

临床 研究

消幽颗粒治疗幽门螺杆菌相关性
慢性胃炎 40 例临床研究

王胜英* 刘悦明* 陈 鹏* 祝建伟*

摘要 目的:观察消幽颗粒治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性慢性胃炎的疗效。方法:将 120 例患者随机分为 3 组,每组 40 例,分别采用消幽颗粒、胃苏颗粒和西药三联疗法观察临床疗效。结果:消幽颗粒在改善临床症状、消除黏膜炎症方面均较中药对照组为优,清除 Hp 方面长期疗效优于西药对照组。结论:消幽颗粒治疗 Hp 相关性慢性胃炎疗效肯定。

主题词 胃炎/中医药疗法 螺杆菌,幽门/药物作用 @ 消幽颗粒

Clinical Study on Xiaoyou Granule for Treatment of 40 Cases of Helicobacter Pylorum Related Chronic Gastritis

Wang Shengying, Liu Yueming, Chen Peng, et al.

(Xuzhou Municipal Hospital of TCM, Xuzhou 221003)

Objective: To observe therapeutic effect of Xiaoyou Granule on Helicobacter Pylorum(Hp) related chronic gastritis. **Methods:** 120 cases were randomly divided into 3 groups, 40 cases in each group. They were treated respectively with Xiaoyou Granule, Weisu Granule and western medicine. Their therapeutic effects were observed. **Results:** Xiaoyou Granule was superior to the control group of TCM in improving clinical symptoms, eliminating inflammation of mucosa and the long-term therapeutic effect of removing Hp was superior to the control group of western medicine. **Conclusion:** Xiaoyou Granule has a definite therapeutic effect on Hp related chronic gastritis.

Key Words Gastritis/TCM therapy; Helicobacter Pylorum/drug action; @ Xiaoyou Granule

现代医学已证实幽门螺杆菌(Hp)是慢性胃炎的主要病因。由于 Hp 的持续存在,导致胃黏膜长期处于炎症反应状态,促进了黏膜萎缩、肠化与异型增生的形成,因此,及时根除 Hp 是治疗 Hp 相关性胃炎的关键环节。我们在传统辨证论治的基础上,动态考察宏观辨证与微观病理的关系,采用清热解毒活血、健脾和胃化湿的治疗方法,取得了满意疗效。近年来我们将验方剂型改为消幽颗粒,并进行了相关的临床研究。

1 临床资料

1.1 病例来源及选择:入选病例均来自 1999 年 11 月~2002 年 8 月本院消化科门诊及住院患者,据随机数字表分为 3 组。治疗组 40 例,其中男 18 例,女 22 例;年龄 19~63 岁,平均(40.7±9.8)岁,病程 4 个月~25 年;西药对照组 40 例,男 16 例,女 24 例;年龄 22~67 岁,平均(41.6±10.2)岁,病程 2 个月~19 年;中药对照组 40 例,男 20 例,女 20 例,年龄 17~61 岁,平均(39.8±9.7)岁,病程 3 个月~27 年。3 组性别构成、年龄、病程差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:依据胃镜检查、快速尿素酶试验及病理报告,按照 2000 年全国慢性胃炎工作会议共识意见标准^[1],参照《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准》和 1990 年悉尼分类系统标准而制定。

1.3 纳入及排除标准:确诊为 Hp 相关性胃炎,并且临床症状符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]中脾虚胃热型诊断标准,列为观察对象。排除标准:亦参照《中药新药临床研究指导原则》制定。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组用消幽颗粒,中药对照组用胃苏颗粒,西药对照组用标准三联疗法(胶体铋加阿莫西林加替硝唑)。消幽颗粒(组成:蒲公英 30g,白花蛇舌草 30g,黄芩 10g,赤芍 15g,丹参 20g,人参 10g,白术 10g,茯苓 15g,半夏 10g,陈皮 10g,枳实 15g,苍术 10g,干姜 4g)由本院制剂室提供,每包 10g,每次 1 包,每日 3 次,冲服,疗程 1 个月。胃苏颗粒(扬子江制药股份有限公司生产,批号 030921)每包 5g,每次 1 包,每日 3 次,疗程 1 个月。胶体铋(山西安特制药有限公司生产,国药准字 X-47-1)每次 100mg,每日 3 次,餐前 30 分钟口服。替硝唑(海南三叶制药有限公司生产,批号 030301)每次 0.5g,每日 3 次;阿莫西林(山东鲁抗医药股份有限公司生产,批号 L030643)每次 0.5g,每日 3

基金项目:徐州市科技局课题(X2001059)

* 徐州市中医院消化内科,江苏省徐州市中山南路 169 号(221003)

收稿日期:2004-12-22;修回日期:2005-02-10

表1 3组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

症状	治疗组(10例)		中药对照组(10例)		西药对照组(10例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃痛	2.14±0.82	0.77±0.92*	2.05±0.91	1.72±0.81	2.03±0.87	0.83±0.74*
痞满	1.97±0.83	0.84±0.69*	2.03±0.85	1.62±0.78	1.98±0.88	1.66±0.80
暖气	1.77±0.96	0.96±0.77*	1.84±0.92	1.12±0.95*	1.86±0.74	1.62±0.56
纳差	1.74±0.75	0.92±0.72*	1.69±0.81	1.45±0.64*△	1.76±0.81	1.19±0.88*
乏力	1.50±0.63	1.24±0.53	1.44±0.62	1.36±0.51	1.48±0.65	1.26±0.47
泛酸	1.84±0.92	1.06±0.54*	2.03±0.94	1.52±0.73*△	1.91±0.86	1.24±0.65*
便溏	1.41±0.62	1.07±0.64*	1.38±0.65	1.37±0.59*△	1.36±0.53	1.33±0.57
便秘	1.25±0.78	1.05±0.53	1.32±0.64	1.30±0.67	1.34±0.72	1.32±0.69
舌苔黄腻	1.96±0.87	1.42±0.63*	1.93±0.76	1.77±0.65	1.87±0.78	1.72±0.66

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与治疗组治疗后比较, △ $P < 0.05$

次, 疗程7天。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 临床症状和体征: 用药前记录患者胃脘痞满、胃脘痛、暖气、泛酸、纳差、乏力、便秘或便溏、舌苔黄腻等临床表现, 每周按照积分方式记录1次。计分分为4级, 无计0分, 轻计1分, 中计2分, 重计3分。疗效标准参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》^[3]拟定。临床治愈: 临床主要症状消失, 次症消失或基本消失; 胃镜复查活动性炎症消失, 慢性炎症好转达轻度; 活检组织病理证实胃镜所见, 肠化生和异型增生复常或消失, Hp清除, 胃酸基本恢复正常。显效: 临床主要症状消失, 次症基本消失; 胃镜复查黏膜急性炎症基本消失, 慢性炎症好转; 活检组织病理证实胃镜所见, 肠化生和异型增生恢复或减轻2个级度以上(含2个级度), Hp清除, 胃酸分泌功能改善。有效: 主要症状明显减轻; 胃镜检查黏膜病变范围缩小1/2以上, 炎症有所减轻; 活检组织病理证实胃镜所见, 急、慢性炎症减轻1个级度以上, 肠化生和异型增生减轻, 胃酸分泌功能改善。无效: 达不到有效标准。

2.2.2 慢性炎症病理和Hp感染变化: 分别于治疗前1天、停药1个月和1年后行空腹胃镜检查, 治疗前2周内须停用抗Hp药物。对慢性炎症病理和Hp感染的观察, 参照2000年全国慢性胃炎研讨会共识意见制定的标准, 分为无、轻、中、重4级, 分别计为0~3分。

2.3 统计学方法: 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料经正态分布检验(矩法)和方差齐性检验后, 若满足条件则采用 t 检验, 否则采用秩和检验, $\alpha = 0.05$ 为检验水准, 采用SPSS 11.0统计软件分析数据。

3 治疗结果

3.1 3组疗效比较: 治疗组治愈4例, 显效10例, 有效14例, 无效12例; 中药对照组治愈3例, 显效8例, 有效10例, 无效19例; 西药对照组治愈6例, 显效11例, 有效13例, 无效10例。治疗组总有效率70.0%,

与西药对照组相近(75.0%), 均高于中药对照组(52.5%), 但差异无显著性。

3.2 3组近期症状改善情况比较: 表1示, 治疗组治疗后各症状和体征积分均降低, 除乏力、便秘外差异均有显著性($P < 0.05$)。中药对照组和西药对照组治疗后症状积分降低, 但中药对照组仅泛酸、暖气、纳差、便溏差异具有显著性($P < 0.05$), 西药对照组仅胃痛、泛酸、纳差差异具有显著性($P < 0.05$)。治疗组泛酸、纳差、便溏改善优于中药对照组, 差异具有显著性($P < 0.05$)。

3.3 3组慢性炎症与病理观察结果比较: 表2示, 治疗组治疗后慢性炎症和病理积分较治疗前均显著降低($P < 0.01$)。中药对照组治疗后慢性炎症和病理积分降低, 但差异无显著性。西药对照组治疗后慢性炎症和病理积分降低, 差异具有显著性($P < 0.01$)。治疗组治疗后积分明显低于中药对照组($P < 0.05$), 高于西药对照组, 但差异无显著性。

表2 3组患者治疗前后胃镜病理积分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	浅表性胃炎	萎缩性胃炎
治疗组	治疗前	1.84±0.86(28)	1.86±0.82(12)
	治疗后	1.20±0.95(28)*	1.26±0.94(12)*
中药对照组	治疗前	1.78±0.77(26)	1.82±0.84(14)
	治疗后	1.55±0.83(26)	1.62±0.59(14)
西药对照组	治疗前	1.92±0.91(29)	1.85±0.64(11)
	治疗后	1.12±0.87(29)*△	1.23±0.88(11)*△

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与治疗组治疗后比较, △ $P < 0.05$; 括号内为例数

3.4 3组治疗前后及1年后Hp感染情况比较: 表3示, 治疗组治疗后Hp感染计分显著降低($P < 0.01$); 中药对照组治疗后Hp感染计分降低, 但无统计学意义; 西药对照组治疗后Hp感染计分亦显著降低($P < 0.01$)。治疗组Hp感染计分低于中药对照组, 差异有显著性($P < 0.05$), 高于西药对照组, 但无统计学意义。1年后, 3组Hp感染计分均升高, 西药对照组与治

疗后比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组和中药对照组无明显差异。组间相比,停药 1 个月后和 1 年后,治疗组计分均低于中药对照组,差异具有显著性($P<0.05$),西药对照组在停药 1 个月后,计分低于治疗组,差异无显著性,1 年后,西药对照组计分高于治疗组,差异有显著性($P<0.05$)。

表 3 3 组患者治疗前后及 1 年后
Hp 感染计分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	1 年后
治疗组	10	2.24 $\pm$ 0.79	1.83 $\pm$ 0.61*	1.87 $\pm$ 0.63
中药对照组	40	2.18 $\pm$ 0.81	2.13 $\pm$ 0.70 $\blacktriangle$	2.20 $\pm$ 0.81
西药对照组	40	2.30 $\pm$ 0.76	1.67 $\pm$ 0.73* $\blacktriangle$	2.17 $\pm$ 0.73*

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与本组 1 年后比较, $\triangle P<0.05$;与治疗组治疗后比较, $\blacktriangle P<0.05$;与治疗组 1 年后比较, $\star P<0.05$

4 讨论

Hp 主要通过细菌动力、尿素酶活性及黏附机制等使 Hp 定植于宿主体内。其产生的代谢产物、毒素及细胞因子等可引起上皮细胞内空泡形成,诱发胃黏膜炎症,导致胃黏膜屏障的破坏,以及黏膜萎缩、肠化与异型增生的形成。而后几种病理改变引起癌变率高,已被定为胃癌的癌前状态与癌前病变。因此,及时根除 Hp,消除胃黏膜炎症是治疗 Hp 相关性胃炎的关键环节。

Hp 相关性慢性胃炎属中医“胃脘痛”、“痞满”等病证范畴。传统中医理论强调辨证论治,分型和用药较繁复,病因治疗方面亦存在不足。我们在传统辨证论治基础上,将现代医学对本病的认识纳入中医辨证体系,认为反复持续的外邪侵袭是主要病因;外邪犯胃导致脾胃虚弱,胃黏膜屏障功能下降是本病的病理机转;脾虚则湿邪内蕴而化热,气虚则血运无力而瘀滞,湿、热、瘀血既是本病重要的病理产物,又成为外邪易感的内部环境。基于以上认识,我们提出外邪犯胃→脾胃气虚→内邪丛生是 Hp 相关性慢性胃炎的主要病因病机特点,由此确立了清热解毒活血、健脾和胃化湿的治法,经过反复临床摸索,研制成消幽颗粒。方中蒲公英、白

花蛇舌草、黄连清热解毒,赤芍、丹参活血化瘀,药理研究证实它们均有良好的抑制 Hp 的作用,并且能增加胃黏膜血流量,促进炎症的消退,白花蛇舌草尚能抑制胃黏膜的过度增生。浙贝母清火化痰散结,《别录》载其能疗“心下满”,与上五味共为君药。人参、白术、茯苓、半夏、陈皮取六君子汤之义,而行健脾和胃化湿之功,为臣药。研究证实健脾方药可以改善胃黏膜屏障,促进局部胃黏膜损伤的修复。枳实行气止痛,又能促进胃蠕动,可减少损伤因子在胃内的停留时间。苍术健脾化湿,干姜温胃健脾,既防苦寒伤胃,又与黄芩、半夏相伍,取半夏泻心汤辛开苦降、寒温并施之意,上三药共为佐使。全方寒温并用,清补同施,祛邪而不伤正,扶正而不恋邪,共奏清热解毒活血、健脾和胃化湿之功。

现有研究证实,直接抑制和杀灭 Hp,西药作用优于中药,但亦存在耐药性高、副作用大、依从性差、价格昂贵等缺点。中药具有副作用小,对病变本身有治疗作用,可保护和提高黏膜防御能力,几味中药联用很少产生耐药性等特点。国内有资料显示,用克拉霉素、呋喃唑酮及胶体铋剂治疗 1 周,Hp 根除率达 100%,但不良反应亦相应增加。同样的治疗方案随着时间的推移,其 Hp 根除率越来越低,表明 Hp 治疗中最大的难题是 Hp 对抗生素的耐药性。本研究显示,消幽颗粒治疗 Hp 相关性慢性胃炎具有较好疗效,在改善症状,减轻炎症,促进胃黏膜修复,逆转其萎缩、肠化与增生,根除 Hp 等方面,与对照药物比较有明显优势。消幽颗粒清除 Hp 的长期疗效较西药更好,说明中药对机体内环境的改善也是 Hp 不易繁殖的一个重要因素。

参考文献

- 中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见.中华消化杂志,2000,20(3):199~201.
- 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第 1 辑).1993:88~90.
- 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会.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):319~320.

(上接第 898 页)

“天非此火不能生物,人非此火不能有生”(《相火论》)。《蒲辅周医疗经验集》谓:“肝阳虚则筋无力,恶风,善惊惕,囊冷,阴湿,饥不欲食。”肝气、肝阳虚证,是导致疏泄不及的一个重要病理环节。

对于肝病中之肝气虚者,治疗以补肝益气为大法,自拟补肝益气汤。方中柴胡、升麻益气升提以升发肝气;当归、黄芪益气养血以养肝,山茱萸、白芍理气养阴以柔肝;茯苓、陈皮健脾化痰,远志、夜交藤宁心安神;

合欢皮疏肝解郁,共奏益肝气、养肝体、柔肝阴之功。

对于肝阳虚者,治疗以温生肝肾阳气,自拟桂附二仙汤。方中桂枝配白芍取桂枝加桂汤之意,张仲景用以治“气从少腹上冲心”的阳虚阴乘证;桂枝配附子,温补肝肾;再佐以酸肝温养之品,如淫羊藿、巴戟天、仙茅、石楠叶等温补肝肾;鳖甲、鸡内金畅气通络;青黛、矾石取硝石矾石散之意,并以青黛为引经药,咸软直入肝血。用此方治疗阴黄证、寒重于湿型,包括胆汁性肝硬化、阿狄森病、肝肾综合征等,可取得较好效果。