

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.21.014

香砂六君子汤联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染致脾胃虚弱型消化性溃疡 48 例临床观察

李淑红¹, 刘华², 唐艳萍^{*}

(1. 天津市南开医院, 天津市南开区南开三纬路 122 号, 300100; 2. 天津市中医药研究院附属医院)

摘要 目的 观察香砂六君子汤联合四联疗法治疗幽门螺杆菌 (Hp) 感染致脾胃虚弱型消化性溃疡的临床疗效及安全性。方法 将 96 例消化性溃疡患者随机分为对照组和治疗组各 48 例。对照组采用西药标准四联疗法: 枸橼酸铋钾胶囊每次 220 mg, 每日 2 次; 奥美拉唑肠溶胶囊每次 20 mg, 每日 1 次; 阿莫西林胶囊每次 1.0 g, 每日 2 次; 克拉霉素缓释片每次 500 mg, 每日 2 次, 以上药物均口服, 14 天后停用其他药物, 继续服用奥美拉唑肠溶胶囊 4 周; 治疗组在对照组基础上加用香砂六君子汤, 每日 1 剂, 治疗 6 周。治疗后评价溃疡愈合质量, 监测两组 Hp 根除率、表皮生长因子 (EGF), 计算中医证候积分, 评价临床疗效, 并观察不良反应发生情况。结果 治疗组和对照组临床疗效总有效率分别为 95.8%、89.6%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组 Hp 根除率为 91.7%, 显著高于对照组的 77.1% ($P < 0.05$)。治疗组再生黏膜组织成熟度优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者胃胀、胃痛、纳呆、疲倦积分均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 且治疗组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后不良反应发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 香砂六君子汤联合四联疗法治疗 Hp 感染致脾胃虚弱型消化性溃疡疗效与单纯四联疗法相当, 能提高 Hp 根除率, 改善临床症状, 安全性好。

关键词 消化性溃疡; 香砂六君子汤; 四联疗法; 幽门螺杆菌; 脾胃虚弱

消化性溃疡属于消化内科常见疾病, 其中以胃、十二指肠溃疡为主, 幽门螺杆菌 (Hp) 感染是主要致病因素之一, 也是疾病进展和合并症产生的显著诱因^[1]。流行病学调查研究显示, 我国 27 个省市 300 多家医院 3998 例消化性溃疡患者中, Hp 阳性者 2039 例占 51%^[2]。根除 Hp 感染已成为防治消化性溃疡的重要措施。在第四次全国 Hp 感染处理共识报告中, 将含铋剂的四联疗法推荐为根除 Hp 感染的临床一线方案^[3]。但是临床上单纯西医治疗往往达不到预期效果, 亟待探索新的 Hp 根除方法。中医药治疗 Hp 感染具有一定优势, 中西医结合治疗已经成为我国临床治疗的重要手段。对消化性溃疡中医证型的分布规律分析发现, 脾胃虚弱证是消化性溃疡的最常见证型, 采取益气健脾和扶正固本的治法是促进溃疡愈合及减低复发的关键^[4]。香砂六君子汤具有益气健脾、行气和胃之功, 对脾胃虚弱型消化性溃疡具有一定疗效。我们

应用香砂六君子汤结合四联疗法治疗脾胃虚弱型 Hp 感染所致消化性溃疡, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《消化性溃疡的中西医结合诊治方案 (草案)》^[5]制定。慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸; 伴有上消化道出血、穿孔史或现症者; 胃镜发现消化性溃疡病灶 尿素酶试验 (RUT) 或¹⁴C 尿素呼气试验 (¹⁴C-UBT) 示 Hp 阳性, 或上消化道气钡双重造影检查见胃或十二指肠有龛影或球部变形者可确定诊断。

中医辨证标准参照《消化性溃疡的中西医结合诊治方案 (草案)》^[5]制定, 脾胃虚弱型, 主症: 胃痛, 胃胀, 疼痛喜按, 空腹痛甚, 进食后缓解; 次症: 纳呆, 疲倦。舌脉: 舌质淡红, 舌边有齿痕; 脉沉细弱。

1.2 纳入标准

- 1) 符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;
- 2) 年龄 18 ~ 65 岁; 3) 签署知情同意书者。

* 通讯作者: cb1699@sina.com

1.3 排除标准

1) 近 1 个月内服用过铋剂、 H_2 受体拮抗剂、质子泵抑制剂者; 2) 近 3 个月内接受过 H_p 根除治疗者; 3) 有上消化道手术史者; 4) 疑似穿孔性溃疡、恶性溃疡及上消化道活动性出血者; 5) 妊娠或哺乳期女性; 6) 伴有严重心、肝、肾疾病者。

1.4 一般资料

选择天津市南开医院 2014 年 10 月至 2015 年 10 月住院及门诊消化性溃疡患者 96 例, 所有患者均经胃镜或组织病理学证实为良性溃疡, 根据患者入院顺序采用随机数字表法分治疗组和对照组各 48 例。治疗组中男 33 例, 女 15 例, 年龄 18 ~ 55 岁, 平均年龄 (35.5 ± 3.2) 岁; 病程 3 个月 ~ 11.5 年, 平均病程 (4.98 ± 2.43) 年; 对照组中男 29 例, 女 19 例, 年龄 20 ~ 57 岁, 平均年龄 (36.1 ± 3.0) 岁; 病程 5 个月 ~ 12.2 年, 平均病程 (5.13 ± 2.12) 年。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

对照组采用西药标准四联疗法: 枸橼酸铋钾胶囊 (丽珠集团丽珠制药厂, 国药准字 H1090086), 每次 220 mg, 每日 2 次; 奥美拉唑肠溶胶囊 (浙江金华康恩贝生物制药有限责任公司, 国药准字 H19991118), 每次 20 mg, 每日 1 次; 阿莫西林胶囊 (广州白云山制药总厂, 国药准字 H44021518), 每次 1.0 g, 每日 2 次; 克拉霉素缓释片 (江苏恒瑞股份有限公司, 国药准字 H20031041), 每次 500 mg, 每日 2 次, 以上药物均口服。14 天后停用阿莫西林胶囊、克拉霉素缓释片、枸橼酸铋钾胶囊, 继续服用奥美拉唑肠溶胶囊 4 周。

治疗组在对照组的基础上加用香砂六君子汤, 组成: 茯苓 18 g, 白术 15 g, 党参 15 g, 陈皮 12 g, 砂仁 10 g, 法半夏 10 g, 木香 6 g, 生甘草 6 g。水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次口服。疗程为 6 周。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 H_p 根除率 治疗后进行 H_p 细菌培养和 ^{14}C 呼气试验, 检查结果都为阴性则认为 H_p 根除, 并计算 H_p 清除率。

2.2.2 溃疡愈合质量评定 参照文献 [6], 治疗后胃镜检查溃疡已愈合者, 光镜下观察再生黏膜生

长情况, 再生黏膜成熟度按优、良、差分级, 优: 光镜下绒毛或上皮显示完整, 结构形态良好, 且黏膜腺体数目多, 并伴有大量毛细血管分布, 较少炎性细胞浸润; 良: 光镜下绒毛矮小、粗糙, 上皮结构紊乱, 完整性较差, 且黏膜腺体数目及毛细血管分布较少, 可见炎性细胞呈中度浸润; 差: 光镜下显示上皮完整度极差, 仅见极少量新生上皮细胞, 且未见或少见绒毛和腺体结构, 少量毛细血管网分布, 并有大量炎性细胞浸润。

2.2.3 表皮生长因子 (EGF) 测定 治疗前后采集患者晨起空腹静脉血, 采用放射免疫分析法测定, EGF 免疫组化染色试剂盒 (北京中山金桥生物技术有限公司, 批号: YT1481), 操作严格按照试剂盒说明书进行。

2.2.4 中医症状积分 治疗前后根据《中药新药临床研究指导原则 (试行)》[7] 中医症状量化分级标准进行中医症状积分, 主症: 胃痛、胃胀。胃胀: 经常发作, 休息后不能缓解, 症状明显, 影响生活, 不能忍受, 计 6 分; 经常发作, 休息后可缓解, 症状明显, 稍影响生活, 尚可忍受, 计 4 分; 偶尔发作, 休息后可缓解, 症状隐隐, 不影响生活, 程度可忍, 计 2 分; 不发作, 无症状, 计 0 分。胃痛: 无痛: 上腹部无痛, 计 0 分; 轻度: 上腹部疼痛轻微, 患者能忍受, 计 2 分; 中度: 上腹部疼痛稍重并影响睡眠, 尚能忍受, 计 4 分; 重度: 患者上腹部疼痛持续加重, 疼痛难忍, 计 6 分。次症: 纳呆、疲倦, 按症状程度无、轻、中、重计 0、1、2、3 分。

2.2.5 安全性指标 治疗前后进行肝功能、肾功能、血常规、尿常规检查, 评估不良反应发生情况。

2.3 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》[7] 制定。治愈: 患者临床症状、体征消失, 胃镜显示溃疡消失, 胃黏膜局部呈轻度充血, 但未见明显水肿; 显效: 患者临床症状、体征基本消失, 胃镜显示溃疡基本消失, 仅有少量炎症残留; 有效: 患者临床症状、体征好转, 胃镜显示溃疡面缩小范围 $\geq 50\%$; 无效: 临床症状、体征未见好转, 胃镜显示溃疡缩小范围 $< 50\%$ 。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 病例总数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件处理数据。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 认为有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 治疗组和对照组临床疗效总有效率分别为 95.8%、89.6%, 两组比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.387, P > 0.05$)。

表 1 两组消化性溃疡患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	48	40 (83.3)	3 (6.3)	3 (6.3)	2 (4.2)	46 (95.8)
对照组	48	30 (62.5)	7 (14.6)	6 (12.5)	5 (10.4)	43 (89.6)

3.2 两组患者 Hp 根除率比较

治疗结束 4 周后治疗组 48 例 Hp 根除 44 例, 根除率为 91.7%, 对照组 48 例 Hp 根除 37 例, 根除率为 77.1%, 治疗组 Hp 根除率显著高于对照组 ($\chi^2 = 3.872, P < 0.05$)。

3.3 两组患者再生黏膜组织成熟度比较

表 2 示, 治疗后治疗组溃疡愈合 43 例, 对照组溃疡愈合 37 例, 治疗组再生黏膜组织成熟度优于对照组 ($\chi^2 = 4.055, P < 0.05$)。

表 2 两组消化性溃疡患者溃疡愈合者再生黏膜组织成熟度比较 例 (%)

组别	例数	优	良	差
治疗组	43	25 (58.1)	16 (37.2)	2 (4.7)
对照组	37	12 (32.4)	18 (48.6)	7 (18.9)

3.4 两组患者治疗前后血清 EGF 水平比较

表 3 两组消化性溃疡患者治疗前后血清 EGF 水平比较 ($\mu\text{g/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	48	0.53 $\pm$ 0.21	0.79 $\pm$ 0.36	4.322	<0.05
对照组	48	0.51 $\pm$ 0.32	0.62 $\pm$ 0.27	1.820	>0.05
t 值		0.362	2.617		
P 值		>0.05	<0.05		

注: EGF, 表皮生长因子

表 4 两组消化性溃疡患者治疗前后中医症状积分比较 份, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	胃脘		t 值	P 值	胃痛		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组	48	5.63 $\pm$ 1.67	1.38 $\pm$ 1.16	14.48	<0.05	8.25 $\pm$ 0.68	2.32 $\pm$ 1.06	32.62	$P < 0.05$
对照组	48	5.49 $\pm$ 1.35	2.68 $\pm$ 1.21	10.73	<0.05	8.18 $\pm$ 0.84	4.75 $\pm$ 1.11	17.07	$P < 0.05$
t 值		0.451	5.373			0.4487	10.969		
P 值		>0.05	<0.05			>0.05	<0.05		
组别	例数	纳呆		t 值	P 值	疲倦		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组	48	2.26 $\pm$ 0.67	1.08 $\pm$ 0.16	11.86	<0.05	2.24 $\pm$ 0.66	1.12 $\pm$ 0.26	10.93	$P < 0.05$
对照组	48	2.49 $\pm$ 0.35	2.01 $\pm$ 0.21	8.14	<0.05	2.38 $\pm$ 0.34	1.75 $\pm$ 0.18	11.34	$P < 0.05$
t 值		2.108	24.405			1.306	13.803		
P 值		>0.05	<0.05			>0.05	<0.05		

表 3 示, 与治疗前比较, 对照组治疗后 EGF 水平无明显变化 ($P > 0.05$), 治疗组治疗后 EGF 水平明显提高 ($P < 0.05$), 且明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.5 两组患者治疗前后中医症状积分比较

表 4 示, 两组患者治疗后胃脘、胃痛、纳呆、疲倦积分均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.6 两组患者不良反应发生情况比较

在治疗期间, 治疗组有 1 例 (2.1%) 出现恶心, 对照组有 3 例 (6.3%) 出现恶心, 组间比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.044, P > 0.05$)。两组患者治疗后均未见肝功能、肾功能、血常规及尿常规异常。

4 讨论

中医学中无消化性溃疡对应的病名, 根据其病因、病机及临床表现, 可将其归属于中医“胃脘痛”“嘈杂”“痞满”“吐酸”等范畴, 多因脾胃虚弱、情志所伤、饮食劳倦等所致。中医学认为, 胃为纳谷之腑, 性主通降而恶壅滞, 通降是维持胃腑纳食消谷功能的根本保证。沈舒文等^[8]认为, 消化性溃疡存在胃腑通降功能阻滞这一基本病理特性, 胃失和降, 气机阻滞, 不通则痛, 故而导致胃脘疼痛, 提示治疗需重点关注胃腑的通降功能, 将理气通滞作为治疗主线。该病反复发作, 病程较长, 病情缠绵不愈, 久病必虚, 中焦脾胃虚弱, 运化失职, 化源不足, 不能荣养脏腑, 不荣则痛, 由此可见, 脾胃虚弱、气机阻滞是本病的主要病机, 治疗宜健脾行气。香砂六君子汤具有健脾化湿、和胃畅中的功效, 为益气健脾、行气止痛的良方。方中木香、陈皮、砂仁健脾和胃、理气止痛, 茯苓及法半夏和胃止呕、健脾除湿, 白术、党参补气健脾、和胃除湿, 甘草调和诸药。研究发现, 香砂六

君子汤对胃黏膜充血和水肿等病理变化均有明显抑制作用,可减少上皮化生及炎性细胞浸润,进而减轻胃黏膜慢性损伤,此外还可改善胃肠道的内分泌功能,调节细胞免疫及体液免疫功能^[8]。动物试验也发现,香砂六君子汤可显著提高脾虚胃溃疡大鼠超氧化物歧化酶(SOD)活性,同时降低脂质过氧化产物丙二醛(MDA)含量,降低胃蛋白酶活性,具有抗溃疡作用^[9]。

本次研究结果显示,香砂六君子汤联合西药治疗后患者的胃痛、胃胀、纳呆、疲倦等脾虚症状显著改善,且治疗效果优于单纯西药对照组。

Hp 感染是消化性溃疡发病的重要病因,故根除 Hp 是治疗消化性溃疡的关键。中药治疗在改善消化性溃疡患者黏膜微循环、根除 Hp 感染、加强上皮细胞再生能力、增进机体的免疫功能进而改善胃肠道黏膜屏障功能等方面已体现出优势。研究报道,香砂六君子汤煎剂可促进胃黏膜损伤修复,对于胃黏膜出血具有显著疗效^[10]。田晓娜^[11]研究发现,香砂六君子汤与西药联合治疗消化性溃疡可有效根除 Hp,保护胃十二指肠黏膜,调节机体免疫能力及消化功能,并能促进溃疡愈合,提高临床疗效,降低复发率。本研究应用香砂六君子汤联合标准四联疗法治疗脾胃虚弱型 Hp 致消化性溃疡,与单纯西医四联疗法对比,显示根除率显著增加。

研究发现,再生黏膜组织成熟度 EGF 等机体免疫指数与溃疡愈合密切相关^[12]。本研究结果显示,治疗组组织成熟度明显优于对照组。EGF 作为黏膜重要保护因子,可用于观察药物对胃黏膜保护作用的评价。EGF 为抗溃疡及促进溃疡愈合的调节因子,其不仅能促进上皮细胞增生,改善胃黏膜血循环和增强黏膜屏障,同时也能通过与壁细胞上的表皮生长因子受体作用而抑制胃酸分泌,故为调节溃疡愈合的重要中介因子^[13]。本研究结果显示,香砂六君子汤联合西药治疗后 EGF 含量显著增高且明显高于对照组,提示香砂六君子汤具有促进 EGF 合成及分泌作用,因而能获得良好的溃疡愈合质量。

综上所述,香砂六君子汤联合西药治疗方案能提高 Hp 根除率、溃疡愈合质量,显著改善临床症

状,且安全性较高。但由于本研究纳入病例样本量少、单中心报道等不足,可能对研究结果及相关结论有影响,未来应纳入大样本同时检测胃肠激素进一步验证香砂六君子汤及其联合西药治疗的疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌科研协作组. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告(2007·庐山) [J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(1): 73-76.
- [2] 许国铭, 邹多武. 中国消化性溃疡治疗现状调查报告 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27(2): 114-117.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(1): 73-74.
- [4] 周晓虹, 叶梓苇. 消化性溃疡证型分布规律研究 [J]. 山东中医杂志, 2011, 30(10): 689-691.
- [5] 张万岱, 陈治水, 危北海. 消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(2): 136-138.
- [6] PAN S, LIAO CH, LIEN GS, et al. Histological maturity of healed duodenal ulcer and ulcer recurrence after treatment with colloidal bismuth subcitrate or cimetidine [J]. Gastroenterol, 1991, 101(8): 1187-1191.
- [7] 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: 151-152.
- [8] 沈舒文, 刘力. 消化性溃疡辨治思路 [J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(4): 229-230.
- [9] 傅智敏, 朱曙为. 香砂六君子汤对大鼠急性胃黏膜损伤的保护作用 [J]. 浙江中医学院学报, 2000, 24(4): 52.
- [10] 毕琚辉, 杨天仁. 香砂六君子汤及其拆方对脾虚胃溃疡模型大鼠胃蛋白酶、SOD、MDA 水平的影响 [J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(4): 280-282.
- [11] 文译辉, 梁石, 梁析昭. 香砂六君子汤水煎液对急性胃黏膜损伤的治疗作用 [J]. 广东医学, 2007, 28(1): 30-32.
- [12] 田晓娜. 香砂六君子汤联合西药治疗消化性溃疡疗效分析 [J]. 四川中医, 2015, 33(9): 87-88.
- [13] 姬健敏. 消化性溃疡的愈合质量 [J]. 中华消化杂志, 2005, 25(2): 127.
- [14] LUO JC, HUO TI, HOU MC, et al. Clopidogrel delays gastric ulcer healing in rats [J]. Eur J Pharmacol, 2012, 695(1/3): 112-119.

(下转第 1863 页)

oxetine group giving Fluoxetine Capsule $2 \times 10^{-3} \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, WAY-100635 group giving WAY-100635 $0.2 \times 10^{-3} \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, and equivalent normal saline was given to normal and model group. Body weight, open field test total score and the sucrose preference coefficient in each group were recorded before and after modeling and interventions. After modeling, 6 rats in each group were picked to measure the expression of 5-hydroxytryptamine 1A receptor (5-HT_{1A}) and the phosphorylation level of cAMP response element binding (CREB) in gastric and intestinal tissue by western blot, and the cyclic adenosine monophosphate (cAMP) was detected by ELISA. **Results** Compared with normal group, the body weight, open field test total score and sucrose preference coefficient in model group decreased significantly ($P < 0.01$), meanwhile these indicators in *Shuyu Capsule* group and fluoxetine group were higher significantly ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Compared with normal group, much more 5-HT_{1A} in gastric and intestinal tissue was expressed in model group, and much less cAMP and CREB phosphorylation was expressed ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). *Shuyu Capsule* and WAY-100635 could remarkably lower the relative expression of 5-HT_{1A} in murine gastric and intestinal tissue and improve cAMP and CREB phosphorylation ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Fluoxetine can upregulate the cAMP in murine gastric and intestinal tissue and enhance CREB phosphorylation in murine gastric tissue ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** *Shuyu Capsule* seems to perform the antidepressant function by down-regulating the expression of 5-HT_{1A} in gastric and intestinal tissue as well as up-regulating cAMP and CREB phosphorylation in its downstream signaling pathway.

Keywords depression; *Shuyu Capsule* (舒郁胶囊); 5-HT_{1A} receptor; signaling pathway

(收稿日期: 2015-12-31; 修回日期: 2016-02-24)

编辑: 焦爽

(上接第 1857 页)

Clinical Observation on 48 Cases of Peptic Ulcer of Spleen and Stomach Deficiency Type Caused by Helicobacter Pylori Infection Treated by Xiangsha Liujunzi Decoction (香砂六君子汤) Combined with Quadruple Therapy

LI Shuhong¹, LIU Huayi², TANG Yanping¹

(1. Nankai Hospital, Tianjin, 300100; 2. Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital)

ABSTRACT Objective To observe clinical efficacy and safety treated by *Xiangsha Liujunzi Decoction* (香砂六君子汤) combined with quadruple therapy in patients with peptic ulcer of spleen and stomach deficiency type caused by helicobacter pylori (Hp) infection. **Methods** Randomly divided 96 patients with peptic ulcer into control group and treatment group, with 48 cases each. The control group was treated by western medicine standard quadruple therapy: bismuth potassium citrate capsules, 220 mg each time, 2 times per day; omeprazole enteric-coated capsules, 20 mg each time, 1 time per day; amoxicillin capsules, 1.0 g each time, 2 times per day; clarithromycin sustained release tablets 500 mg each time, 2 times per day, all of the above drugs were taken orally, 14 days later, stop using other drugs except omeprazole enteric-coated capsules continued to take 4 weeks. In addition to the intervention for the control group, the treatment group was also given *Xiangsha Liujunzi Decoction*, with one dose per day for 6 weeks. After the treatment, the researchers evaluated the healing quality of the ulcers, monitored the Hp eradication rate and epidermal growth factor (EGF) in two groups, calculated the Chinese medicine syndrome score, and observed the clinical curative effect, as well as the adverse reaction. **Results** The total effective rate in the treatment group and the control group were respectively 95.8% and 89.6%. There was no statistical differences between the two groups ($P > 0.05$). The eradication rate of Hp in the treatment group was 91.7%, significantly higher than that in the control group (77.1%) ($P < 0.05$). The maturity of regenerative mucosa in treatment group was better than that in control group ($P < 0.05$). After treatment, scores of stomach pain, bloating, anorexia, fatigue of both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$). There was no statistical difference in the incidence of adverse reactions between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The efficacy of *Xiangsha Liujunzi Decoction* combined with quadruple therapy in the treatment of peptic ulcer of spleen and stomach deficiency type caused by Hp infection is equivalent to simple quadruple therapy, can improve the Hp eradication rate, improve clinical symptoms, the security is good.

Keywords peptic ulcer; *Xiangsha Liujunzi Decoction* (香砂六君子汤); quadruple therapy; Helicobacter pylori; spleen and stomach weakness

(收稿日期: 2015-12-09; 修回日期: 2016-07-28)

编辑: 王利芬