

临床研究

益气清热活血法治疗幽门螺杆菌相关性
胃炎 53 例临床观察

汪悦* 指导:单兆伟*

摘要 以中医理论为指导,根据导师单兆伟教授的学术观点及临床经验,提出脾胃气虚是发病的病理基础,湿热阻络是病理的主要关键,益气健脾、清热除湿、活血通络是治疗的基本原则,并据此研制成治疗本病的中成药——清幽养胃胶囊。临床研究表明,清幽养胃胶囊对幽门螺杆菌相关性慢性胃炎有较好的疗效。治疗组共治疗 53 例,临床治愈 6 例,显效 18 例,有效 24 例,无效 5 例,总有效率为 90.5%。对照组治疗 50 例,临床治愈 5 例,显效 13 例,有效 20 例,无效 12 例,总有效率为 76%。治疗组临床总有效率略高于对照组。治疗组幽门螺杆菌根除率为 66.04%,与对照组相近。6 个月后随访,治疗组复发率为 13.33%,对照组复发率 41.66%,治疗组明显低于对照组。清幽养胃胶囊治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎,不仅可直接杀灭细菌,而且能改善患者的胃痛、痞满、嗳气、食少、乏力、嘈杂、吞酸等症状,并能使患者胃粘膜充血、水肿、炎细胞浸润、腺体萎缩、肠化、增生等病理状态好转。

主题词 胃炎/微生物学 螺杆菌感染/中医药疗法 胃炎/中医药疗法

慢性胃炎与幽门螺杆菌感染有非常密切的关系,我们根据中医辨证论治的原则,以益气清热活血为主要治法,研制成清幽养胃胶囊,治疗幽门螺杆菌相关性胃炎,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

确诊为幽门螺杆菌感染的慢性胃炎,同时符合中医气虚、湿热及血瘀辨证标准的患者。幽门螺杆菌感染的诊断标准参照 1997 年 4 月在广州召开的中华医学会第二届全国幽门螺杆菌专题学术研讨会上拟定的科研诊断标准^[1]。慢性胃炎诊断标准根据 1982 年重庆会议制定的“慢性胃炎的分类、纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准”^[2]。中医气虚、湿热及血瘀证的辨证标准参照《中药新药治疗胃脘痛的临床研究指导原则》有关中医辨证分型标准^[3]。全部病例均系 1996 年 9 月~1999 年 3 月本校附属医院消化科门诊及病房的患者。103 例患者中,门诊患者 69 例,住院患者 34 例。随机分为治疗组 53 例,对照组 50 例。治疗

组中慢性浅表性胃炎 28 例,慢性萎缩性胃炎 25 例;对照组中慢性浅表性胃炎 27 例,慢性萎缩性胃炎 23 例。

2 治疗及观察方法

治疗组服用清幽养胃胶囊,每次 4 粒,每日 3 次,疗程为 2 个月。对照组采用 1990 年第九届世界胃肠病专题会议推荐的三联疗法^[4]:胶态次枸橼酸铋(德诺) 240mg,每日 2 次;羟氨苄青霉素 500mg,每日 2 次;甲硝唑 400mg,每日 2 次。疗程 2 周。

观察项目:症状与体征的观察包括胃痛、痞满、嗳气、食少、乏力、泛酸、嘈杂、口干苦、大便干结、大便溏薄、舌苔黄腻、舌下静脉瘀紫等临床表现,每周记录 1 次。临床症状与体征按轻、中、重分别记为 1 分、2 分、3 分。胃镜与病理观察也按轻、中、重度分别记为 1 分、2 分、3 分。幽门螺杆菌检查情况的观察方法包括¹⁴C-尿素呼气试验(¹⁴C-UPT)、PCR 法检测 HP-DNA 及胃粘膜组织切片染色。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参考 1989 年中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会南昌会议制订的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》^[5]判定,分为近期治愈、显效、有效和无效。幽门螺杆菌根除标准为停用治疗药物半月后复查¹⁴C-UPT 阴性(活度 < 150dpm),PCR 法检测 HP-DNA 阴性,胃粘膜组织切片染色查 HP 阴性,具备以上 3 条标准中 2 条者方可判定为幽门螺杆菌根除。

3.2 两组总疗效比较:治疗组 53 例,近期治愈 6 例(11.3%),显效 18 例(33.9%),有效 24 例(45.3%),无效 5 例(9.5%),总有效率为 90.5%。对照组 50 例,近期治愈 5 例(10%),显效 13 例(26%),有效 20 例(40%),无效 12 例(24%),总有效率为 76%。治疗组临床总有效率高于对照组,但无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组治疗前后症状与体征比较:治疗组治疗后各症状积分均显著降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),症状总积分也显著降低($P < 0.01$)。对照组治疗后胃痛、痞满、食少、泛酸、嗳气、乏力等症状积分降低,但除痞满、

* 南京中医药大学,江苏省南京市汉中路 282 号(210029)

收稿日期:2001-03-12

表 1 两组患者治疗前后症状积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

症 状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃 痛	2.03±0.82(32)	0.81±0.93(32) ^{##}	1.97±0.82(29)	1.66±0.94(29)
痞 满	1.92±0.86(25)	0.88±0.88(25) ^{##*}	2.05±0.72(22)	1.45±0.96(22) [#]
噯 气	1.76±0.97(21)	0.95±0.92(21) ^{##}	1.71±0.77(17)	1.47±0.94(17)
食 少	1.72±0.75(18)	0.89±0.76(18) ^{##}	1.67±0.80(21)	1.43±0.87(21)
乏 力	1.50±0.52(16)	0.75±0.68(16) ^{##}	1.33±0.49(12)	0.91±0.51(12) [#]
泛 酸	1.82±0.81(17)	1.06±0.97(17) ^{##}	1.89±0.81(19)	1.47±1.02(19)
嘈 杂	1.83±0.76(24)	1.13±0.90(24) ^{##}	1.82±0.73(22)	1.50±0.91(22)
口 干 苦	1.88±0.72(16)	0.94±0.85(16) ^{##}	1.93±0.70(15)	1.60±0.91(15)
大便干结	1.45±0.52(11)	0.73±0.90(11) ^{##}	1.40±0.52(10)	1.50±0.53(10)
大便溏薄	1.71±0.69(17)	0.65±0.79(17) ^{##}	1.63±0.72(16)	1.44±0.73(16)
舌苔黄腻	1.95±0.74(21)	0.95±0.97(21) ^{##}	1.95±0.71(19)	1.74±0.99(19)
舌下静脉瘀阻	2.15±0.80(13)	1.15±0.69(13) ^{##}	1.93±0.83(14)	1.79±0.99(14)
总 积 分	35.92±12.68	17.42±5.98 ^{##}	32.58±11.92	26.83±8.86

与本组治疗前比较, # $P<0.05$, ## $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, * $P<0.05$ 。表中括号内为例数, 下表同

表 2 两组患者治疗前后胃镜、病理积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

分 类	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
浅表胃炎	1.83±0.79(28)	1.06±0.94(28) ^{##}	2.06±0.75(27)	1.29±1.05(27) ^{##}
萎缩胃炎	1.81±0.75(25)	0.88±1.02(25) ^{##}	1.78±0.81(23)	1.61±0.98(23)
总 积 分	25.5±2.75(53)	15.75±2.75(53) ^{##}	24.75±10.47(50)	17±10.61(50)

表 3 两组患者治疗前后 ^{14}C -UPT 活度变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前(dpm)	治疗后(dpm)
治疗组	53	1361.09±850.07	149.72±97.50 ^{##}
对照组	50	1212.58±707.86	132.60±73.24 ^{##}

乏力外差异均无显著性($P>0.05$)。见表 1。

3.4 两组胃镜与病理观察结果比较: 治疗组治疗后较治疗前积分降低, 总积分降低也较明显(P 均 <0.01)。对照组治疗后较治疗前积分降低以浅表性胃炎较明显($P<0.05$), 萎缩性胃炎积分和总积分降低不明显($P>0.05$)。见表 2。

3.5 幽门螺杆菌检查: 治疗组治疗后幽门螺杆菌检查根除者 35 例, 根除率 66.04%, 对照组根除者 39 例, 根除率 78%。治疗组根除率略低于对照组, 但无统计学意义($P>0.05$)。

3.6 两组治疗前后 ^{14}C -UPT 活度等比较: 两组治疗前后 ^{14}C -UPT 活度比较差异均有显著性($P<0.01$), 而治疗后两组间比较差异无显著性($P>0.05$)。见表 3。治疗组中有 30 例患者同时运用 PCR 法查 HP-DNA, 阳性 28 例, 治疗后阴转 19 例, 阴转率 67.85%; 对照组中 25 例患者同时查 HP-DNA, 阳性 23 例, 治疗后阴转 17 例, 阴转率 73.91%。治疗后对照组略低于治疗组, 但无统计学意义($P>0.05$)。6 个月后对部分幽门螺杆菌阴转的患者进行随访, 治疗组随访 15 例, 有 3 例幽门螺杆菌复转阳性, 而用 PCR-RFLP 分析

其治疗前后的酶切图谱, 1 例酶切图谱不同, 说明是重复感染; 2 例完全相同, 确系幽门螺杆菌感染复发, 复发率 13.33%。对照组随访 12 例, 有 6 例复转阳性, 1 例治疗前后的酶切图谱不同, 5 例酶切图谱相同, 复发率 44.16%。治疗组复发率明显低于对照组。

4 讨论

幽门螺杆菌感染是目前世界上最常见的细菌感染之一, 呈全球分布, 感染率从 1%~79% 不等, 多数地区在 50% 左右^[6]。我国属幽门螺杆菌感染率较高的国家, 感染率在 50%~80% 之间, 且高毒力株比例较高^[1]。因幽门螺杆菌呈螺旋形, 具鞭毛结构, 可在粘液层中自由活动, 并与粘膜细胞紧密接触, 直接侵袭胃粘膜; 可产生多种酶及代谢产物如尿素酶及其代谢产物氨、过氧化物歧化酶、蛋白溶解酶、磷脂酶 A 等, 可破坏胃粘膜; 所产生的细胞毒素可致细胞空泡变性; 幽门螺杆菌抗体还可造成自身免疫损伤。有报道, 慢性浅表性胃炎的幽门螺杆菌检出率为 57.6%, 慢性萎缩性胃炎为 60.4%, 远远高于正常人群的检出率^[7]。

幽门螺杆菌相关性慢性胃炎主要隶属于中医“胃痛”、“痞满”等病证范畴。从中医角度而言, 幽门螺杆菌当属“邪气”范畴。幽门螺杆菌这种病邪之所以会侵犯人体, 并且引起人体的病变, 必然与内在正气不足有关, 只有脾胃气虚, 幽门螺杆菌才能乘虚而入。而幽门螺杆菌相关性慢性胃炎所出现的一系列症状主要是湿

热内蕴、气机不畅、瘀血阻络的结果。

由于脾胃气虚湿热阻络是本病的病理基础,因此,益气健脾、清热除湿、活血通络是主要治疗原则,并据此研制成清幽养胃胶囊,主要用党参、白术、茯苓、丹参等药。党参为补气健脾之要药,张琳等报道,党参对幽门螺杆菌也有一定的抑制作用^[8]。白术健脾燥湿,茯苓既能健脾和胃,又能利水渗湿。黄芩性味苦寒,能泻实火,除湿热。药理研究发现黄芩有较广的抗菌谱,对多种病菌均有抑制作用。有人对 200 种中药对幽门螺杆菌的抑杀作用进行观察,发现 38 种中药对该菌有抑杀作用,其中以黄芩的作用较明显^[9]。张存钧等观察了 19 种中药对幽门螺杆菌的抑菌作用,黄芩对幽门螺杆菌呈高度敏感^[10]。丹参养血活血,既能活血祛瘀,又不破血伤正。

临床研究表明,清幽养胃胶囊对幽门螺杆菌相关性慢性胃炎有较好的疗效。治疗组共治疗 53 例,临床治愈 6 例,显效 18 例,有效 24 例,无效 5 例,总有效率为 90.5%。而对照组治疗 50 例,临床治愈 5 例,显效 13 例,有效 20 例,无效 12 例,总有效率为 76%。治疗组临床总有效率略高于对照组。治疗组幽门螺杆菌根除率为 66.04%,与对照组相近。6 个月后随访,治疗组复发率为 13.33%,对照组复发率 41.66%,治疗组明显低于对照组。幽养胃胶囊治疗幽门螺杆菌相关性慢

性胃炎,不仅可直接杀灭细菌,而且能改善患者的胃痛、痞满、暖气、食少、乏力、嘈杂、吞酸等临床症状,并能使患者胃粘膜充血、水肿、炎细胞浸润、腺体萎缩、肠化、增生等病理状态好转。

参考文献

- 1 周殿元,张万岱.关于幽门螺杆菌若干问题的意见.中华内科杂志,1997,36(7):438.
- 2 王秀沂,刘坤范,刘新华.疾病诊断标准.大连:大连出版社,1992:565—566.
- 3 中华人民共和国卫生部药政局.中药新药临床研究指导原则,1993:74.
- 4 陈灏珠.实用内科学.第 10 版.北京:人民卫生出版社,1998:1576.
- 5 中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准.北京:人民军医出版社,1987:569.
- 6 范学工,夏华向.幽门螺杆菌基础与临床.长沙:湖南科学技术出版社,1997:23.
- 7 周殿元,张万岱,王继德,等.中华医学会第二届全国幽门螺杆菌专题学术研讨会纪要.中华内科杂志,1997,36(7):441—442.
- 8 张琳,李萍.幽门螺杆菌与慢性萎缩性胃炎发病关系及防治研究.中国中西医结合杂志,1992,12(9):521—522.
- 9 王绪霖.抑制幽门螺旋菌中药的初步筛选.中国中西医结合杂志,1994,14(9):534.
- 10 张存钧,蒋振明,张镜人.中药对幽门螺杆菌抑制作用的体外研究.中国中西医结合脾胃杂志,1997,5(3):168.
- 11 严光俊,秦晦光.运用益气活血法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的临床观察.中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(1):42—43.

解语丹化裁治疗舌肿大 1 例

傅天泽*

舌肿大一症,临床实属罕见。笔者曾以解语丹化裁治愈 1 例,现报告如下。

徐某,男,40 岁,1985 年秋初诊。诉:在秋收劳动中自觉舌根发麻发木,逐渐舌胀满口不能容纳,历经月余,辗转多家医院治疗无效,前来就诊。患者体质较丰肥,面青,舌胖大、色紫、中心苔厚腻微黄,涎水淋漓、质粘稠、言语尚能听清,言舌胀满口难忍,非伸出口外不可,脉弦长有力。无眩晕肢麻等中风先兆之诸症。经检查除血压稍高于正常值外,各项辅助检查均不能提供诊断依据。

舌乃心之苗,此症良由心火暴甚兼杂它因所致。观其口流粘稠涎水拉扯成线而不尽,此为内有痰饮。若心火暴甚化风;或正气不足卫外不固,劳于野外,风邪乘袭,风与痰结而为风痰。盖痰之本,源于脾虚。足太阳脾经上连于舌本而散于舌下。痹于舌下,阻滞舌本之血脉,致舌体胀大。此本虚标实之证。先治其标,再图其本。治以祛风涤痰、活血化瘀。《医学心悟》之解语丹,原专为风痰阻于廉泉舌蹇难言而设,今症候虽异,其理则一,移

其方加减化裁而治之。处方:白附子 20g,天麻 20g,石菖蒲 15g,木香 10g,胆南星 20g,远志 15g,全蝎 2.5g,羌活 15g,甘草 15g,僵蚕 15g,当归 5g,川芎 15g,丹参 20g,2 剂。3 日后未见复诊,效否未知。

1987 年 5 月 30 日,患者因舌肿胀又前来求医。诉:前年秋患舌肿胀,服药 2 剂即愈。今旧病复发,故急来求治。观其状如前,唯脉弦长而数,苔腻而黄,且后枕痛。细询患者素来嗜酒。前次进药 2 剂,虽标去而本尚存,风痰之源未竭。若嗜酒,酒为阳物,常饮伤阴,时值春夏风阳之季,心火盛极,又阴虚阳亢,风夹痰浊上逆客于风府故后枕痛。上逆舌本,舌脉瘀阻,血滞流于舌体,脉络怒张,故舌又胀大而色紫。故在前方基础上加清热涤痰之品,并加重镇摄熄风、活血化瘀之力。处方:白附子 20g,天麻 20g,菖蒲 15g,木香 10g,胆南星 20g,远志 15g,全蝎 3g,羌活 15g,甘草 15g,僵蚕 15g,当归 15g,川芎 15g,丹参 20g,天竹黄 20g,黄芩 15g,枳实 15g,半夏 15g,茯苓 15g,瓜蒌 20g,钩藤 20g。

投药 2 剂。舌肿胀回缩,后枕痛消失。后嘱其再进 10 剂,以绝风痰之根源,而固脾运之本。随访 3 年,未再复发。

* 黑龙江省双城市中医院(150100)

收稿日期:2000—12—11

ABSTRACTS FROM ORIGINAL ARTICLES

Clinical observation on 53 cases of pyloric helicobacterium relative gastritis treated with supplementing Qi, removing heat and activating blood circulation methods

Wang Yue

It is raised that Qi — deficiency of spleen and stomach is pathological basis for this disease and retention of damp—heat in collaterals is a main pathological key, and supplementing Qi and strengthening spleen, removing heat and dampness, and activating blood circulation and dredging collaterals are basic therapeutic principle. Based on this, Qing You Yang Wei Capsule was developed for treatment of this disease. Clinical study indicated that Qing You Yang Wei Capsules had a better therapeutic effect on pyloric helicobacterium relative gastritis . Of the 53 cases in the treatment group, 6 cases were clinically cured, 18 cases were markedly effective, 24 cases were effective and 5 cases were ineffective, the total effective rate being 90. 56%. And of the 50 cases in the control group, 5 were clinically cured, 13 were markedly effective, 20 were effective and 12 were ineffective, with a total effective rate of 76%. The total effective rate in the treatment group was slightly higher than that in the control group. The eradicating rate of the Chinese drug for pyloric helicobacterium was 66. 03%, approaching to that of the control group. The recurrence rate in the treatment group was 13. 33%, significantly lower than 41. 66% in the control group. Qing You Yang Wei Capsules not only directly kills bacteria, but also improves stomach, accumulation in the abdomen, belching, poor appetite, weakness, gastric discomfort with acid regurgitation, and other symptoms, and also improves congestion, edema, inflammatory cell infiltration, gland atrophy, proliferation of gastric mucosa and other pathological state.

Authors' address: Nanjing University of TCM, Nanjing 210029

Key words: Gastritis/microbiology infection of helicobacterium/TCM therapy gastritis/TCM therapy

(Original article on page 114)

Study on correlativity of development of illness state with changes of biochemical indexes in the cases of hepatitis B and E with overlapping infections of the liver and gallbladder dampness—heat type

Wang Yuqun, Xing Lianjun, Zhang Wei, et al.

As the patient of hepatitis B and E overlapping infection of liver and gallbladder damp — heat type compared with the patient of simple hepatitis E of liver and gallbladder damp — heat type, attack was very rapid, jaundice exacerbated progressively and hepatic function damaged severely. After

treatment the state of illness restored more slowly and the duration of illness was obviously prolonged. At the same time, it was found that the biochemical indexes (hyaluronic acid, total bile acid) increased significantly at acute stage, and the indexes in the patient of overlapping infection in the time for recovering normality at restoration stage was longer than that in the patient of simple hepatitis E, with a significantly difference between the two groups. It is indicated that lesion of the liver in the patient of overlapping infection of hepatitis B and E was more severe than the simple hepatitis E, with no good prognosis.

Authors' address: Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200032

Key words: Hepatitis, type E/diagnosis hepatitis, type B/diagnosis liver and gallbladder dampness and heat/diagnosis

(Original article on page 117)

Clinical study on treatment of 32 cases of ulcerative colitis with Chang An Capsules

Liu Wanli, Shen Hong, Shan Zhaowei, et al.

In order to explore the therapeutic action and mechanisms of Chang An Capsules for treatment of ulcerative colitis, 62 cases were randomly divided into two groups and treated with oral administration of Chang An Capsules and Bu Pi Yi Chang Pill respectively, for 3 therapeutic courses. Clinical observation, pathological therapeutic effects, and changes of enteroscopic sign, serum immunoglobulin, complement C₃, serum superoxide dismutase (SOD) and lipid peroxide (LPO) before and after treatment were observed. Results indicated that in the treatment group, the total effective rate was 93. 80%, the therapeutic effects for enteroscopy and pathology were 81. 30% and 84. 40% respectively, and serum immunoglobulin, complement C₃, serum superoxide dismutase (SOD) activity and lipid peroxide (LPO) were improved or inhibited, with significant difference compared with the control group ($P < 0. 05$ or $P < 0. 01$). It is suggested that Chang An Capsules has an obvious therapeutic action, and its mechanism is possibly related with inhibition of lesion of intestinal mucosa, promotion of ulcerative repair, strengthening of removing free radicals and anti — oxidation ability, and regulation of immunological function.

Author's address: Department of Graduate Students, Nanjing University of TCM, Nanjing 210029

Key words: Colitis, ulcerative/TCM therapy @ Chang An Capsules

(Original article on page 119)