# 香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗慢性浅表性胃炎临床研究

王志锋，叶罗芳

桐庐县中医院，浙江 桐庐 311500

［摘要］**目的：**观察香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗慢性浅表性胃炎（CSG）脾胃虚寒证的临床疗效。**方法：**选取108例CSG脾胃虚寒证患者，按照随机数字表法分成对照组和研究组各54例。对照组给予替普瑞酮治疗，合并幽门螺杆菌（Hp）感染者加用三联疗法治疗，研究组在对照组基础上给予香砂养胃汤加减治疗，2组均治疗4周。比较2组临床疗效、中医证候积分及炎症指标［白细胞介素-8（IL-8）、C-反应蛋白（CRP）、单核细胞趋化蛋白因子-1（MCP-1）］水平，记录不良反应。**结果：**治疗后，研究组总有效率92.59%，高于对照组77.78%（$P<0.05$）。2组胃脘疼痛、喜温喜按、食后胀满、纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力积分均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组上述6项中医证候积分均低于对照组（$P<0.05$）。2组血清IL-8、CRP、MCP-1水平均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组血清IL-8、CRP、MCP-1水平均低于对照组（$P<0.05$）。治疗期间，2组均未见明显不良反应发生。**结论：**香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗CSG脾胃虚寒证能提高临床疗效，有效缓解患者的临床症状，抑制炎症反应，且安全性好。

［关键词］慢性浅表性胃炎；脾胃虚寒证；香砂养胃汤；替普瑞酮；中医证候；炎症指标

［中图分类号］R573.3+1 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）22-0030-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.22.006

## Clinical Study on Modified Xiangsha Yangwei Decoction Combined with Teprenone for Chronic Superficial Gastritis

*WANG Zhifeng, YE Luofang*

Tonglu County Hospital of Chinese Medicine, Tonglu Zhejiang 311500, China

**Abstract: Objective:** To observe the clinical effect of the therapy of modified Xiangsha Yangwei Decoction combined with Teprenone on chronic superficial gastritis (CSG) of spleen-stomach deficiency cold syndrome. **Methods:** A total of 108 cases of CSG patients with spleen-stomach deficiency cold syndrome were selected and divided into the control group and the study group according to the random number table method, with 54 cases in each group. The control group was given Teprenone for treatment, of which the patients complicated with helicobacter pylori (Hp) infection were additionally treated with triple therapy, and the study group was additionally treated with modified Xiangsha Yangwei Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. The clinical effects, traditional Chinese medicine(TCM) syndrome scores and levels of inflammatory indicators including interleukin-8 (IL-8), C-reactive protein (CRP) and monocyte chemotactic protein-1 (MCP-1) were compared between the two groups. The incidence of adverse reactions were recorded. **Results:** After treatment, the total effective rate was 92.59% in the study group, higher than that of 77.78% in the control group ($P<0.05$). The scores of epigastric pain, desire for warmth and pressing, distention and fullness after eating, torpid

［收稿日期］2023-05-10
［修回日期］2023-08-06
［作者简介］王志锋（1981-），男，硕士，副主任医师，E-mail：wangzhifeng202301@163.com。

intake and poor appetite, sloppy stool and mental fatigue and lack of strength in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above six TCM syndrome scores in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The levels of serum IL-8, CRP and MCP-1 in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above three levels in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). During the treatment period, no significant adverse reactions were observed in both groups. **Conclusion:** The therapy of modified Xiangsha Yangwei Decoction combined with Teprenone can enhance the clinical effect on CSG patients with spleen-stomach deficiency cold syndrome, which can effectively mitigate the clinical symptoms of patients and inhibit the inflammatory responses, with good safety.

**Keywords:** Chronic superficial gastritis; Spleen- stomach deficiency cold syndrome; Xiangsha Yangwei Decoction; Teprenone; Traditional Chinese medicine syndrome; Inflammatory indicator

慢性浅表性胃炎(CSG)是指在胃黏膜功能下降、幽门螺杆菌(Hp)感染等致病因素作用下胃黏膜发生慢性炎症反应，但不伴黏膜萎缩、肠上皮化生等病理改变的消化系统疾病[1]。本病以持续性上腹疼痛、早饱、恶心、嗳气、反酸等为主要临床症状，若未及时予以治疗，可进展为慢性萎缩性胃炎(CAG)甚至胃癌[2]。西医临床主要采用抑酸药、促胃动力药等来保护胃黏膜，如替普瑞酮等，虽在一定程度上可延缓病情，但由于CSG的发病机制较为复杂，单一用药的治疗效果不甚理想，且存在治疗时间长、复发率高等特点[3]。CSG归属于中医学痞满、胃脘痛等范畴，病变在胃，其发病与先天禀赋不足、饮食不调、劳倦太过、情志不遂等相关，上述因素可损伤脾胃，使其升降功能失司。有研究显示，CSG以脾胃虚寒证较为常见[4-5]。香砂养胃汤出自《增补万病回春》，具有温中散寒、健脾和胃之效。本研究观察香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗CSG脾胃虚寒证的临床疗效，报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** CSG的诊断标准参考文献[6]制定。存在上腹痛、早饱、恶心、嗳气、反酸等症状。胃镜检查示炎症细胞浸润(局限于胃黏膜浅层，不超过胃黏膜层1/3为Ⅰ级，占据胃黏膜层1/3～2/3为Ⅱ级，占据胃黏膜层2/3以上为Ⅲ级)，局部片状红斑、胃黏膜粗糙不平，或存在弥漫性充血、水肿表现，伴或不伴糜烂、出血征象。病理活检示无肠上皮化生、固有腺体萎缩等表现。$^{13}$C-尿素呼气试验显示伴或不伴Hp感染。

**1.2 辨证标准** 参考文献[7]辨为脾胃虚寒证。主症：胃脘疼痛，喜温喜按；次症：食后胀满，纳呆少食，大便稀溏，神疲乏力；舌脉象：舌质淡、有齿痕、苔薄白，脉沉细。

**1.3 纳入标准** 符合诊断及辨证标准；年龄20～75岁，意识清楚，生命体征平稳；参与研究前1个月内未接受其他药物治疗；签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 恶性肿瘤患者；其他重要脏器严重疾病者；存在自身免疫系统疾病、凝血功能异常、全身感染性疾病者；存在精神疾病或沟通障碍者；对本研究选用药物存在禁忌证者。

**1.5 剔除标准** 出现严重不良反应，无法继续参与研究者；研究期间服用其他药物者；不遵循治疗方案治疗者。

**1.6 一般资料** 选取2020年10月—2022年10月在桐庐县中医院治疗的108例CSG脾胃虚寒证患者，按随机数字表法分成对照组和研究组各54例。所有患者均完成研究，无剔除。对照组男30例，女24例；平均年龄(46.34±5.91)岁；平均病程(2.37±0.52)年；炎症细胞浸润深度分级：Ⅰ级20例，Ⅱ级26例，Ⅲ级8例；合并Hp感染47例。研究组男34例，女20例；平均年龄(45.16±5.83)岁；平均病程(2.26±0.49)年；炎症细胞浸润深度分级：Ⅰ级19例，Ⅱ级25例，Ⅲ级10例；合并Hp感染42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。本研究经桐庐县中医院医学伦理委员会审批。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予替普瑞酮胶囊（卫材株式会社川岛工厂，国药准字H20091057）治疗。餐后30 min口服，每天3次，每次50 mg。合并Hp感染患者加用三联疗法治疗，雷贝拉唑钠肠溶胶囊（济川药业集团有限公司，国药准字H20040916）早餐前30 min口服，每天2次，每次20 mg；克拉霉素片（浙江京新药业股份有限公司，国药准字H20065652）饭后即刻口服，每天2次，每次0.5 g；阿莫西林胶囊（哈药集团三精明水药业有限公司，国药准字H23023294）饭后即刻口服，每天2次，每次1 g。三联疗法治疗2周停药1个月后行$^{13}$C-尿素呼气试验，结果阴性者可停药，结果阳性者持续服药至Hp根除。

**2.2 研究组** 在对照组基础上给予香砂养胃汤加减治疗。处方：木香、炒香附、砂仁、厚朴、党参、炒苍术、白术、白豆蔻、茯苓、陈皮各10 g，炙甘草8 g。随症加减：胃胀者加枳实10 g；便秘者加大黄10 g；嗳气者加代赭石15 g；腹泻者加葛根、五味子各10 g；恶心呕吐者加姜半夏、丁香各10 g。每天1剂，加水煎取300 mL药液，分早晚2次于餐后30 min温服。每周复诊1次，根据患者症状调整处方。

2组均治疗4周。治疗期间禁食辛辣、生冷、油腻食物。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①临床疗效。②中医证候积分。参照《胃肠疾病中医证候评分表》[8]将胃脘疼痛、喜温喜按、食后胀满、纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力按无、轻度、中度、重度分别计为0、3、5、7分。治疗前后记录上述6项中医证候积分，分数越低表示症状越轻。③炎症指标。治疗前后采集患者空腹静脉血3 mL，采用酶联免疫吸附试验法（ELISA）检测血清白细胞介素-8（IL-8）、C-反应蛋白（CRP）、单核细胞趋化蛋白因子-1（MCP-1）水平。④不良反应。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS21.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±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$\chi^2$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4周后，参考《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2011年天津）》[7]制定。治愈：临床症状基本消失，中医证候积分较治疗前降低≥95%；显效：临床症状显著改善，中医证候积分较治疗前降低70%～94%；有效：临床症状有所改善，中医证候积分较治疗前降低30%～69%；无效：未达到上述标准。总有效率=（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。治疗后，研究组总有效率92.59%，高于对照组77.78%，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 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 研究组 | 54 | 27（50.00） | 15（27.78） | 8（14.81） | 4（7.41） | 50（92.59） |
| 对照组 | 54 | 20（37.04） | 16（29.63） | 6（11.11） | 12（22.22） | 42（77.78） |
| $\chi^2$值 | | | | | | 4.696 |
| $P$值 | | | | | | 0.030 |

**4.3 2组治疗前后中医证候积分比较** 见表2。治疗前，2组胃脘疼痛、喜温喜按、食后胀满、纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力积分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组上述6项中医证候积分均较治疗前降低，研究组上述6项中医证候积分均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

**表2 2组治疗前后中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$）** 分

| 项目 | 时间 | 研究组（例数=54） | 对照组（例数=54） | $t$值 | $P$值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 胃脘疼痛 | 治疗前 | 5.13±0.63 | 5.18±0.64 | 0.409 | 0.683 |
| | 治疗后 | 2.13±0.47① | 3.01±0.58① | 8.662 | <0.001 |
| 喜温喜按 | 治疗前 | 4.52±1.02 | 4.43±1.06 | 0.450 | 0.654 |
| | 治疗后 | 1.78±0.53① | 2.65±0.88① | 6.223 | <0.001 |
| 食后胀满 | 治疗前 | 3.87±0.52 | 3.83±0.51 | 0.404 | 0.687 |
| | 治疗后 | 1.15±0.21① | 1.83±0.28① | 14.277 | <0.001 |
| 纳呆少食 | 治疗前 | 3.91±0.48 | 3.84±0.50 | 0.742 | 0.460 |
| | 治疗后 | 0.91±0.17① | 1.65±0.22① | 19.556 | <0.001 |
| 大便稀溏 | 治疗前 | 3.76±0.51 | 3.85±0.52 | 0.908 | 0.366 |
| | 治疗后 | 0.96±0.21① | 1.55±0.24① | 13.595 | <0.001 |
| 神疲乏力 | 治疗前 | 3.82±0.52 | 3.88±0.46 | 0.635 | 0.527 |
| | 治疗后 | 0.79±0.11① | 1.29±0.18① | 17.418 | <0.001 |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

**4.4 2组治疗前后炎症指标比较** 见表3。治疗前，2组血清IL-8、CRP、MCP-1水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清IL-8、CRP、MCP-1水平均较治疗前降低，研究组血清IL-8、CRP、MCP-1水平均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表3 2组治疗前后炎症指标比较（$\bar{x}\pm s$）

| 组 别 | 例数 | IL-8（μg/L） | | CRP（mg/L） | | MCP-1（ng/mL） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 研究组 | 54 | 32.42 ± 3.58 | 12.52 ± 2.36① | 18.53 ± 1.58 | 8.57 ± 2.54① | 97.83 ± 27.57 | 61.17 ± 18.24① |
| 对照组 | 54 | 31.35 ± 3.62 | 18.15 ± 3.12① | 18.37 ± 1.49 | 12.72 ± 3.61① | 99.24 ± 28.73 | 78.38 ± 21.35① |
| $t$值 | | 1.544 | 10.576 | 0.541 | 6.909 | 0.260 | 4.504 |
| $P$值 | | 0.126 | <0.001 | 0.589 | <0.001 | 0.795 | <0.001 |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

**4.5 不良反应** 治疗期间，2组均未见明显不良反应发生。

## 5 讨论

CSG是由于炎症因子浸润胃黏膜，使之受损而发生的疾病。临床治疗以改善相关症状、减轻炎症反应、保护胃黏膜为主。替普瑞酮属于新型胃黏膜保护剂，能显著改善胃黏膜血流，增加胃黏液分泌，减轻胃酸对胃黏膜的刺激和损伤，加速胃黏膜修复[9]。但由于CSG发病机制复杂，单独使用西药治疗虽能延缓疾病进程，临床疗效并不理想。加之本研究所纳入患者中存在Hp感染者，在修复胃黏膜的基础上应联用Hp根除药物治疗。以质子泵抑制剂为基础的三联疗法是治疗Hp感染的一线推荐方案，在提高Hp根除率方面发挥了重要作用，但其对CSG患者胃黏膜的改善作用有限[10]。

CSG归属于中医学痞满、胃脘痛范畴。中医学认为，CSG脾胃虚寒证是因先天脾气虚弱，或恣食生冷损伤脾阳，致气血生化乏源，久病则中焦虚寒。本病病位在脾胃，常累及肝。治疗以温养脾胃、和中消痞为宜。香砂养胃汤主治脾胃不和、胃寒等所致胃痛、痞满诸症。方中木香温中行气、健脾消食，砂仁化湿开胃、温脾止泻，两者合用可温补脾阳；炒香附疏肝理气，炒苍术燥湿健脾、祛风散寒，两者一行气、一燥湿，使全方补而不滞；厚朴行气消积，陈皮理气和中、燥湿通便，两者配伍和中消痞；党参补中益气、生津养血，白术健脾益气，茯苓健脾和胃，三者合用增强健脾益气之力；白豆蔻化湿行气、温中止呕，与砂仁配伍可宣通三焦气机、醒脾开胃，与陈皮配伍可理气健脾；炙甘草健脾益气、缓急止痛、调和药性。全方合用，共奏健脾养胃、温中行气、散寒止痛之效。气机通畅则脾胃安和，故诸症得愈，切中CSG脾胃虚寒证的病机。本研究在香砂养胃汤基础上对处方进行加减，胃胀者加枳实以破气消积、除痞通便；便秘者加大黄以清热通便、泻下攻积；嗳气者加代赭石以重镇降逆；腹泻者加葛根升阳止泻，加五味子益气生津、固涩止泻；恶心呕吐者加姜半夏、丁香以增强温阳散寒、降逆止呕作用。

本研究结果显示，治疗后，研究组总有效率高于对照组，中医证候积分低于对照组。表明香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗CSG脾胃虚寒证效果显著，能有效改善患者的临床症状。CSG是由于炎症因子浸润胃黏膜而发生的疾病，炎症指标可反映治疗方案对炎症反应的改善作用，从侧面评价疗效[11]。治疗后，研究组血清IL-8、CRP、MCP-1水平均低于对照组。IL-8、CRP均为促炎因子，MCP-1具有促进免疫细胞集聚分化、加重炎症反应等作用，其水平降低表明炎症反应受到抑制。上述结果说明香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗CSG脾胃虚寒证能抑制机体的炎症反应，减少胃黏膜的炎性损伤。2组均无明显不良反应发生。提示本研究所用疗法安全性好。

综上所述，香砂养胃汤加减联合替普瑞酮治疗CSG脾胃虚寒证疗效显著，可改善临床症状，减少炎症反应对胃黏膜的损害，治疗安全性高，值得在临床上推广和应用。

[参考文献]

[1] 韩树堂，陈静，田旭东，等. 七蕊胃舒胶囊对慢性浅表性胃炎伴糜烂湿热瘀滞证随机、双盲、多中心平行对照临床试验[J]. 世界中医药，2022，17(10)：1435-1439.

[2] 张营，干国平，杨桂平，等. 基于网络药理学探讨金砂行气胶囊抗慢性浅表性胃炎的作用机制[J]. 中成药，2022，44(7)：2146-2152.

[3] 王晶晶，李春涛. 参芪健胃饮经验方联合替普瑞酮胶囊治疗慢性萎缩性胃炎67例[J]. 环球中医药，2018，11(11)：1816-1819.

[4] 乔艳，房玲，杨惠卿，等. 慢性浅表性胃炎中医证型分布与幽门螺杆菌感染、胃镜像及病理表现相关性分析[J]. 安徽中医药大学学报，2021，40(3)：26-29.

[5] 崔世军，高艺真. 香砂养胃汤联合温针治疗慢性浅表性胃炎66例[J]. 西部中医药，2017，30(12)：65-67.

[6] 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]. 中华消化杂志，2017，37(11)：721-738.

[7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志，2012，32(6)：738-743.

[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] 师鹏，邱婷，刘芳. 抗幽合剂联合替普瑞酮治疗慢性浅表性胃炎的效果研究[J]. 山西医药杂志，2019，48(16)：2028-2030.

[10] 房涛，王歌文，赵佳华. 益胃汤加减联合三联疗法对HP感染所致慢性胃炎患者血清炎性因子、HP清除率的影响[J]. 陕西中医，2019，40(11)：1598-1601.

[11] 方明，张国庆. 香砂养胃汤联合替普瑞酮胶囊对慢性浅表性胃炎患者外周血胃肠激素、T淋巴细胞亚群、IL-8、IL-32、MCP-1的影响[J]. 中药材，2020，43(11)：2812-2816.

（责任编辑：刘迪成，蒋维超）

## 《新中医》杂志稿约

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，2020年由原月刊改为半月刊，期刊代号，国内：46-38，国外：SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求。**一、征稿内容** 实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、特色疗法、调研报告、思路方法、名医传承、经典古籍、临证医案等。**二、来稿要求** 主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。**三、来稿格式** 参照本刊格式。**四、投稿方式** 在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址：http：//xzy.ijournal.cn。**五、文责自负** 作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。**六、稿件采用** 需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼7楼。邮编：510006。电话：020-39354129。