

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.24.011

益气化瘀生肌方加减治疗青海地区慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证 63 例临床研究

李军茹^{*}, 许文文, 邹小云, 杨翠兰, 张海涛, 许发功, 孙聆心

(青海省中医院, 青海省西宁市城中区七一路 338 号, 810000)

摘要 目的 观察益气化瘀生肌方加减治疗青海地区慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证的临床疗效及安全性。方法 将 120 例慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证患者随机分为对照组 57 例和治疗组 63 例。对照组予以口服雷贝拉唑肠溶胶囊 20 mg, 每日 1 次; 枸橼酸铋钾口服液每次 5 ml, 每日 3 次。治疗组给予益气化瘀生肌方加减。两组患者中感染幽门螺旋杆菌 (Hp) 者, 均予抗 Hp 治疗 2 周。两组均治疗 4 周。比较两组患者治疗前后中医症状评分、内镜下胃黏膜评分, 治疗后 Hp 清除率、复发率, 并进行疗效及安全性评价。结果 治疗组总有效率为 98.41%, 对照组为 87.72%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后各中医症状评分、胃黏膜评分均低于本组治疗前 ($P < 0.01$), 且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组 Hp 根除率为 100%, 对照组为 68.18%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组复发率为 16.13%, 对照组为 46.00%, 治疗组低于对照组 ($P < 0.01$)。两组均未见明显不良反应。结论 益气化瘀生肌方加减治疗青海地区慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证有较好的临床疗效, 能改善临床症状、促进胃黏膜修复, Hp 根除率高, 复发率低, 安全性好。

关键词 慢性糜烂性胃炎; 益气化瘀生肌方; 气虚血瘀证; 青海; 幽门螺旋杆菌; 复发率

慢性糜烂性胃炎 (chronic erosive gastritis, CEG) 属中医学“胃脘痛”“胃痞”等范畴。我们在长期临床过程中发现青海地区 CEG 具有发病率高及治疗后复发率高的特点, 认为其可能与青海地区高寒、缺氧、干燥的气候环境, 使得人体宗气亏虚, 气虚气滞, 进而瘀血内阻、胃络失养有关, 故以益气化瘀生肌法组成益气化瘀生肌方治疗青海地区 CEG, 取得良好疗效。前期动物实验也证实中药复方可通过不同机理调节高原地区模型动物微循环、保护胃黏膜^[1-2]。本研究进一步观察益气生肌活血方加减治疗青海地区慢性糜烂性胃炎的疗效与安全性, 报告如下。本研究经青海省中医院伦理委员会批准。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海)》^[3]中 CEG 的诊断标准, 及中华医学会消化内镜学分会制定的《慢性胃炎的内镜分型分级标准

及治疗的试行意见》^[4]。

中医辨证标准参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年, 天津)》^[5]中气虚血瘀证辨证标准。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准及中医辨证标准; 在青海省中医院行胃镜检查; 年龄 18 ~ 70 岁; 本次就诊前 14 天内未口服治疗本病的相关药物; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

合并消化道溃疡、胃癌者; 对研究药物过敏者; 合并心、肝、肾、脑、肺等系统重大疾病者; 合并精神类疾病者。

1.4 一般资料

选择青海省中医院及其医联体 2016 年 6 月至 2017 年 11 月消化科门诊 CEG 患者 120 例, 按照随机数字表法分为治疗组 63 例和对照组 57 例。治疗组中男 28 例, 女 35 例; 年龄 20 ~ 66 岁, 平均年龄 (47.41 ± 11.24) 岁; 病程 6 ~ 80 个月, 平均 (36.67 ± 17.44) 个月; 胃镜等级^[6]: I 级 6 例, II 级 47 例, III 级 10 例; 幽门螺杆菌 (Hp) 阳性

基金项目: 青海省卫生和计划生育委员会重点课题 (2016-wjzd-07)

* 通讯作者: qhxnlijunru@sina.com, 13519732841

18 例, 阴性 45 例。对照组中男 34 例, 女 23 例; 年龄 21 ~ 68 岁, 平均年龄 (51.16 ± 10.07) 岁; 病程 8 ~ 77 个月, 平均 (34.33 ± 16.92) 个月; 胃镜等级: I 级 5 例, II 级 46 例, III 级 6 例; Hp 阳性 22 例, 阴性 35 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组予以益气化瘀生肌方口服, 组成: 黄芪 30 g, 三七粉 5 g (冲服), 白芷 10 g, 白及 16 g, 醋乳香 6 g, 醋没药 6 g, 黑柴胡 16 g, 麸炒枳壳 16 g, 煅瓦楞子 30 g (先煎), 红景天 10 g。每日 1 剂, 浓煎取汁 300 ml, 早、晚餐后温服。肝郁重者加香附 10 g、郁金 13 g; 脾虚甚者加麸炒白术 16 g、党参 10 g; 湿重者加藿香 10 g、豆蔻 10 g; 湿热重者加黄芩 16 g、炒薏苡仁 30 g。

对照组予以雷贝拉唑肠溶胶囊 (国药准字 H20061220, 济川药业集团有限公司) 20 mg, 晨起空腹口服, 每日 1 次; 枸橼酸铋钾口服液 (国药准字 H13023305, 河北奥星集团药业有限公司) 每次 5 ml, 餐前 30 min 兑温水稀释口服, 每日 3 次。

两组 Hp 检测阳性的患者加服: 阿莫西林胶囊 (国药准字 H44021518, 广州白云山医药集团股份有限公司), 每次 1 g, 每日 2 次, 餐后口服; 盐酸左氧氟沙星片 (国药准字 H20054198, 四川科伦药业股份有限公司), 每次 0.2 g, 每日 2 次, 餐后口服。治疗 2 周后停用阿莫西林胶囊及盐酸左氧氟沙星片。两组均治疗 4 周。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 中医症状评分 根据自拟量表对两组患者中医症状如胃脘部胀满、疼痛、恶心呕吐、反酸、烧心、纳呆等进行量化评分, 计为无 (0 分)、轻 (3 分)、中 (5 分)、重 (7 分), 治疗前后各进行 1 次。

2.2.2 内镜下胃黏膜分级及评分^[4] 0 级: 胃黏膜正常, 未见糜烂, 计 0 分; I 级: 胃黏膜糜烂单发, 计 1 分; II 级: 胃黏膜糜烂多发, 但糜烂处 ≤ 5 处, 计 2 分; III 级: 胃黏膜糜烂多发, 糜烂处 ≥

6 处, 计 3 分。治疗前后各评价 1 次。

2.2.3 Hp 根除率、复发率 治疗后统计 Hp 根除率, 治疗结束后随访 6 个月, 统计复发率。复发是指痊愈、有效及显效患者病情回到最初水平。Hp 根除率 = (治疗前 Hp 阳性例数 - 治疗后 Hp 阳性例数) / 治疗前 Hp 阳性例数 × 100%。复发率 = 复发例数 / (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) × 100%。

2.2.4 安全性指标 对患者进行一般查体, 并监测患者生命体征, 血、尿、便常规, 心电图, 肝、肾功能。

2.3 疗效判定标准

参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年, 天津)》^[5] 拟定, 治愈: 临床症状基本或全部消失, 疗效指数 ≥ 95%, 胃镜下胃黏膜恢复正常; 显效: 临床症状大部分减弱或消失, 70% ≤ 疗效指数 < 95%, 内镜等级减少 2 级; 有效: 临床症状部分减弱或消失, 30% ≤ 疗效指数 < 70%, 内镜等级减少 1 级; 无效: 临床症状未减弱及消失或明显加重, 疗效指数 < 30%, 内镜等级未见明显改变, 甚或加重。疗效指数 = (治疗前中医症状评分 - 治疗后中医症状评分) / 治疗前中医症状评分 × 100%。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行统计学处理。计量资料正态分布者用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 非正态分布者用中位数和四分位数间距即 M (Q25 ~ Q75) 表示, 两组内及组间比较均采用非参数检验; 计数资料采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组 63 例中治愈 23 例, 显效 20 例, 有效 19 例, 无效 1 例, 总有效率为 98.41%; 对照组 57 例中治愈 16 例, 显效 4 例, 有效 30 例, 无效 7 例, 总有效率为 87.72%。治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后中医症状评分比较

表 1 示, 两组治疗后各中医症状评分均低于本

表 1 两组慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证患者治疗前后中医症状评分比较 [分, M (Q25 ~ Q75)]

组别	时间	例数	胀满	胃痛	嗳气	恶心呕吐	反酸	烧心	纳差
治疗组	治疗前	63	3 (0, 5)	3 (0, 5)	3 (3, 5)	0 (0, 3)	3 (3, 5)	3 (0, 5)	3 (0, 5)
	治疗后	63	0 (0, 3) * Δ	0 (0, 0) * Δ	0 (0, 0) * Δ	0 (0, 0) * Δ	0 (0, 0) * Δ	0 (0, 3) * Δ	0 (0, 0) * Δ
对照组	治疗前	57	5 (3, 7)	5 (3, 5)	5 (3, 5)	3 (0, 5)	3 (3, 5)	5 (3, 5)	3 (3, 5)
	治疗后	57	3 (0, 5) *	0 (0, 3) *	3 (0, 3) *	0 (0, 3) *	0 (0, 3) *	0 (0, 3) *	0 (0, 3) *

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

组治疗前 ($P < 0.01$), 且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后胃黏膜评分比较

表 2 示, 两组治疗后胃黏膜评分均较本组治疗前降低 ($P < 0.01$), 且治疗组胃黏膜评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组慢性糜烂性胃炎气虚血瘀证患者治疗前后胃黏膜评分比较 [分, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	63	2 (2, 2)	1 (0, 1) $^{* \Delta}$
对照组	57	2 (2, 2)	1 (0, 1) *

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

3.4 两组患者治疗后 Hp 根除率比较

治疗组治疗前 18 例 Hp 感染患者, 治疗后为 0 例, Hp 根除率为 100%; 对照组治疗前 22 例 Hp 感染患者, 治疗后为 7 例, Hp 根除率为 68.18%。治疗组 Hp 根除率高于对照组 ($\chi^2 = 5.105$, $P = 0.034$)。

3.5 两组治疗结束后 6 个月复发率比较

治疗组 62 例有效患者中 10 例患者复发, 复发率为 16.13%; 对照组 50 例有效患者中 23 例患者复发, 复发率为 46.00%。治疗组复发率低于对照组 ($\chi^2 = 11.883$, $P < 0.01$)。

3.6 不良反应

两组治疗后血、尿、便常规, 肝、肾功能, 心电图等, 与治疗前比较均未见明显变化。

4 讨论

慢性糜烂性胃炎主要由 Hp 感染、各类药物损伤、十二指肠液及胃酸反流、吸烟、饮酒、遗传、食物过敏、免疫、克罗恩病及其他感染性病原体或辐射等^[6-8]多种相关因素引起的一种常见的消化内科疾病, 中医辨病属“胃脘痛”“胃痛”等范畴, 临床表现多以上腹部胀满疼痛、反酸、烧心、嗳气、恶心呕吐、纳差等症状为主。现代社会工作、生活压力导致的情志过激、熬夜、恣食辛辣及肥甘厚腻等使得 CEG 多发且病情反复。青海地区具有中高海拔的地理特征、长冬凉夏的气候特点, 高寒缺氧, 清气不足, 宗气生成乏源, 气虚血瘀、血络瘀阻贯穿疾病发病过程^[9]。脾气虚弱、失于健运, 肝失疏泄, 胃气失和而发为本病, 本病病位在胃, 与肝脾密切相关, 因此立法益气化瘀、生肌健脾和胃治疗本病。

气为血帅, 气能生血、行血, 故以大剂量黄芪

益气建中, 促进血液运行; 三七祛瘀消肿生新; 白芷、白及、乳香、没药为我们临床治疗 CEG 常用药对, 其中白芷、白及、三七可消肿、生肌、敛疮, 祛腐生肌、止血宁络, 是胃病消肿止痛、生肌敛疮的良药; 乳香性温, 没药性平, 二者皆味辛、苦, 气芳香, 入心、肝经, 具有活血化瘀、消肿止痛之功效; 瓦楞子制酸止痛; 柴胡、枳壳疏肝解郁。结合青海地区高寒缺氧的地理气候特征, 在方中加入红景天以抗缺氧、益气活血化瘀。以上诸药合用, 各司其职, 共同达到治疗 CEG 的目的。

本研究结果显示, 益气化瘀生肌方加减治疗青海地区 CEG 患者总有效率高于雷贝拉唑肠溶胶囊联合枸橼酸铋钾口服液, 在中医症状改善及下胃黏膜修复方面疗效明显优于对照组, Hp 根除率高、复发率低, 且未发现明显的不良反应, 安全性好。本为单中心研究, 且病例数较少, 尤其是治疗组 Hp 感染例数仅 18 例, 尚不能全面反映临床实际情况, 研究结果需多中心、大样本的临床研究来进一步验证。

参考文献

- [1] 李军茹, 陈卫国, 贾守宁, 等. 藏药复方对高原气虚血瘀证动物微循环影响的研究 [J]. 时珍国医国药, 2015, 26(1): 56-58.
- [2] 李军茹, 贾守宁, 杨翠兰, 等. 护胃散对急进高原大鼠胃黏膜 VEGF 和 bFGF mRNA 表达的影响 [J]. 中医杂志, 2017, 58(9): 787-790.
- [3] 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]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [4] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见 [J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 4-5.
- [5] 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.
- [6] RUGGE M, GENTA RM. Staging and grading of chronic gastritis [J]. Hum Pathol, 2005, 36(3): 228-233.
- [7] TANG XD, LU B, ZHOU LY, et al. Clinical practice guideline of Chinese medicine for chronic gastritis [J]. Chin J Integr Med, 2012, 18(1): 56-71.
- [8] DIXON MF, GENTA RM, YARDLEY JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994 [J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10): 1161-1181.
- [9] 任玉娇, 朱雪, 张伟. 益气温阳活血化瘀法论治特发性肺纤维化合并肺动脉高压 [J]. 中医杂志, 2017, 58(14): 1186-1188, 1195.

(下转第 2147 页)

Prescription Regularity of Traditional Chinese Medicine Treatment for Parkinson Disease: Based on Complex Network Analysis

GUO Yuchi¹, JI Zhaochen², LI Jingbo¹

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510006; 2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To analyze the core herb and the prescription regularity of traditional Chinese medicine (TCM) treatment of Parkinson disease. **Methods** A comprehensive literature search was performed in China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang Database, VIP database, and China Biology Medicine (CBM) to identify all the studies on TCM prescription in the treatment of Parkinson disease, the literature was from database establishment to March 31, 2018. BICOMB 2 was used to extract all the information of drug name and to generate a co-occurrence matrix. Gcluto was used to draw clustering matrix maps and mountain diagrams. NetDraw was used to draw network maps, and the frequency of drugs and drug groups for the treatment of Parkinson's disease were analyzed.

Results A total of 762 papers were included, which covered 1389 TCM prescriptions, with 325 kinds of herbs in 22 categories. Baishao (*Radix Paeoniae Alba*) appeared most frequently (759), followed by Tianma (*Rhizoma Gastrodiae*, 546) and Shudihuang (*Rehmannia Glutinosa*, 545), Danggui (*Radix Angelicae Sinensis*, 538), Gouteng (*Uncaria rhynchophylla*, 513). According to function classification, tonic herbals (64 ingredients) was in dominant position, followed by heat-clearing herbs (41 ingredients), rheumatism herbals (32 ingredients), and blood-activating herbs and expectorant herbals (26 ingredients), which makes 51.74% of the total number of ingredients. The herb pairs with highest frequency was Shudihuang (*Rehmannia Glutinosa*) with Baishao (*Radix Paeoniae Alba*, 395), followed by Tianma (*Rhizoma Gastrodiae*) and Guoteng (*Uncaria rhynchophylla*, 357), Tianma (*Rhizoma Gastrodiae*) with Baishao (*Radix Paeoniae Alba*, 353), Danggui (*Radix Angelicae Sinensis*) with Baishao (*Radix Paeoniae Alba*, 352), and Guoteng (*Uncaria rhynchophylla*) with Baishao (*Radix Paeoniae Alba*, 325). **Conclusion** The methods of TCM in treating Parkinson disease mainly include dispersing stagnated liver *qi* to dredge collateral, nourishing kidney to tonify marrow, dispelling wind damp and regulating meridian and collateral, which mainly use Baishao (*Radix Paeoniae Alba*), Tianma (*Rhizoma Gastrodiae*), Shudihuang (*Rehmannia Glutinosa*), Danggui (*Radix Angelicae Sinensis*) and Guoteng (*Uncaria rhynchophylla*) as core herbs.

Keywords Parkinson disease; complex network; Chinese medicine; literature research; prescription regularity

(收稿日期: 2018-05-11; 修回日期: 2018-07-09)

编辑: 叶晨

(上接第 2119 页)

Clinical Study on Treatment with Yiqi Huayu Shengji Decoction (益气化瘀生肌方) for Chronic Erosive Gastritis Patients with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome in Qinghai Area

LI Junru, XU Wenwen, ZOU Xiaoyun, YANG Cuilan, ZHANG Haitao, XU Fagong, SUN Lingxin

(Traditional Chinese Medicine Hospital of Qinghai Province, Xining 810000)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effects and safety of Yiqi Huayu Shengji Decoction (益气化瘀生肌方) in the treatment of chronic erosive gastritis with *qi* deficiency and blood stasis syndrome in Qinghai. **Methods**

A total of 120 chronic erosive gastritis patients with *qi* deficiency and blood stasis were selected and randomly divided into a control group (57 cases) and a treatment group (63 cases). The control group received rabeprazole enteric-coated capsules, 20 mg each time, once a day, and bismuth potassium citrate oral solution, 5 ml each time, 3 times a day. The treatment group was given modified Yiqi Huayu Shengji Decoction. The patients in both groups who were infected with *Helicobacter pylori* (Hp) were treated with anti-HP infection for 2 weeks. The traditional Chinese medicine (TCM) syndromes scores, endoscopic mucosal recovery scores, Hp clearance after treatment, and recurrence rate were compared. **Results** The total effective rate was 98.41% in the treatment group and 87.72% in the control group. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The TCM symptom scores and gastric mucosal scores of the both groups were decreased compared with before ($P < 0.01$), and they were decreased more in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). The Hp eradication rate was 100% in the treatment group, which was higher than 68.18% in the control group ($P < 0.05$). The recurrence rate was 16.13% in the treatment group and 46.00% in the control group, which was lower in the treatment group than in the control group ($P < 0.01$). No significant adverse reactions were observed in either group. **Conclusion** Modified Yiqi Huayu Shengji Decoction has a good clinical effect in treating chronic erosive gastritis with *qi* deficiency and blood stasis syndrome in Qinghai. It can improve clinical symptoms, promote gastric mucosal repair, with high Hp eradication rate, low recurrence rate and good safety.

Keywords chronic erosive gastritis; Yiqi Huayu Shengji Decoction; *qi* deficiency and blood stasis syndrome; Qinghai; *Helicobacter pylori*; recurrence rate

(收稿日期: 2018-04-30; 修回日期: 2018-09-07)

编辑: 王利芬