疏肝理气活血汤联合常规西药治疗慢性萎缩性胃炎临床研究

周镇海，陈锦锋，姚红

广州中医药大学第八临床医学院，广东 佛山 528000

［摘要］**目的：**观察疏肝理气活血汤联合常规西药治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎（CAG）的临床疗效。**方法：**选择肝胃不和型CAG患者80例，按照随机数字表法分为观察组和对照组各40例。对照组给予枸橼酸莫沙必利片和瑞巴派特片治疗，观察组在对照组基础上加用疏肝理气活血汤治疗。评价2组临床疗效，比较2组治疗前后中医证候积分及病理检查评分，统计不良反应发生率。**结果：**观察组总有效率为85.00%，高于对照组70.00%（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候积分较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组中医证候积分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生评分较治疗前下降（$P<0.05$）；且观察组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生评分低于对照组（$P<0.05$）。观察组不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**疏肝理气活血汤联合常规西药治疗CAG可改善患者的临床症状，对于缓解或逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生和异型增生具有一定的治疗效果，且不良反应较少。

［关键词］慢性萎缩性胃炎；肝胃不和证；疏肝理气活血汤；枸橼酸莫沙必利片；瑞巴派特片；中医证候积分；胃黏膜病理

［中图分类号］R573.3+2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）05-0076-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.015

Clinical Study on Shugan Liqi Huoxue Decoction Combined with Routine Western Medicine for Chronic Atrophic Gastritis

ZHOU Zhenhai, CHEN Jinfeng, YAO Hong

The Eighth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of Shugan Liqi Huoxue Decoction combined with routine western medicine on chronic atrophic gastritis (CAG) of liver-stomach disharmony type. **Methods:** A total of 80 CAG patients of liver-stomach disharmony type were selected and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The control group was treated with Mosapride Citrate Tablets and Rebamipide Tablets, and the observation group was additionally given Shugan Liqi Huoxue Decoction for treatment. The clinical effects in the two groups were evaluated; the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and scores of pathology examination were compared before and after treatment between the two groups; the incidence of adverse reactions was counted. **Results:** The total effective rate was 85.00% in the observation group, higher than that of 70.00% in the control group ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the TCM syndrome score in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of gastric mucosa atrophy, intestinal metaplasia and dysplasia in the two

［收稿日期］2023-08-23
［修回日期］2023-12-02
［基金项目］2022年佛山市自筹经费类科技创新项目入库培育项目（2220001005125）
［作者简介］周镇海（1997-），男，硕士研究生，E-mail：1323157625@qq.com。
［通信作者］陈锦锋（1967-），男，中西医结合主任医师，E-mail：fscjf@sina.com。

groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: The therapy of Shugan Liqi Huoxue Decoction combined with routine western medicine can improve the clinical symptoms of CAG patients, and has certain curative effects on the mitigation or reversion of gastric mucosa atrophy, intestinal metaplasia and dysplasia with less adverse reactions.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Syndrome of liver-stomach disharmony; Shugan Liqi Huoxue Decoction; Mosapride Citrate Tablets; Rebamipide Tablets; Traditional Chinese medicine syndrome score; Gastric mucosa pathology

慢性萎缩性胃炎(CAG)为慢性胃炎的一种类型，是胃黏膜上皮受到反复损伤而引起固有腺体减少，伴有或不伴肠上皮化生和(或)异型增生等病理特征的慢性胃部疾病[1]。临床上，CAG通常有腹痛、饱胀、嗳气和食欲差等临床特征[2]。据报道，幽门螺杆菌(Hp)被认为是CAG最常见的致病因素[3]。此外，年龄、生活习惯和药物毒性等都是CAG的重要致病因素。西医治疗CAG主要以根除Hp以及常规对症治疗为主，虽有一定的疗效，但病情容易反复。中医药在治疗CAG方面积累了丰富的临床经验，不仅可以改善患者的临床症状，而且对于萎缩、肠化及异型增生等病理状况有一定的延缓或逆转作用。现代社会由于人们生活节奏快，工作压力较大，容易出现情志不遂，郁怒伤肝，久则肝郁脾结，胃失和降，气机壅滞以致肝胃不和之证。本研究观察疏肝理气活血汤联合常规西药治疗肝胃不和型CAG的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国慢性胃炎共识意见(2017年，上海)》[4]CAG的诊断标准。临床表现为上腹痛、餐后饱胀及早饱感，可伴有嗳气、泛酸、食欲不振等症状；内镜检查发现黏膜呈现出红白相间、以白相为主等特征；病理活检提示固有腺体萎缩。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[5]中肝胃不和证的辨证标准。主症：胃脘胀满或胀痛，嗳气，泛酸；次症：胸闷不适，食少纳呆，大便不畅；舌脉象：舌质淡红、苔薄白，脉弦细或脉弦。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；患者年龄30～80岁，性别不限；^{14}C呼气试验为阴性者；患者自愿受试并已签署知情同意书。

1.4 排除标准 本身属易过敏体质和对该治疗方案某些已知成分过敏者；合并心脑血管疾病、肾或血液系统疾病等严重原发性疾病者；孕妇及哺乳期妇女；胃黏膜疑有恶变或合并有重度异型增生者；治疗依从性差或中途退出研究者。

1.5 一般资料 选择2021年9月—2023年4月佛山市中医院收治的肝胃不和型慢性萎缩性胃炎患者80例，按随机数字表法分成观察组和对照组各40例。观察组男23例，女17例；平均年龄(54.83±13.06)岁；平均病程(4.71±1.28)年。对照组男21例，女19例；平均年龄(53.48±10.39)岁；平均病程(4.79±1.32)年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过佛山市中医院医学伦理委员会审核(KY[2023]012)。

2 治疗方法

2.1 对照组 予常规西药治疗。瑞巴派特片(浙江大冢制药有限公司，国药准字H20020541)饭前服用，每次0.1 mg，每天3次；枸橼酸莫沙必利片(亚宝药业太原制药有限公司，国药准字H20090158)饭前服用，每次5 mg，每天3次。治疗12周。

2.2 观察组 在对照组基础上予疏肝理气活血汤治疗。处方：佛手、郁金、川楝子、醋延胡索、竹茹、浙贝母、海螵蛸、厚朴各15 g，蒲公英30 g。随症加减：腹胀明显者可加用枳壳15 g；反酸明显者加瓦楞子15 g；嗳气明显者加旋覆花、代赭石各10 g。每天1剂，加清水没过药材些许，煮沸后转文火煎煮30 min，每剂煎煮取汁400 mL，早、晚2次餐后

温热服用。治疗12周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[5]对主症(胃痛、胃胀、嗳气、泛酸)及次症(胸闷、食少、大便不畅)进行评分，评分越低则代表症状越轻。具体量化分级标准见表1。根据尼莫地平法计算中医证候疗效指数，中医证候疗效指数=[(治疗前中医证候积分−治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分]×100%。②病理检查评分。参考《中国慢性胃炎共识意见(2017年，上海)》[4]将萎缩、肠化及异型增生分为无、轻、中、重度4级(0、＋、＋＋、＋＋＋)，分别计0、1、2、3分，统计胃窦小弯、胃体和胃角3个部位组织得分总和。③临床疗效。④不良反应发生率。治疗结束后，检测2组血常规、尿常规、大便常规及肝肾功能，同时统计头痛、恶心、口干、腹泻等不良反应发生率。

表1　肝胃不和证症状量化分级标准

主症	0分	2分	4分	6分
胃痛	无	偶有，1 h内可自行缓解	经常，持续1～3 h可缓解	较重，不可忍受，每次持续＞3 h，服药后才能缓解
胃胀	无	偶有，多在进食后，每次持续＜1 h	明显，餐后发生，每次持续1～3 h	较重，每次持续＞3 h，服药后才能缓解
嗳气	无	偶有，每天＜4次	经常，每天4～10次	频繁，每天＞10次
泛酸	无	偶有，每天＜4次	经常，每天4～10次	频繁，每天＞10次
次症	**0分**	**1分**	**2分**	**3分**
胸闷	无	轻微	明显，时有太息	胸闷如窒
食少	无	进食无味，但基本保持原食量	无食欲，食量减少1/3～1/2	厌恶进食，食量减少＞1/2
大便不畅	无	较易排出	不易排出	大便秘结

3.2　统计学方法　采用SPSS26.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±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　参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[5]制定疗效标准。治愈：临床症状、体征消失，中医证候疗效指数≥95%，胃黏膜活动性炎症消失，慢性炎症改善至轻度，萎缩、肠化、异型增生消失。显效：临床症状、体征明显好转，70%≤中医证候疗效指数＜95%，胃黏膜活动性炎症基本消失，慢性炎症好转，萎缩、肠化、异型增生恢复正常或明显减轻。有效：临床症状、体征减轻，30%≤中医证候疗效指数＜70%，胃黏膜病变范围缩小1/2以上，炎症、胃黏膜萎缩、肠化、异型增生减轻。无效：临床症状、体征无改善甚至加重，中医证候疗效指数＜30%，胃镜及病理检查无改善甚至加重。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表2。观察组总有效率为85.00%，高于对照组70.00%($P<0.05$)。

表2　2组临床疗效比较　例(%)

组　别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	10(25.00)	9(22.50)	15(37.50)	6(15.00)	34(85.00)①
对照组	40	5(12.50)	9(22.50)	14(35.00)	12(30.00)	28(70.00)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3　2组治疗前后中医证候积分比较　见表3。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义(P＞0.05)。治疗后，2组中医证候积分较治疗前下降($P<0.05$)，且观察组中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后
观察组	40	17.27±2.05	8.38±3.41①②
对照组	40	17.00±2.23	10.15±3.92①

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组治疗前后病理检查评分比较　见表4。治疗前，2组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生评分较治疗前下降($P<0.05$)；且观察组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生评分低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后病理检查评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	时　间	例数	胃黏膜萎缩	肠上皮化生	异型增生
观察组	治疗前	40	5.18±1.45	3.30±1.49	2.53±0.75
	治疗后	40	2.68±1.05①②	1.58±0.84①②	1.13±0.79①②
对照组	治疗前	40	5.10±1.48	3.68±1.27	2.55±0.85
	治疗后	40	3.43±1.41①	2.25±1.28①	1.50±0.91①

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组不良反应发生率比较　见表5。观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表5　2组不良反应发生率比较　例(%)

组　别	例数	腹泻	头痛	恶心	口干	总发生
观察组	40	1(2.50)	0	0	1(2.50)	2(5.00)①
对照组	40	3(7.50)	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	9(22.50)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

5　讨论

CAG患者常表现出上腹部隐痛、胀满、食欲不振等症状，且该疾病为癌前状态，若未得到及时有效的治疗，极易发展成为胃癌[6]。目前，临床上认为胃癌的发生模式，其大致经历过程为：正常胃黏膜→慢性炎症→萎缩性胃炎→肠化生→上皮内瘤变→胃癌[7]。CAG的发病机制至今仍未完全阐明，初步推断与Hp感染、免疫因素、年龄、胆汁返流等多种因素相关[8]。促进胃肠动力和保护胃黏膜类的药物是目前治疗CAG的主要药物。其中，莫沙必利可以增强患者的胃肠道动力，改善患者的临床症状，且不会影响胃酸分泌，但无法修复受损的胃黏膜[9]。瑞巴派特能够增加胃黏膜的血流量，增强胃黏膜的防御屏障，减轻胃黏膜损伤，从而修复受损的胃黏膜[9]。两种药物的协同作用，能更有效地保护患者的胃黏膜，减轻胃黏膜萎缩，并修复受损的胃黏膜，进而恢复患者的胃肠功能。

CAG属于中医学痞满、胃脘痛范畴，病因主要与饮食不节、情志所伤、脾胃虚弱及外邪(Hp感染)侵袭等有关。其病位在脾胃，与肝密切相关。有学者认为“郁、毒、瘀”互结是CAG的核心病机，情志致郁可能是促进瘀血、湿浊、湿热转为瘀毒、浊毒的病理要素[10]。基于本病的病因病机，治疗应遵循疏肝理气、活血解毒的原则。本研究所用的疏肝理气活血汤为佛山市中医院脾胃科治疗肝胃不和型CAG自拟经验方。方中佛手有疏肝理气、和胃止痛的功效，《本草便读》云“佛手，理气快膈，惟肝脾气滞者宜之”；郁金既能活血止痛，又能行气解郁，善治肝郁气滞血瘀诸证，以上药物共为君药。延胡索可活血行气，擅长止痛，为治一身上下诸痛之要药，尤多用于血瘀气滞疼痛；川楝子疏肝泄热，行气止痛，为治肝胃不和胸胁脘腹疼痛之常用药，与延胡索配伍，共奏疏肝泄热之功效，以上药物共为臣药。佐以竹茹清胃泄热，除烦止呕；蒲公英清热解毒，消肿散结；浙贝母散结消痈；海螵蛸制酸止痛，常与浙贝母同用，以增强其制酸作用；厚朴味辛行散，善疏理气机，为行气除胀要药。全方合用，共奏疏肝理气、活血解毒之效。现代药理学研究表明，佛手中含有香豆素类、黄酮类等成分，对肿瘤细胞生长具有良好的抑制作用[11]；郁金具有抗肿瘤、抗炎镇痛、抗抑郁等作用[12]；延胡索总生物碱能抑制胃酸分泌，具有很强的抗溃疡作用，还有止痛、抗肿瘤、抗抑郁的作用[13]；蒲公英中含有的酚酸类、甾醇类、黄酮类等有效成分，有很好的抗炎、抑菌等作用[14]；厚朴中的厚朴醇和厚朴酚能促进胃动素和胃泌素的分泌，对胃排空和胃肠运动产生双向调节作用，还具有抗氧化、抗炎作用[15]；浙贝母有抗炎、抗肿瘤、止痛抑菌及抗溃疡作用[16]。由此可见，本方具有促进胃肠动力、抗炎、抗肿瘤、抗抑郁等多种功效，能够有效地调理肝脏，促进气血畅通，解毒活血。

本次研究结果表明，治疗后观察组总有效率高于对照组。2组经过治疗后，观察组和对照组的中医证候积分和病理检查评分均呈现出明显的改善，且相较于对照组，观察组的改善效果更为显著。此外，观察组患者具有更低的不良反应发生率。由此可见，疏肝理气活血汤联合常规西药治疗肝胃不和型CAG比单纯服用常规西药效果好。另外，2组患者治疗后的血常规、尿常规、大便常规以及肝、肾功能等检查均未出现明显异常情况，说明该研究的治疗方案安全性较高，不会给患者带来严重的不良反应。

综上所述，疏肝理气活血汤联合常规西药治疗肝胃不和型CAG患者，可减轻患者的临床症状、改善胃黏膜的损伤，且不良反应较少，相较于单纯使用西药治疗，具有更好的治疗效果。

[参考文献]

[1] 王亚楠，袁莉，汪莉，等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与舌下络脉特征相关性分析[J]. 中国中医药信息杂志，2023，30(5)：158-163.

[2] 穆凯代斯·阿布都热合曼，李志钢，郭蕾. 探讨慢性萎缩性胃炎的中西医研究进展[J]. 新疆中医药，2022，40(6)：116-119.

[3] LI Y F，XIA R，ZHANG B，et al. Chronic Atrophic Gastritis：A Review[J]. J Environ Pathol Toxicol Oncol，2018，37(3)：241-259.

[4] 房静远，杜奕奇，刘文忠，等. 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] 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，2002：125-129.

[6] 刘海涛，李志艳，龚永强. 猴头健胃灵片治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 临床合理用药，2023，16(15)：71-73.

[7] 上海国家消化系疾病临床医学研究中心，国家消化道早癌防治中心联盟，中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组，等. 中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020年)[J]. 中华消化杂志，2020，40(11)：731-741.

[8] 王暖凤，初海坤，黄树民，等. 慢性萎缩性胃炎患者临床流行病学分析[J]. 中国公共卫生，2017，33(7)：1109-1111.

[9] 易艳容，彭雄群，曾亚. 莫沙比利联合瑞巴派特治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及其对患者临床症状与炎性反应的影响[J]. 临床合理用药杂志，2022，15(24)：76-79.

[10] 张泰，张北华，马祥雪，等. 从“瘀、毒、郁”探讨慢性萎缩性胃炎的病机[J]. 中医杂志，2022，63(3)：229-233.

[11] 史俊豪，丘琴，刘晓芳，等. 佛手化学成分和药理作用及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中华中医药学刊，2023，41(4)：17-28.

[12] 刘梅，郭小红，孙全，等. 温郁金的化学成分和药理作用研究进展[J]. 现代药物与临床，2021，36(1)：204-208.

[13] 陈斯. 延胡索化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息，2021，38(7)：78-82.

[14] 孟然，薛志忠，鲁雪林，等. 蒲公英的功效成分与药理作用研究进展[J]. 江苏农业科学，2021，49(9)：36-43.

[15] 张晓娟，左冬冬，胡妮娜，等. 厚朴的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息，2023，40(2)：85-89.

[16] 孙禹，梁伟. 浙贝母的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 特产研究，2022，44(1)：87-92.

(责任编辑：郑锋玲)