

胃祺饮联合西药治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀血证临床研究

胡兴萍, 廖述利, 詹雅珍

绍兴市中心医院医共体总院消化内科, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察胃祺饮联合西药治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)胃络瘀血证的临床疗效。方法: 选取60例CAG胃络瘀血证患者, 以随机数字表法分为对照组与治疗组各30例, 研究过程中2组各脱落1例, 最终纳入2组各29例。对照组给予替普瑞酮胶囊等常规西药治疗, 治疗组在对照组基础上给予胃祺饮治疗, 2组均治疗1个月。比较2组临床疗效、胃黏膜评分, 以及胃泌素(GAS)、降钙素基因相关肽(CGRP)、内皮素(ET)与炎症指标[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C-反应蛋白(CRP)及白细胞介素-6(IL-6)]水平。结果: 治疗后, 治疗组临床疗效总有效率93.10%, 高于对照组68.97% ($P<0.05$)。2组胃黏膜评分均较治疗前降低 ($P<0.05$), 治疗组胃黏膜评分低于对照组 ($P<0.05$)。2组血浆GAS、血清CGRP水平均较治疗前升高 ($P<0.05$), 血清ET水平均较治疗前降低 ($P<0.05$); 治疗组血浆GAS、血清CGRP水平均高于对照组 ($P<0.05$), 血清ET水平低于对照组 ($P<0.05$)。2组血清TNF- α 、CRP及IL-6水平均较治疗前降低 ($P<0.05$), 治疗组血清TNF- α 、CRP、IL-6水平均低于对照组 ($P<0.05$)。结论: 胃祺饮联合西药治疗CAG胃络瘀血证疗效显著, 可有效修复胃黏膜, 调节胃肠激素水平, 减轻炎症反应。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 胃络瘀血证; 胃祺饮; 胃黏膜; 胃泌素; 降钙素基因相关肽; 内皮素; 炎症指标

[中图分类号] R573.3*2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2023) 08-0064-05
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.08.012

Clinical Study on Weiqi Decoction Combined with Western Medicine for Chronic Atrophic Gastritis with Blood Stasis in the Stomach Collateral Syndrome

HU Xingping, LIAO Shuli, ZHAN Yazhen

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Weiqi Decoction combined with western medicine for chronic atrophic gastritis (CAG) with blood stasis in the stomach collateral syndrome. **Methods:** A total of 60 cases of CAG patients with blood stasis in the stomach collateral syndrome were selected and divided into the control group and the treatment group according to the random number table method, with 30 cases in each group, both groups dropped 1 case during the study, and 29 cases were finally included respectively. The control group was treated with routine western medicine including Teprenone Capsules, and the treatment group was additionally treated with Weiqi Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 1 month. The clinical effects, scores of gastric mucosae, and the levels of gastrin (GAS), calcitonin gene-related peptide (CGRP), endothelin (ET) and inflammatory indexes [tumor necrosis factor- α (TNF- α), C-reactive protein (CRP) and interleukin-6 (IL-6)] were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 93.10% in the treatment group, higher than that of 68.97% in the control group ($P<0.05$). The scores of gastric

[收稿日期] 2022-04-25

[修回日期] 2023-02-03

[作者简介] 胡兴萍 (1986-), 女, 硕士, 主治医师, E-mail: huxingping712163@sina.com。

mucosae in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above score in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The levels of plasma GAS and serum CGRP in both groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of serum ET in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the levels of plasma GAS and serum CGRP in the treatment group were higher than those in the control group ($P < 0.05$), and the levels of serum ET in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The levels of TNF- α , CRP and IL-6 in serum in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of TNF- α , CRP and IL-6 in serum in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Weiqi Decoction combined with western medicine has a significant curative effect in the treatment of CAG with blood stasis in the stomach collateral syndrome, which can improve the gastric mucosae and gastrointestinal hormone levels, and reduce inflammatory responses.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Blood stasis in the stomach collateral syndrome; Weiqi Decoction; Gastric mucosae; Gastrin; Calcitonin gene-related peptide; Endothelin; Inflammatory index

慢性萎缩性胃炎(CAG)为消化内科常见的慢性炎症性疾病,临床多表现为上腹部不适、疼痛、饱胀、食欲不振、嗝气等^[1]。本病具有发病率高、病程长等特点,若未及时得到有效治疗,随着病程迁延,易引发胃癌。目前西医治疗本病以缓解胃黏膜炎性反应、改善临床症状为主要目的,常用药物有胃黏膜保护剂、促胃动力药及抑酸药物等。CAG 归属于中医学痞满等范畴,中医学认为,本病以脾胃气虚为本,气虚无力推动血液运行,致血液运行不畅、脉络瘀阻,常见胃络瘀血证。临床治疗以健脾益气、活血化瘀为主。本研究在西药基础上联合胃祺饮治疗 CAG 胃络瘀血证,在逆转病情和提高治愈率方面体现出较大优势,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国慢性胃炎共识意见》^[2]中 CAG 的诊断标准。临床表现为上腹部不适、疼痛、饱胀,可伴有不同程度的食欲不振、嗝气、泛酸、嘈杂、恶心等;胃镜检查可见黏膜红白相间、以白为主,黏膜血管显露,黏膜皱襞变平甚至消失,黏膜呈结节样或颗粒状。

1.2 辨证标准 参考《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》^[3]辨为胃络瘀血证。主症:胃脘痞满,痛有定处;次症:胃痛拒按,黑便,面色

暗滞;舌脉象:舌暗红或有瘀点、瘀斑,脉弦涩。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;年龄 30~80 岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准 患重要脏器功能障碍;对本研究所用药物过敏;患恶性肿瘤、造血系统疾病、糖尿病及呼吸系统疾病;患精神类疾病及认知功能障碍。

1.5 剔除标准 临床资料不完整者;研究期间服用其他中成药、促胃动力药等影响疗效的药物者;不按治疗方案服药者。

1.6 一般资料 选取 2020 年 1 月—2021 年 12 月在绍兴市中心医院医共体总院治疗的 60 例 CAG 胃络瘀血证患者,以随机数字表法分为治疗组与对照组各 30 例,研究过程中 2 组因未按治疗方案服药各剔除 1 例,最终纳入 2 组各 29 例。治疗组男 18 例,女 11 例;平均年龄(49.76 ± 9.34)岁;平均病程(6.13 ± 1.17)年;疾病类型:胃体萎缩 7 例,胃窦萎缩 18 例,全胃多灶萎缩 4 例;胃腺体萎缩程度:轻度 15 例,中度 12 例,重度 2 例;伴幽门螺杆菌(Hp)感染 12 例。对照组男 15 例,女 14 例;平均年龄(50.36 ± 10.78)岁;平均病程(5.98 ± 1.03)年;疾病类型:胃体萎缩 9 例,胃窦萎缩 18 例,全胃多灶萎缩 2 例;胃腺体萎缩程度:轻度 16 例,中度 10 例,重度 3 例;伴 Hp 感染 10 例。2 组一般资料比较,

差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西药治疗。替普瑞酮胶囊[卫材(中国)药业有限公司,国药准字 H20093656]餐后 30 min 口服,每天 3 次,每次 50 mg,治疗 1 个月。伴 Hp 感染者,另予四联疗法治疗:即早、晚餐前 30 min 口服奥美拉唑肠溶胶囊(上海天龙药业有限公司,国药准字 H20064470),每次 20 mg;中、晚餐后 60 min 口服阿莫西林胶囊(中山市力恩普制药有限公司,国药准字 H20033210),每次 1 g;中、晚餐前 60 min 口服胶体果胶铋胶囊(山西邦仕得药业有限公司,国药准字 H20064273),每次 300 mg;中、晚餐后 30 min 口服克拉霉素片(山东新华制药股份有限公司,国药准字 H20033935),每次 0.5 g。四联疗法连续用药 14 d。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予胃祺饮治疗。处方:当归、党参各 15 g,炙黄芪、八月札、枳壳、莪术各 12 g,蒲公英 3 g。随症加减:泛酸者加海螵蛸 15 g;乏力者加黄精 15 g;嗝气者加法半夏、陈皮各 9 g。每天 1 剂,煎取药汁 200 mL,早、晚饭后温服,每次 100 mL。治疗 1 个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②胃黏膜评分。治疗前后应用 GIF-Q150 型电子胃镜检查,采用 4 级评分法评估。0 分:胃黏膜正常,无萎缩;1 分:胃黏膜红白相间,以白为主,可见血管网,为局灶性,呈轻度萎缩;2 分:胃黏膜红白相间,以白为主,清晰可见血管网,为弥漫性,黏膜皱襞变平、变浅,呈中度萎缩;3 分:出现上述症状,同时黏膜出现颗粒状或结节状,呈重度萎缩^[4]。③血浆胃泌素(GAS)、血清降钙素基因相关肽(CGRP)及内皮素(ET)水平。采用放射免疫分析法检测,试剂盒由南京信帆生物技术有限公司提供。④炎症指标。采用酶联免疫吸附试验法检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C-反应蛋白(CRP)及白细胞介素-6(IL-6)水平,试剂盒由深圳晶美生物技术有限公司提供。

3.2 统计学方法 以 SPSS21.0 统计学软件对数据进行处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2

检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 1 个月后,参考文献[4]中的疗效标准评定疗效。痊愈:腹痛、腹胀、泛酸等症状及体征基本消失,胃镜检查显示胃黏膜表面光滑、有光泽,患者可正常饮食;显效:上述临床症状及体征明显改善,胃镜检查显示胃黏膜血管不可见,无增生组织,黏膜通透性降低,患者饮食基本恢复;有效:上述症状及体征好转,胃镜检查显示胃萎缩范围明显缩小、黏膜表面有光泽,血管隐约可见;无效:不符合上述标准。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后,治疗组临床疗效总有效率 93.10%,高于对照组 68.97%,差异有统计学意义($\chi^2=5.497$, $P=0.019<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	29	13(44.83)	9(31.03)	5(17.24)	2(6.90)	27(93.10) ^①
对照组	29	5(17.24)	8(27.59)	7(24.14)	9(31.03)	20(68.97)

注:①与对照组比较, $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后胃黏膜评分比较 见表 2。治疗前,2 组胃黏膜评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组胃黏膜评分均较治疗前降低($P<0.05$),治疗组胃黏膜评分低于对照组($P<0.05$)。

表 2 2 组治疗前后胃黏膜评分比较($\bar{x}\pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后	
治疗组	29	2.61 $\pm$ 0.39	1.08 $\pm$ 0.29 ^{①②}	
对照组	29	2.57 $\pm$ 0.36	1.92 $\pm$ 0.31 ^①	

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

4.4 2 组治疗前后血浆 GAS、血清 CGRP 及 ET 水平比较 见表 3。治疗前,2 组血浆 GAS、血清 CGRP 及 ET 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组血浆 GAS、血清 CGRP 水平均较治疗前升高($P<0.05$),血清 ET 水平均较治疗前降低($P<0.05$);治疗组血浆 GAS、血清 CGRP 水平均高于对照组($P<0.05$),血清 ET 水平低于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后血浆 GAS、血清 CGRP
及 ET 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	GAS(pmol/L)	CGRP(ng/L)	ET(ng/L)
治疗组	治疗前	29	3.07±1.02	27.43±3.29	55.26±6.82
	治疗后	29	7.05±2.04 ^{①②}	38.65±5.65 ^{①②}	36.82±4.48 ^{①②}
对照组	治疗前	29	3.12±1.04	28.05±4.37	54.71±7.80
	治疗后	29	5.46±1.52 ^①	31.07±5.52 ^①	44.14±5.73 ^①

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

4.5 2组治疗前后炎症指标水平比较 见表4。治疗前，2组血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平均较治疗前降低($P<0.05$)；治疗组血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平均低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后炎症指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TNF- α (pg/mL)	CRP(mg/L)	IL-6(pg/mL)
治疗组	治疗前	29	39.46±9.05	3.86±0.43	27.36±7.26
	治疗后	29	24.03±6.35 ^{①②}	0.66±0.22 ^{①②}	18.05±4.61 ^{①②}
对照组	治疗前	29	38.72±9.22	3.81±0.38	28.14±6.13
	治疗后	29	31.25±8.34 ^①	1.91±0.27 ^①	22.32±5.27 ^①

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

5 讨论

CAG 发病机制复杂，可能与胆汁反流、Hp 感染等有关，现代医学主要以药物治疗该病^[5]。替普瑞酮胶囊与胶体果胶铋胶囊均为胃黏膜保护剂，可增加消化道黏膜的防御机能。替普瑞酮可激活人体磷脂酶 A，提高花生四烯酸合成速度，刺激前列腺素 E2 合成，并增加胃黏膜血流量，促进细胞更新与蛋白合成，修复、保护损伤的胃黏膜^[6]。胶体果胶铋胶囊为果胶与铋生成的组成不定的复合物，可与溃疡面及炎症因子结合形成保护膜，有效保护胃黏膜，还可刺激胃黏膜上皮细胞分泌黏液，以促进上皮细胞修复，杀灭 Hp^[7]。随着抗菌药物耐药性的增加，单独用药已无法达到理想的治疗效果。研究表明，胶体果胶铋、阿莫西林、克拉霉素、奥美拉唑联合应用，临床疗效显著，可缩短康复时间^[8]。但因 CAG 由多种因素共同作用发生，单纯以西药治疗难以根治。

CAG 归属于中医学痞满等范畴。中医学认为，

本病初病时气结在经，久病入络，气血不通，胃络痹阻；加之脾胃为后天之本，脾主升清，胃主降浊，脾胃气虚，无力推动血液运行，加重血瘀，形成恶性循环，致病情迁延难愈。故治疗应以健脾益气、活血化瘀为主。胃祺饮中炙黄芪、党参共为君药，有益气健脾之效；莪术行气止痛，当归活血止痛，莪术、当归共为臣药，助君药活血健脾；枳壳、蒲公英、八月札为佐使，枳壳行滞消胀，八月札活血理气、散瘀止痛，蒲公英清热解毒。全方合用，标本兼治，达到健脾益气、活血化瘀功效。根据临床症状的不同，酌情加减药物，海螵蛸制酸止痛；黄精补脾益气；法半夏、陈皮降逆止呕、理气健脾，可缓解腹胀、泛酸、乏力及暖气。药理学研究表明：党参提取物对大鼠胃黏膜损伤有保护作用^[9]；枳壳所含的生物碱等成分可拮抗多巴胺引发的小肠收缩抑制，通过调节 5-羟色胺(5-HT)受体水平改善胃肠功能^[10]；当归有效成分当归多糖具有抗炎活性，对消化系统炎症性疾病具有治疗作用^[11]；莪术含姜黄素类、多糖类、挥发油等活性成分，具有抗炎镇痛、抗血小板聚集、抗肿瘤等作用^[12]；黄芪中含有的黄芪总皂苷可抑制胃腺壁细胞膜上氢钾泵和胃蛋白酶的活性，减少胃酸对胃黏膜的刺激，起到保护胃黏膜的作用^[13]。

本研究结果显示，治疗组临床疗效优于对照组，胃黏膜评分低于对照组。提示胃祺饮联合西药治疗 CAG 胃络瘀血证疗效确切，可修复受损的胃黏膜。CAG 患者胃窦黏膜萎缩，致 G 细胞数量减少，GAS 分泌减少，进入血液循环的 GAS 水平随胃窦萎缩程度的加重呈进行性下降趋势^[14]；ET 为血管收缩因子，血管收缩后血液循环减少，胃黏膜损伤加重，导致 ET 大量释放，机体对 ET 的反应性增加，出现恶性循环，致胃黏膜萎缩^[15]；CGRP 是一种舒血管活性肽，在一氧化氮、前列腺素的合成与分泌中发挥介导作用，起到扩张黏膜血管、保护胃黏膜的作用，并能调节胃酸和胃肠激素的释放^[16]。本研究结果显示，治疗后，治疗组血浆 GAS、血清 CGRP 水平均高于对照组，血清 ET 水平低于对照组。提示胃祺饮联合西药治疗有利于调控 CAG 胃络瘀血证患者的胃肠激素水平，对胃黏膜起到一定的保护作用。此外，CAG 的发生、发展与炎症反应密切相关。TNF- α 对炎症细胞的活化、聚集有促进作用，并能

调节胃黏膜炎症反应,当TNF- α 超过一定浓度时会严重损伤胃黏膜^[17]。CRP可反映机体炎性水平,当机体受到感染或组织损伤后,其表达水平迅速上升^[18]。IL-6是白细胞趋化因子,为炎症因子的重要递质,广泛参与胃黏膜炎症反应,可激活炎症相关信号通路,对CAG的发生、发展甚至癌变有促进作用^[19]。本研究结果显示,治疗后,治疗组血清TNF- α 、CRP、IL-6水平均低于对照组。提示胃祺饮联合西药治疗CAG胃络瘀血证有利于减轻患者的炎症反应。

综上所述,胃祺饮联合西药治疗CAG胃络瘀血证疗效显著,可有效调节胃肠激素水平,减轻炎症反应,保护胃黏膜。但因本研究样本量有限,联合用药的远期疗效及安全性需进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 郭榆西,郭彤,李泽,等. 杨倩教授辨治慢性萎缩性胃炎经验探析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(10): 799-801.
- [2] 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, 2013, 18(1): 24-36.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩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(5): 345-349.
- [4] 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: 125.
- [5] 胡明富, 卢海巧, 陈伟琴. 替普瑞酮胶囊联合四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国基层医药, 2019, 26(8): 972-975.
- [6] 姚春和, 李伟. 理中汤加味联合替普瑞酮胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对血浆生长抑素、胃泌素含量水平的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(12): 117-120.
- [7] 贾渭, 蔡波, 白宏兴, 等. 胶体果胶铋颗粒联合替普瑞酮治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2016, 31(11): 1741-1745.
- [8] 翟丽颖, 孙海英, 郭爱华, 等. 果胶铋与阿莫西林、克林霉素、奥美拉唑联合治疗慢性萎缩性胃炎患者的临床效果分析[J]. 航空航天医学杂志, 2016, 27(6): 743-744.
- [9] 王涛, 葛睿, 杨飞, 等. 党参提取物对大鼠胃黏膜损伤的保护作用[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(4): 138-141.
- [10] 舒尊鹏, 杨燕妮, 王毅, 等. 枳壳化学拆分组分的性味药理学评价——化学拆分组分的制备及其对胃肠功能作用的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(20): 14-19.
- [11] 王凤龙, 刘员, 张来宾, 等. 当归抗炎镇痛作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(15): 197-209.
- [12] 陈晓军, 韦洁, 苏华, 等. 莪术药理作用的研究新进展[J]. 药学研究, 2018, 37(11): 664-668, 682.
- [13] 王翔宇. 黄芪现代药理及临床研究进展[J]. 科技风, 2017, 10(3): 182.
- [14] 杨晓庆. 萎胃康配方颗粒剂对慢性萎缩性胃炎临床疗效观察及对患者血清GAS水平影响的研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2009.
- [15] 康继厚, 陈克河, 曾静, 等. 雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及其对血清胃泌素和内皮素水平的影响研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(S1): 133-135.
- [16] 梅莉, 潘淑波. 自拟柴龙逆萎汤联合多潘立酮片改善慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病理组织学的效果及对血清中IL-32、CGRP、EGF水平的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(6): 420-425.
- [17] 王旭峰, 梁治学. 益胃化浊汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及其对TNF- α 和IL-1 β 表达的影响[J]. 中医研究, 2018, 31(10): 10-13.
- [18] 朱佳玲, 朱瑞华. 温胃汤对慢性萎缩性胃炎患者胃肠道功能及血清IL-6、TNF- α 、CRP水平的影响[J]. 现代医学与健康研究, 2020, 4(21): 74-76.
- [19] 王文素, 游绍伟, 詹亚梅, 等. 萎胃通调汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜病变及IL-6表达的影响[J]. 贵州中医药大学学报, 2020, 42(6): 10-15.

(责任编辑: 刘迪成, 蒋维超)