

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.04.012

小归芍化浊解毒方对胃癌前病变浊毒内蕴证患者血清胃蛋白酶原的影响

张晓利, 王志坤*, 刘启泉, 张纨, 张娜娜

(河北省中医院, 河北省石家庄市中山路 389 号, 050011)

摘要 目的 观察小归芍化浊解毒方治疗胃癌前病变浊毒内蕴证的临床疗效及可能作用机制。方法 将 102 例胃癌前病变浊毒内蕴证患者随机分为治疗组和对照组各 51 例。治疗组给予小归芍化浊解毒方口服, 每日 1 剂; 对照组给予口服胃复春片, 每次 4 片, 每日 3 次, 疗程均为 3 个月。观察治疗前后患者临床症状积分、内镜下黏膜病变积分及病理学积分, 并检测治疗前后血清胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 及胃蛋白酶原比值 (PGR) 水平。结果 治疗组治疗后临床症状积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组治疗后胃脘疼痛、胃脘胀闷、嗝气、嘈杂、寐差、胃凉积分较对照组降低更明显 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后黏膜病变积分均降低 ($P < 0.05$), 且治疗组在改善黏膜白或花斑、血管透见及隆起结节积分方面优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组在改善萎缩、肠化积分及病理总积分方面优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后两组血清胃蛋白酶原 I 及 PGR 水平均较本组治疗前增加, 且治疗组均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 小归芍化浊解毒方治疗胃癌前病变浊毒内蕴证不仅能缓解临床症状, 还能改善患者病理组织学表现, 调节血清胃蛋白酶原水平可能是其机制之一。

关键词 胃癌前病变; 小归芍化浊解毒方; 胃蛋白酶原; 浊毒内蕴证; 慢性萎缩性胃炎

胃癌早期症状不典型, 甚或无临床症状, 加之胃镜检查未列入我国普及检查项目, 导致早期胃癌检出率较低。众所周知, 胃癌前病变与胃癌密切相关, 随着医学水平及人们经济水平的提高, 对胃癌前病变的重视日益提高, 目前已成为胃癌二级预防的重要内容^[1]。临床中电子胃镜及病理学检查是上述疾病诊断的金标准, 除此之外, 血清胃蛋白酶原、胃泌素 17 及幽门螺杆菌抗体筛查等项目也作为常用的筛查手段逐步被认可^[2]。尤其是血清胃蛋白酶原检测能够很好地反映胃功能状态, 血清胃蛋白酶原水平是监测萎缩性胃炎、肠上皮化生、异型增生发生胃癌倾向的可靠指标^[3-4]。小归芍化浊解毒方为我们应用于临床多年的效验方, 具有化浊解毒散结、健脾和胃降逆之功。我们的前期研究表明, 该方能有效抑制幽门螺杆菌、提高胃癌前病变患者生存质量及降低复发率^[5-6]。本研究开展病理组织学及胃蛋白酶原的观察, 进一步证实其临床

效并探讨可能机制, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

胃癌前病变包括胃黏膜的肠上皮化生和异型增生, 且主要存在于慢性萎缩性胃炎中。慢性萎缩性胃炎的诊断及相关病理诊断参照《中国慢性胃炎共识意见》^[7]; 中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[8] 及《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[9]。浊毒内蕴证, 主症: 胃脘胀痛或灼痛或隐痛, 或胀闷不舒; 次症: 嗝气, 恶心, 烧心反酸, 纳呆, 口干口黏, 大便不爽; 舌脉: 舌质暗红或红或紫暗, 舌苔白腻或黄腻, 脉弦或弦滑或细涩或弦涩。

1.2 纳入标准

1) 符合慢性萎缩性胃炎的临床诊断及肠上皮化生、异型增生的病理学支持; 2) 符合上述中医辨证标准; 3) 年龄 30 ~ 70 岁; 4) 自愿参加本试验, 签署知情同意书; 5) 停用其他治疗胃癌前病变的药物至少半个月。

基金项目: 河北省科技计划项目 (14277754D)

* 通讯作者: wzkl529@126.com, 13223409366

1.3 排除标准

1) 合并高级别上皮内瘤变或癌变、消化性溃疡及其他疾病(需长期口服非甾体抗炎药、激素、免疫抑制剂等药物的疾病); 2) 妊娠或哺乳期妇女; 3) 不能主动配合试验者。

1.4 一般资料

102 病例均为 2017 年 1 月至 2018 年 1 月河北省中医院脾胃病门诊及住院部收治的胃癌前病变患者, 入组前 1 个月均经胃镜及病理检查确诊。按照患者就诊的先后顺序, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 51 例, 其中男 22 例, 女 29 例, 平均年龄 (46.41 ± 4.78) 岁, 病程 11 个月 ~ 14 年, 平均病程 (6.57 ± 2.73) 年; 对照组 51 例, 其中男 19 例, 女 32 例, 平均年龄 (44.63 ± 4.17) 岁, 病程 13 个月 ~ 12 年, 平均病程 (6.27 ± 3.05) 年。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 口服小归芍化浊解毒方, 处方: 冬凌草 10g, 藤梨根 15g, 紫豆蔻 6g, 黄连 6g, 清半夏 6g, 瓜蒌 15g, 当归 12g, 白芍 15g, 川芎 9g, 茯苓 15g, 白术 10g, 泽泻 6g。气滞者加厚朴、枳实、佛手、香橼等理气消滞; 血瘀者加三七粉、延胡索、蒲黄、五灵脂等活血化瘀; 气虚者加黄精、红景天、太子参、党参等补脾益气; 阴虚者加百合、沙参、麦冬、五味子等养阴生津; 血虚者加枸杞子、山萸肉、熟地黄、鸡血藤等滋阴补血。将上述药物加水煎汁 300 ml, 分早晚两次饭后 2 h 温服, 疗程为 3 个月。

对照组: 胃复春片(杭州胡庆余堂有限公司生产, 批号: 1008162, 0.375 g/片) 口服, 每次 4 片, 每日 3 次, 疗程为 3 个月。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 临床症状积分 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[8] 的相关标准。主要症状包括胃脘疼痛、胃脘胀闷、嗳气、纳呆食少, 按症状的

无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分; 次要症状包括烧心反酸、嘈杂、寐差、胃凉, 按症状的无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。

2.2.2 黏膜病变积分 胃镜下参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[8] 的相关标准。主要表现包括黏膜白或花斑、血管透见、黏膜粗糙、隆起结节, 按无、轻、中、重四级分别计 0、2、4、6 分; 次要表现包括红斑、糜烂、黏膜内出血、胆汁反流, 按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。

2.2.3 病理学积分 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[8] 的相关标准。主要指标包括萎缩、肠化、异型增生, 按无、轻、中、重四级分别计 0、3、6、9 分; 次要指标包括慢性炎症、活动性, 按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。

2.2.4 血清胃蛋白酶原水平 治疗前后分别采集受试者血清, 通过河北省中医院检验科生化分析仪(重庆科斯迈生物科技有限公司生产, 型号: SMART300) 检测并记录胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 及胃蛋白酶原比值(PGR)。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计分析软件, 正态分布计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 治疗前后比较采用 t 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后临床症状积分比较

表 1 示, 两组患者治疗前各临床症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后胃脘疼痛、胃脘胀闷、嗳气、纳呆食少、烧心反酸、嘈杂、寐差、胃凉积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 对照组治疗后仅胃脘疼痛、胃脘胀满、嗳气、纳呆食少、烧心反酸及胃凉积分较治疗前降低 ($P < 0.05$)。治疗后两组之间比较, 治疗组在改善胃脘疼痛、胃脘胀满、嗳气、嘈杂、寐差及胃凉方面优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后黏膜病变积分比较

表 2 示, 两组患者治疗前各黏膜病变积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗

表 1 两组胃癌前病变患者治疗前后临床症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胃脘疼痛	胃脘胀闷	嗳气	纳呆食少	烧心反酸	嘈杂	寐差	胃凉
治疗组	治疗前	51	4.17 $\pm$ 1.12	5.39 $\pm$ 1.54	2.95 $\pm$ 1.36	3.71 $\pm$ 1.25	1.68 $\pm$ 1.49	1.45 $\pm$ 0.87	2.54 $\pm$ 1.71	2.36 $\pm$ 1.63
	治疗后	51	0.92 $\pm$ 0.71 ^{*△}	0.87 $\pm$ 0.91 ^{*△}	0.56 $\pm$ 0.64 ^{*△}	1.63 $\pm$ 0.82 [*]	0.74 $\pm$ 0.53 [*]	0.39 $\pm$ 0.48 ^{*△}	1.15 $\pm$ 0.85 ^{*△}	0.86 $\pm$ 0.67 ^{*△}
对照组	治疗前	51	4.63 $\pm$ 1.38	5.07 $\pm$ 1.19	2.78 $\pm$ 1.57	3.84 $\pm$ 1.58	1.81 $\pm$ 0.72	1.33 $\pm$ 0.91	2.72 $\pm$ 1.62	2.27 $\pm$ 1.83
	治疗后	51	2.88 $\pm$ 1.79 [*]	2.13 $\pm$ 0.85 [*]	1.24 $\pm$ 0.97 [*]	1.69 $\pm$ 1.12 [*]	0.87 $\pm$ 0.64 [*]	1.12 $\pm$ 0.58	2.15 $\pm$ 1.13	1.42 $\pm$ 1.35 [*]

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

表 2 两组胃癌前病变浊毒内蕴证患者治疗前后黏膜病变积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	黏膜白或花斑	血管透见	黏膜粗糙	隆起结节	红斑	糜烂	黏膜内出血	胆汁反流
治疗组	治疗前	51	5.67 ± 1.88	4.82 ± 2.01	5.21 ± 1.75	3.43 ± 1.64	1.31 ± 1.26	1.66 ± 1.39	1.05 ± 1.42	0.98 ± 0.57
	治疗后	51	2.02 ± 1.69 ^{*△}	1.59 ± 0.88 ^{*△}	2.43 ± 1.46 [*]	2.06 ± 1.37 ^{*△}	0.57 ± 0.62 [*]	0.88 ± 0.56 [*]	0.35 ± 0.27 [*]	0.36 ± 0.41 [*]
对照组	治疗前	51	5.84 ± 2.03	5.12 ± 1.76	4.83 ± 1.94	3.11 ± 1.82	1.45 ± 0.87	1.43 ± 1.25	1.24 ± 1.31	0.86 ± 0.53
	治疗后	51	3.87 ± 1.53 [*]	3.65 ± 1.74 [*]	2.79 ± 0.86 [*]	2.84 ± 1.49	0.73 ± 0.55 [*]	0.92 ± 0.87 [*]	0.43 ± 0.29 [*]	0.28 ± 0.32 [*]

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

表 3 两组胃癌前病变浊毒内蕴证患者治疗前后病理学积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	萎缩	肠化	异型增生	慢性炎症	活动性	病理总积分
治疗组	治疗前	51	4.31 ± 2.16	5.42 ± 2.88	1.46 ± 1.53	1.67 ± 1.84	0.89 ± 0.67	13.76 ± 4.49
	治疗后	51	1.98 ± 1.56 ^{*△}	2.52 ± 1.74 ^{*△}	0.56 ± 1.15 [*]	1.58 ± 1.49	0.27 ± 0.63 [*]	6.91 ± 3.82 ^{*△}
对照组	治疗前	51	4.05 ± 2.03	4.86 ± 2.47	1.17 ± 1.72	1.75 ± 1.48	0.78 ± 0.65	12.61 ± 3.94
	治疗后	51	3.17 ± 2.14 [*]	3.28 ± 1.89 [*]	0.71 ± 1.37 [*]	1.81 ± 1.46	0.25 ± 0.52 [*]	9.22 ± 3.78 [*]

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

后各黏膜病变积分 (包括黏膜白或花斑、血管透见、黏膜粗糙、隆起结节、红斑、糜烂、黏膜内出血、胆汁反流) 较治疗前均有下降 ($P < 0.05$); 对照组治疗后在黏膜白或花斑、血管透见、黏膜粗糙、红斑、糜烂、黏膜内出血、胆汁反流积分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 而隆起结节积分治疗前后无改善 ($P > 0.05$); 治疗后两组之间比较, 治疗组在改善黏膜白或花斑、血管透见及隆起结节方面优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后病理学积分比较

表 3 示, 两组患者治疗前各病理学积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者萎缩、肠化、异型增生、活动性积分及病理总积分, 与本组治疗前比较均降低 ($P < 0.05$); 且治疗后两组之间比较, 治疗组在改善萎缩、肠化积分及病理总积分优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后血清胃蛋白酶原水平比较

表 4 示, 两组患者治疗前胃蛋白酶原水平比较, 差异无统计学意义, 具有可比性 ($P > 0.05$); 治疗后两组胃蛋白酶原 I 及 PGR 水平均较本组治疗前增加 ($P < 0.05$), 且治疗组均优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组胃癌前病变浊毒内蕴证患者治疗前后血清胃蛋白酶原水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胃蛋白酶原 I ($\mu\text{g/L}$)	胃蛋白酶原 II ($\mu\text{g/L}$)	PGR
治疗组	治疗前	51	54.58 ± 26.19	9.84 ± 6.34	6.53 ± 3.72
	治疗后	51	89.35 ± 24.46 ^{*△}	9.42 ± 5.97	8.68 ± 4.38 ^{*△}
对照组	治疗前	51	59.37 ± 27.52	9.64 ± 6.24	6.39 ± 3.81
	治疗后	51	73.46 ± 22.93 [*]	8.87 ± 5.85	7.42 ± 3.54 [*]

注: PGR, 胃蛋白酶原比值; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

胃癌前病变属于病理学概念, 它是由正常胃黏膜组织发展为肠型胃癌的一个重要阶段, 多发生在慢性萎缩性胃炎基础上, 包括肠上皮化生和异型增生。临床中, 定期随访监测胃癌前病变尤为重要, 如出现腺瘤型和小病灶的重度异型增生或者轻度异型增生均可考虑镜下治疗^[4]。药物治疗方面, 除根除幽门螺杆菌、保护胃黏膜的治疗用药外, 有报告显示补充叶酸及维生素也有一定作用^[11-13], 但没有得到广泛认可及应用。

胃癌前病变无特异的临床症状, 可表现为胃脘疼痛、胃脘胀满、嗳气、烧心反酸、纳差、寐差、大便不规律等, 归属中医学“胃脘痛”“胃痛”“吐酸”等范畴。有学者强调宏观辨证与胃黏膜微观辨证相结合的重要性, 通过微观辨证论治脾胃病可取得较好疗效, 并总结出“胃寒型黏膜”“胃热型黏膜”“胃络瘀滞型黏膜”及“胃络灼伤型黏膜”四种黏膜相分型, 且认为胃络瘀滞型与胃络灼伤型多见于存在肠化、不典型增生的患者^[4]。近年来相关研究不断细化, 有研究者总结胃黏膜以白为主、或黏膜粗糙、隐见血管网多见于胃阴不足证与胃络瘀阻证, 而胃癌前病变可见于各种证型, 但多见于肝胃不和、肝胃郁热、脾胃湿热、胃阴不足和胃络瘀阻证^[15]。刘启泉等^[16]认为, 湿浊和热毒是本病病机演变的关键所在, 湿浊毒, 缠绵不祛, 难解难分, 终使络损阴伤, 气不布津, 血不养经, 胃腑受损, 而致黏膜变薄, 腺体萎缩, 久则发生肠化、异型增生。小归芍化浊解毒方中冬凌草性微寒, 具有清热解毒、活血止痛的作用; 藤梨根性

凉、味酸，具有清热解毒、解毒消肿的作用；紫豆蔻性温，化浊温中，《本草纲目》载其治瘴疔寒症，伤暑吐下泄痢，噎膈反胃，痞满吐酸，痰饮积聚，妇人恶阻带下，除寒燥湿，开郁破气，杀鱼肉毒。三者寒温并用，化浊解毒，共为君药。黄连、半夏、瓜蒌取“小陷胸汤”之义，瓜蒌导痰浊下行，半夏、黄连辛开苦降，调畅气机；泽泻甘寒，渗湿泄热。《本草正义》曰“泽泻，最善渗泄水道，专能通行小便”。此四味协君药以开通二便，泻湿热浊毒下行，共为臣药。当归补血活血，白芍养血敛阴，川芎走而不守、辛散解郁，三者合用使气血调和、壅塞畅通，又防君药凉遏毒热，共为佐药。使以茯苓、白术益气健脾利湿。诸药合用可使邪祛正复，气血得养，络脉得通，从而改善萎缩腺体及肠化、不典型增生。

胃蛋白酶原是由胃泌酸腺的主细胞合成，是胃蛋白酶的前体，本身无活性，一般在胃酸作用下或在已激活的胃蛋白酶作用下转变为具有活性的胃蛋白酶。胃蛋白酶主要参与蛋白质的水解代谢过程。通常情况下，胃蛋白酶原以酶原颗粒的形式贮存在于细胞内，只有 1% 左右的胃蛋白酶原进入血液循环，且保持有很好的稳定性。当胃酸分泌增多时，血清胃蛋白酶原也随之增高，胃泌酸腺分泌减少则血清胃蛋白酶原降低。根据胃蛋白酶原生物活性的不同，分为胃蛋白酶原 I 和胃蛋白酶原 II。目前已证实，当胃发生萎缩时，主细胞和胃窦 G 细胞数量明显减少，胃蛋白酶原 I 水平随之降低，而胃蛋白酶原 II 水平反而升高^[17]。大量临床研究^[18-21]亦表明，当胃黏膜萎缩加重时，胃蛋白酶原 I 水平下降，PGR 随之变小；且在胃癌前病变发展到胃癌的过程中，胃蛋白酶原 I 及 PGR 也呈递减趋势。

本研究选用胃复春片作为对照药物虽有一定局限性，但它是目前临床治疗胃癌前病变的常用药。本研究结果提示，小归芍化浊解毒方在改善患者临床症状、胃黏膜积分、病理学积分及血清胃蛋白酶原 I、PGR 水平方面均优于胃复春片，说明小归芍化浊解毒方组方不仅能缓解患者临床症状，还能改善患者肠上皮化生及异型增生的病理组织学表现，其机制可能与升高血清胃蛋白酶原 I 及 PGR 水平有关。由于此次观察的样本量相对较少，下一步需要开展大样本的、多中心的双盲双模拟的临床研究，为小归芍化浊解毒方的临床应用提供更可靠的循证医学证据。

参考文献

- [1] TOMOHIRO KD. Analysis of ABC (D) stratification for screening patients with gastric cancer [J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(43): 4793-4798.
- [2] MIKI K. Gastric cancer screening by combined assay for serum anti-Helicobacter pylori IgG antibody and serum pepsinogen levels—"ABC method" [J]. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci, 2011, 87(7): 405-414.
- [3] SIPPONEN P, RANTA P, HELSKE T, et al. Serum levels of amidated gastrin-17 and pepsinogen I in atrophic gastritis: an observational case-control study [J]. Scand J Gastroenterol, 2002, 37(7): 785-791.
- [4] 梁瑞威, 侯俊良, 廖江涛. 不同胃黏膜病变患者的血清胃蛋白酶原变化 [J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(3): 215-219.
- [5] 刘启泉, 李博林, 王志坤, 等. 小归芍化浊解毒方治疗胃癌前病变临床研究 [J]. 四川中医, 2014, 32(6): 90-92.
- [6] 王志坤, 刘启泉, 李博林, 等. 小归芍化浊解毒方治疗胃癌前病变的临床疗效及对患者生存质量的影响 [J]. 四川中医, 2014, 32(1): 91-93.
- [7] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.
- [8] 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: 124-129.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见 [J]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749-753.
- [10] 张澍田, 程芮. 胃癌前病变的内镜治疗进展 [J]. 医学与哲学, 2015, 36(12): 15-17.
- [11] 曹艳菊, 屈昌民, 吴继华, 等. 叶酸联合胃复春治疗萎缩性胃炎癌前病变的疗效 [J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(30): 3261-3264.
- [12] 冯瑞兵. 叶酸对慢性萎缩性胃炎癌前病变的疗效观察 [J]. 新医学, 2011, 42(5): 312-314.
- [13] 薛辉, 辛凤池, 穆素恩, 等. 血清 Hey, 叶酸和维生素 B12 在胃癌及其癌前疾病中的作用 [J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(15): 2896-2899.
- [14] 詹继烈, 罗靖, 何萍, 等. 胃黏膜相微观辨证分型探讨: 附 2000 例分析 [J]. 中医杂志, 1989, 30(4): 37-40.
- [15] 刘华一, 张莎, 杨阔, 等. 胃癌前病变中医证候分型与胃蛋白酶原的相关性研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(6): 449-454.
- [16] 刘启泉, 李佃贵, 张纳, 等. 慢性胃炎从浊毒论治 [J]. 北京中医药大学学报, 2010, 33(3): 153-155.
- [17] 乔正梅, 王登峰, 赵秋剑, 等. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 在胃癌及胃癌前病变的诊断价值 [J]. 中国卫生检验杂志, 2017, 27(2): 198-200.
- [18] 熊文坚, 陆思源, 金惠, 等. 癌前病变及胃癌的有效血

清查筛查方法研究 [J]. 中国临床医学, 2006, 13(6): 953-954.

[9] 刘丹, 吴瑾. PG, MG-7 与胃癌关系的研究现状与进展 [J]. 实用肿瘤学杂志, 2006, 20(6): 558-560.

[20] 陈智周, 范振符. 胃蛋白酶原 I、II 在早期胃癌普查中

的意义 [J]. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(1): 1-3.

[21] 鲁品, 马颖才. 血清胃蛋白酶原在胃癌癌前病变、筛查及预后应用中的研究进展 [J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2016, 3(2): 79-82.

Effects of Xiaoguishao Huazhuo Jiedu Decoction (小归芍化浊解毒方) on the Pepsinogen of the Patients with Gastric Precancerous Lesions and Syndrome of Interior Retention of Turbidity and Toxin

ZHANG Xiaoli, WANG Zhikun, LIU Qiquan, ZHANG Wan, ZHANG Nana

(Hospital of Traditional Chinese Medicine of Hebei Province, Shijiazhuang 050011)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect and possible mechanism of Xiaoguishao Huazhuo Jiedu Decoction (小归芍化浊解毒方) on pepsinogen of the patients with gastric precancerous lesions and syndrome of interior retention of turbidity and toxin. **Methods** A total of 102 patients were randomly divided into a treatment group and a control group, with 51 patients in each group. The treatment group was given Xiaoguishao Huazhuo Jiedu Decoction, and the control group was given Weifuchun tablets both for 3 months. The changes of clinical symptoms, scores of mucosal lesion under gastroscopy, scores of pathology, were observed before and after the treatment. The levels of serum pepsinogen I, pepsinogen II and pepsinogen ratio (PGR) were examined. **Results** The scores of symptoms in the treatment group were reduced after treatment ($P < 0.05$), and the reduction of scores of gastric pain, stomach distention, belching, gastric discomfort, insomnia, and cool stomach was more significant than that of the control group ($P < 0.05$). The score of mucosal lesions in the treatment group decreased ($P < 0.05$). The changes of score of leukoplakia or versicolor mucosa, and the blood vessel penetration and the bulge nodules in the treatment group was superior to that in the control ($P < 0.05$). The improvement of scores of atrophy and intestinal metaplasia in the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). The levels of pepsinogen I and PGR in both groups were higher than those before treatment, and the treatment group was superior to the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Xiaoguishao Huazhuo Jiedu Decoction in the treatment of gastric precancerous lesions and syndrome of interior retention of turbidity and toxin, can not only improve clinical symptoms, but also improve pathological conditions, whose mechanism might be regulating pepsinogen levels.

Keywords precancerous lesions; Xiaoguishao Huazhuo Jiedu Decoction (小归芍化浊解毒方); pepsinogen; syndrome of interior retention of turbidity and toxin; chronic atrophic gastritis

(收稿日期: 2018-08-22; 修回日期: 2018-09-21)

编辑: 贾维娜

(上接第 287 页)

XIONG Jibai's Experience in Diagnosing and Treating Malignant Tumor: Based on the Theory of "Focusing on the Primary Syndrome"

DU Yibin

(Yunnan Traditional Chinese Medicine Hospital, Kunming 650021)

ABSTRACT Professor XIONG Jibai emphasized that "focusing on the primary syndrome" is an important idea for the treatment of malignant tumors with complicated symptoms and multiple pathogenesis. Only by grasping the primary syndrome can we explore the main pathogenesis and identify the pathogenesis to be treated accordingly. The difficulty lies in focusing on the primary syndrome in the face of complex diseases and focusing on the primary syndrome in the changes of disease movement. In the pathogenesis, the key phenomena of internal accumulation of heat-toxin, intermingled of phlegm and blood stasis, and the growth and decline of the health qi and the pathogenic factors in the occurrence, development, recurrence, and metastasis of malignant tumors are emphasized. Treatment should follow the principle of clearing heat and removing toxicity, resolving phlegm and dissipating blood stasis to eliminate tumor, and the strengthening vital qi and eliminating pathogenic factors should be balanced.

Keywords malignant tumor; experience of famous doctors; XIONG Jibai

(收稿日期: 2018-09-27; 修回日期: 2018-12-14)

编辑: 侯建春