

胃萎灵治疗慢性萎缩性胃炎临床研究

张喜奎¹ 陈亦人² 张振忠³

摘要 为探求中医药对慢性萎缩性胃炎(CAG)的有效方法,本文将70例CAG患者随机分为胃萎灵治疗组(40例)和胃苏颗粒对照组(30例)进行观察,结果显示,治疗组临床症状总有效率90%,病理总有效率65%,且能显著降低患者胃泌素血症,治疗前后差异均有显著性($P<0.01$),优于对照组($P<0.05$)。同时还显示,两组均有清除HP作用,但二者差异不显著($P>0.05$)。结果表明,胃萎灵对CAG具有缓解和消除症状,改善和逆转病理的作用。

主题词 胃炎,萎缩性/中医药疗法 @胃萎灵

慢性萎缩性胃炎(CAG)系临床常见病,目前缺少满意疗法,严重威胁着人类健康,为探求中医药的确切疗效,笔者在导师临床经验的基础上,以《伤寒论》名方乌梅丸化裁组成胃萎灵,进行了系列研究。现将结果报告如下。

1 临床资料

共收治70例,随机分为胃萎灵治疗组(以下简称治疗组)40例,胃苏颗粒对照组(以下简称对照组)30例。治疗组男18例,女22例;年龄29~70岁,平均 54.24 ± 7.59 岁;病程1~30年,平均 8.42 ± 7.19 年;症状积分 8.64 ± 2.23 ;腺体萎缩轻度11例,中度25例,重度4例;肠化生程度阴性9例,轻度13例,中度10例,重度8例;对照组男13例,女17例;年龄28~69岁,平均 53.87 ± 10.12 岁;病程1~31年,平均 7.92 ± 8.14 年;症状积分 8.17 ± 2.28 ;腺体萎缩轻度8例,中度19例,重度3例;肠化生程度阴性6例,轻度10例,中度9例,重度5例。经统计学处理,两组间差异无显著性($P>0.05$)。

诊断标准:主要参照1982年10月在重庆召开的全国胃炎诊治座谈会所制订的《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准》(试行方案)^[1],并参考1990年在澳大利亚悉尼召开的第九届世界胃肠病学术大会制订的“胃炎新分类悉尼系统”^[2]收集病例。凡符合上述诊断标准者,皆可纳入。

排除标准:(1)恶性肿瘤及有外科情况者。(2)妊娠或哺乳妇女,18岁以下,70岁以上者。(3)合并有心、

脑、肝、肾、造血等系统严重疾病,精神病患者。(4)不合作者。(5)未按规定用药治疗,或中断治疗,无法判定疗效,或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

2 治疗方法

2.1 给药方法:治疗组服用胃萎灵胶囊(乌梅丸),组成:乌梅肉660g,细辛198g,干姜300g,黄连528g,当归132g,桂枝198g,人参198g,附子198g,黄柏198g,蜀椒(去目)132g。制胶囊剂1000粒,每粒重0.5g,口服,每日3次,每次5粒,3个月为1疗程。

对照组给胃苏颗粒,扬子江药业集团生产,主要成分:苏梗、香附、陈皮、佛手等,口服,每次5g,每日3次,3个月为1疗程。

2.2 观察指标:症状观察:分别于治疗前、治疗中及治疗后记录主要症状:胃脘痛、腹胀、纳差、嘈杂、泛酸、嗝气及舌脉变化。症状采用打分方法,分为4级,即无记零分,轻记1分,中记2分,重记3分,分别合计,以判定疗效。病理观察:参照1982年全国癌防治协作组病理组制订的标准,将胃腺体萎缩、肠化生分为轻、中、重三级,分别观察治疗前后变化。胃泌素变化:分别观测治疗前后血清胃泌素的变化。HP感染情况:分别检测治疗前后HP感染情况。

3 结果

3.1 疗效判定标准:参照1989年11月中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制订的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》(试行方案)^[3]规定如下:(1)症状疗效标准:显效:临床症状消失,或基本消失,症状分值 $\geq 80\%$ [症状分值=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$]。有效:临床症状有所改善或明显减轻,症状分值 $\geq 20\%$ 。无效:临床症状无改善,或加重,症状分值 $< 20\%$ 。(2)病理疗效标准:显效:粘膜萎缩改善两个级差以上,或改善两个级差同时伴肠化生和异型增生轻度改善以上。或粘膜萎缩改善一个级差同时伴肠化生和异型增生的改善或消失。有效:粘膜萎缩、肠化生和异型增生三者之一有轻度改善。无效:病理无改善,甚至加重。

3.2 结果

3.2.1 症状疗效:两组病人治疗后症状改善及积分情况分别见表1、表2。由两表可见,胃萎灵治疗组及对照组均可改善患者的临床症状,治疗前后差异均有显著

1 福建中医学院,福州市五四路282号(350003)

2 南京中医药大学

3 陕西中医学院附属医院

收稿日期:2000-01-03;修回日期:2000-03-27

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效
治疗组	40	16(40)	20(50)	4(10)
对照组	30	9(30)	16(53.33)	5(16.67)

表 2 两组治疗前后症状积分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	8.69 $\pm$ 2.23	3.21 $\pm$ 2.49** Δ
对照组	30	8.17 $\pm$ 2.58	5.38 $\pm$ 2.73*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 两组治疗前后病理改变情况(例)

组别	例数	腺体萎缩			肠化生		
		—	+	++	—	+	++
治疗组	40 治疗前	0	11	25	4	9	10
	治疗后	15	19	6	0	18	13
对照组	30 治疗前	0	8	19	3	6	10
	治疗后	4	9	15	2	7	9

表 4 两组患者血清胃泌素含量变化(pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	85.27 $\pm$ 6.34	71.22 $\pm$ 5.06** Δ
对照组	30	82.49 $\pm$ 4.32	74.94 $\pm$ 5.12*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

性,大部分患者经 1 个疗程的治疗后,自觉症状都有不同程度的改善。两组临床疗效差异无显著性($P > 0.05$)。

3.2.2 病理疗效:两组患者治疗前后腺体萎缩及肠化生程度比较见表 3。从表 3 可见,治疗组治疗后腺体萎缩及肠化生绝大部分有不同程度的改善,治疗前后比较差异有显著性,以疗效判定,显效 8 例,占 20%,有效 18 例,占 45%,无效 14 例,占 35%,总有效率 65%,与文献报道及动物实验基本一致。对照组对腺体萎缩亦有改善作用,治疗前后差异有显著性,对肠化生虽有部分改善,但治疗前后经统计学处理,差异不显著,依疗效判定,显效 2 例,占 6.67%,有效 12 例,占 40%,无效 16 例,占 53.33%,总有效率 46.67%,治疗组疗效较对照组为优($P < 0.05$)。

3.2.3 血清胃泌素变化:治疗前后血清胃泌素变化见表 4。两组治疗前后血清胃泌素含量差异均有显著性(P 均 < 0.01),提示二者对胃泌素的含量有显著性影响,但治疗组较对照组更为明显($P < 0.01$)。

3.2.4 治疗后对 HP 感染改善情况:治疗组治疗前 HP 感染共 28 例,治疗后消失 12 例,减轻 4 例,无效 12 例,阴转率 42.85%,总有效率 57.14%;对照组治

疗前 HP 感染共 20 例,治疗后消失 8 例,减轻 3 例,无效 9 例,阴转率 40%,总有效率 55%。提示两者均有清除 HP 作用,但差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

CAG 被 WHO 列为癌前状态之一,其基本病理变化包括胃固有腺体的萎缩、肠上皮化生及炎性反应,常伴有粘膜上皮不典型增生。对其病机,多认为属本虚标实^[4],寒热错杂,肝胃不和^[5],阴阳两虚等,主要病位在胃,与肝脾至为密切。是故采用乌梅丸,以乌梅之酸,黄连、黄柏之苦,蜀椒、细辛、附子等之辛,人参、当归之甘,成酸苦辛甘复法以治,取辛开苦降,斡旋中州,酸辛相合,柔肝疏肝,调木扶土,酸甘化阴,辛甘化阳,扶助正气,甘缓和中,顾护气血,酸苦泻热,辛温散寒,祛除病邪。

CAG 与 HP 感染密切相关,方中乌梅、黄连、黄柏、桂枝、细辛等均有不同程度的抗菌作用,本研究结果表明,该方对 HP 有清除作用,此可能系本方疗效的机理之一。酸味药在该病治疗中日益受到重视,如陈德贤认为辨病治疗体现在用酸味药上,并经临床证实乌梅等疗效确切^[6]。本方乌梅为主药,古今皆用之以除恶肉,消瘤块,此似与逆转肠化、增生有利;胃粘膜屏障作用破坏,血流量减少,系 CAG 普遍存在的现象,有效改善这一状态,不仅有助于阻止胃体进一步损伤,且可促进受损的粘膜、腺体修复。方中细辛、蜀椒、干姜、附子等辛辣之品可使胃粘膜产生刺激后保护作用,从而纠正了上述状态。另外,乌梅丸中的全部药物均有不同程度的抗炎作用,可针对该病的基本病理。该方中干姜、桂枝、当归等松弛平滑肌的作用,加之细辛、附子的镇痛作用,有利于临床症状的缓解,而其促进消化液、酶分泌的作用,又有利于改善 CAG 消化不良状态等,以上多方面的相互作用与协调,构成了乌梅丸对 CAG 疗效的产生——减轻、消除症状,改善、逆转病理变化。

参考文献

- 1 李益农,萧树东,张锦坤,等.慢性胃炎的诊治问题.中华内科杂志,1983,22(5):261-262.
- 2 胡品津节译.悉尼系统:新的胃炎分类法.国外医学·内科学分册,1991,18(7):289-292.
- 3 周建中,陈泽民,危北海.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案).中西医结合杂志,1990,10(5):318-319.
- 4 李恩复,刘建平,戴晓玲,等.萎缩性胃炎中医证型特点探讨.中国医药学报,1999,14(6):28-30.
- 5 肖芳.中药治疗自发性肠胃返流性萎缩性胃炎临床研究.中国医药学报,1999,14(3):40-41.
- 6 陈德贤.慢性萎缩性胃炎的诊治经验.湖北中医杂志,1989,(6):11-12.