical effect.

Keywords: Chronic non-atrophic gastritis; Helicobacter pylori; Liver-stomach qi stagnation syndrome; Sini Powder; Diandao Mujin Powder; Gastrointestinal Symptom Rating Scale

慢性非萎缩性胃炎(CNAG)是由幽门螺杆菌(Hp)感染、胃酸分泌紊乱以及胆汁反流等引起，严重者可发展为萎缩性胃炎，甚至胃癌[1]。现代医学治疗CNAG多采取保护胃黏膜、抑制胃酸释放等干预方法，可取得一定疗效[2]。Hp感染CNAG归属于中医学胃痛、胃痞等范畴，肝胃气滞证是其核心证候之一[3]。四逆散、颠倒木金散分别载于《伤寒论》《医宗金鉴》，前者功效为透邪解郁、疏肝理脾；后者有活血止痛、行气解郁的作用。笔者近年在西医常规治疗的基础上，应用四逆散合颠倒木金散干预肝胃气滞证Hp感染CNAG患者，效果良好，现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 CNAG诊断参考《中国慢性胃炎共识意见(2017年，上海)》[4]中相关标准。临床症状：上腹部不适、饱胀、隐痛、烧灼痛，疼痛无明显节律性，一般进食后加重；亦常见食欲不振、嗳气、反酸、恶心等消化不良症状；部分患者无临床症状。体征：大多数患者无明显体征，有时可有上腹部轻度压痛或按之不适感；少数患者伴有舌炎、消瘦和贫血。经胃镜证实为慢性非萎缩性胃炎：内镜下可见黏膜红斑、黏膜出血点或斑块、黏膜粗糙伴或不伴水肿、充血渗出等基本表现。经^{14}C-尿素试验确诊为Hp感染。

1.2 辨证标准 参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017年)》[5]中肝胃气滞证标准。主症：胃脘胀满或胀痛，胁肋部胀满不适或疼痛；次症：症状因情绪因素诱发或加重，嗳气频作；舌脉：舌淡红，苔薄白，脉弦。确诊条件：主症2项+次症2项，结合舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准；年龄20~65岁；无胃肠道手术史；知情且签署知情同意书。

1.4 排除标准 妊娠或哺乳期妇女；伴其他脏器严重功能障碍；伴其他类型胃病；对本组用药过敏；入组前1个月内曾有抗Hp相关治疗。

1.5 一般资料 选择2019年11月—2021年6月台州市路桥区中医院接诊的肝胃气滞证Hp感染CNAG患者共64例，随机分为治疗组和对照组各32例。治疗组男11例，女21例；平均年龄(40.03±5.11)岁；平均病程(4.14±0.52)年；内镜分级[6]：Ⅰ级9例，Ⅱ级19例，Ⅲ级4例。对照组男9例，女23例；平

均年龄(40.11±5.15)岁；平均病程(4.09±0.50)年；内镜分级：Ⅰ级11例，Ⅱ级18例，Ⅲ级3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。

2　治疗方法

2.1　对照组　给予铋剂四联疗法治疗。奥美拉唑肠溶胶囊(浙江金华康恩贝生物制药有限公司，国药准字H19991118)，每次20 mg，每天2次，每天早晚餐前半小时口服。阿莫西林胶囊(澳美制药厂，国药准字C20130015)，每次1 g，每天2次，饭后口服。克拉霉素缓释胶囊(广州柏赛罗药业有限公司，国药准字H20051661)，每次0.5 g，每天2次，饭后口服。枸橼酸铋钾胶囊(丽珠集团丽珠制药厂，国药准字H10920098)，每次0.6 g，每天2次，早晚餐前半小时服用。连续治疗2周。

2.2　治疗组　在对照组治疗基础上加用四逆散合颠倒木金散治疗。处方：白芍15 g，柴胡、枳实、郁金各10 g，木香、炙甘草各6 g。随症加减：胃脘部冷痛明显者可去郁金，加高良姜10 g，吴茱萸6 g；食滞者加六神曲、炒山楂、莱菔子各10 g，炒谷芽、炒麦芽各15 g；恶心、干呕明显者加姜半夏、厚朴、紫苏梗各10 g；口泛酸水者加吴茱萸2 g，黄连12 g；有烧心症状者加浙贝母12 g，海螵蛸20 g，煅瓦楞子30 g；病程久者加丹参20 g，茜草10 g；胃内胆汁反流较多者加海螵蛸20 g。每天1剂，由台州市路桥区中医院煎药室代煎，常规煎煮2次，分装成2袋各200 mL，早晚口服，连用2周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①胃肠道症状评分。选用胃肠道症状分级评分(GSRS)[7]评价，包括上腹痛、反酸等15个因子，每个因子都按7级评分，完全没有(1分)、稍微有(2分)、少量有(3分)、中等程度(4分)、较明显不适(5分)、比较严重(6分)、特别严重(7分)，满分105分，分数越高胃肠道症状越重。②肝胃气滞证证候评分。根据《胃肠疾病中医证候评分表》[8]评定，对胃脘痞满、胃脘胀痛、胁肋部胀满、嗳气等证候按4级评分，无(0分)、轻(3分)、中(5分)、重(7分)。③Hp根除率。采用^{14}C-尿素呼气试验测定。④临床疗效。

3.2　统计学方法　采取SPSS22.0统计学软件分析所有数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，行t检验；Hp根除和治疗效果以率(%)表示，行χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　根据《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[5]评定。临床痊愈：肝胃气滞证证候减分率≥95%，显效：70%≤肝胃气滞证证候减分率<95%，有效：30%≤肝胃气滞证证候减分率<70%，无效：肝胃气滞证证候减分率<30%。肝胃气滞证证候减分率=(治疗前证候总评分-治疗后证候总评分)/治疗前证候总评分×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗组总有效率为90.63%，对照组为65.63%，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　例

组　别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	23	4	2	3	90.63
对照组	32	17	2	2	11	65.63
χ^2值						5.851
P值						0.016

4.3　2组治疗前后GSRS评分比较　见表2。治疗前，2组GSRS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组GSRS评分均较治疗前显著降低($P<0.05$)，且治疗组GSRS评分显著低于对照组($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后GSRS评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	56.55±6.73	26.11±3.69①②
对照组	32	56.49±6.71	31.27±4.09①

注：①与同组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后肝胃气滞证证候评分比较　见表3。治疗前，2组胃脘痞满、胃脘胀痛、胁肋部胀满、嗳气等证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组上述各项肝胃气滞证证候评分均较治疗前显著降低($P<0.05$)，且治疗组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

4.5　2组Hp根除率比较　治疗组Hp根除率为84.38%(27/32)，显著高于对照组的56.25%(18/32)，组间比较，差异有统计学意义(χ^2=6.063，P=0.014<0.05)。

表3　2组治疗前后肝胃气滞证证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组别	时间	例数	胃脘痞满	胃脘胀痛	胁肋部胀满	嗳气
治疗组	治疗前	32	5.27±0.63	5.12±0.61	4.98±0.58	4.85±0.57
	治疗后	32	0.95±0.15①②	0.90±0.14①②	0.83±0.12①②	0.80±0.12①②
对照组	治疗前	32	5.31±0.64	5.06±0.59	4.93±0.57	4.80±0.56
	治疗后	32	1.81±0.29①	1.73±0.27①	1.68±0.26①	1.60±0.25①

注：①与同组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

5　讨论

Hp感染是CNAG的重要致病因素，故根除Hp为该病的防治关键，三联疗法、四联疗法等是根除Hp的主要方案[9]。本次对照组施以铋剂四联疗法，取得一定效果。含铋剂四联疗法一般采用奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊、克拉霉素缓释胶囊、枸橼酸铋钾胶囊等联合治疗。其中质子泵抑制剂是目前抑制胃酸分泌作用最强的一类药物，可保护并加速胃黏膜愈合，且可提高胃内pH值，有助于增强抗生素效果；铋剂是一种胃肠黏膜保护药，可促进黏膜腺体再生和愈合，并可抑制Hp所产生的蛋白酶、尿激酶和磷脂酶，有助于提高杀灭Hp病菌；抗生素治疗可有效减少Hp感染[10]。然而，随着抗生素的长期反复应用，其效果亦逐渐下降，且伴随耐药率、复发率的增加，可引起菌群失调等副作用[9]。

中医学认为，CNAG病灶虽在胃，但与肝密切相关。《临证指南医案》言：“肝为起病之源，胃为传病之所。”脾胃位居中焦，是人体气机升降之枢纽，脾主运化，胃主受纳，脾升胃降；肝主疏泄，畅达气机，肝气疏泄正常，气机和顺，脾胃纳运正常，共同完成水谷精微的消化吸收[11]。当今社会节奏快、压力大等不可避免使人患得患失、抑郁寡欢，易致情志不畅、肝气郁结，肝木克土，横逆犯胃，打破了肝胃相和的关系，从而导致上腹部疼痛不适等症[12]，故治宜疏肝理气和胃。临床中，笔者选用四逆散合颠倒木金散治疗，方中以柴胡入肝胆经，升发阳气，疏肝解郁，透邪外出；白芍敛阴养血柔肝，与柴胡合用，以补养肝血，条达肝气，可使柴胡升散而无耗伤阴血之弊；枳实理气解郁，宽胸破结，与白芍相配能理气和血，使气血调和；郁金活血止痛，行气解郁，清心凉血，疏肝利胆；木香行气止痛，调中导滞；炙甘草调和诸药，益脾和中。上述药物合用，共奏疏肝理气、和胃止痛之效。

本研究结果显示，治疗组临床总有效率、Hp根除率明显高于对照组，患者GSRS及肝胃气滞证证候评分均显著低于对照组。表明在常规抗Hp感染的基础上，加用四逆散合颠倒木金散治疗肝胃气滞证Hp感染CNAG，可进一步改善患者的临床症状、提高Hp根除率，临床疗效肯定。

[参考文献]

[1] 彭艳红，蒋亦昕，白光，等. 胃炎康方对慢性非萎缩性胃炎患者胃泌素相关基因调控通路影响[J]. 中国中医药信息杂志，2019，26(2)：42-46.
[2] 王中义，张春城. 硫糖铝联合替普瑞酮和单纯硫糖铝治疗慢性非萎缩性胃炎伴糜烂的效果对比[J]. 医学理论与实践，2018，31(21)：3217-3219.
[3] 黄远程，黄超原，梁怀枫，等. 慢性非萎缩性胃炎与慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律文献研究[J]. 中医杂志，2019，60(16)：1417-1422.
[4] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年，上海)[J]. 胃肠病学，2017，22(11)：670-687.
[5] 张声生，唐旭东，黄穗平，等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志，2017，32(7)：3060-3064.
[6] 张澍田. 慢性胃炎的分类及内镜诊断标准[J]. 中国消化内镜，2007，34(4)：997-1000.
[7] 曹月红，谢地，宋莹. 功能性胃肠病相关评定量表研究进展[J]. 长春中医药大学学报，2015，31(1)：210-213.
[8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医证候评分表[J]. 世界华人消化杂志，2004，12(11)：2701-2703.
[9] 于雷，刘纳文，陈重，等. 黄连汤治疗幽门螺杆菌阳性脾虚湿热型慢性非萎缩性胃炎的疗效分析[J]. 中国慢性病预防与控制，2020，28(12)：921-923.
[10] 耿艳，皇甫沁媛，范利锋，等. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代中西医结合杂志，2019，28(22)：2478-2481.
[11] 李诗文，姜树民. 姜树民从五脏气机升降治疗脾胃病经验[J]. 中医药临床杂志，2019，31(8)：1442-1445.
[12] 陈洪利. 辨证分型治疗慢性浅表性胃炎86例分析[J]. 中医临床研究，2017，9(30)：68-70.

(责任编辑：冯天保，邓乔丹)