

补虚养胃汤加减治疗慢性萎缩性胃炎疗效 及对患者胃肠功能的影响

张 鹏, 于 勇, 万 强, 刘 超, 宋媛媛

(西安市中医医院, 陕西 西安 710021)

摘 要 目的:探讨补虚养胃汤加减对慢性萎缩性胃炎的疗效及对患者胃肠功能的影响。方法:选取慢性萎缩性胃炎患者70例,随机分为对照组和中药组各35例,对照组给予西药治疗,中药组在对照组基础上联合补虚养胃汤加减治疗,观察两组患者的治疗效果、中医症候积分、胃肠功能改善情况、病理组织改善情况及用药安全性。结果:对照组总有效率为77.14%,低于中药组的88.57%,差异有统计学意义($P<0.05$)。中药组主症和次症积分、病理组织评分较对照组更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组的GAS、MOT水平均较治疗前升高,中药组升高幅度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组的不良反应发生率22.85%,中药组为8.57%,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:补虚养胃汤加减对慢性萎缩性胃炎患者疗效理想,可保护胃肠功能,安全性较高。

关键词 慢性萎缩性胃炎;补虚养胃汤;胃肠功能;病理组织;中医症候积分

中图分类号:R 737.31 **文献标志码**:A **DOI**:10.3969/j.issn.1000-7369.2022.01.016

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是临床常见的消化系统疾病,是指胃黏膜反复受损后出现黏膜表面病理改变^[1],是一种多致病因素性疾病及癌前病变^[2],可对患者饮食和日常生活造成严重影响,少数可演变为胃癌,危及患者生命。服西药虽能缓解症状,但用药后不良反应发生率较高,对胃肠功能损伤较大^[3]。中医将CAG归为“痞满”“胃脘痛”等范畴,认为情志失调、脾胃虚弱、先天不足与该病的发生发展相关^[4-5]。有研究指出,中药汤剂在CAG的临床治疗中,有较好的效果^[6]。笔者研究了补虚养胃汤加减对CAG的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年1月至2020年1月在我院接受诊治的CAG患者70例,根据简单随机法,分为对照组和中药组各35例。其中对照组,男21例,女14例;年龄27~56岁,平均 (51.76 ± 6.24) 岁;病程6个月至11年,平均 (5.44 ± 2.01) 年;体重指数(BMI)17.86~23.64 kg/m²,平均 (20.63 ± 2.59) kg/m²。中药组35例,男18例,女17例;年龄26~54岁,平均 (50.06 ± 3.17) 岁;病程7个月至12年,平均 (5.49 ± 1.85) 年,BMI 18.24~23.19 kg/m²,平均 (20.46 ± 2.27) kg/m²。两组病程、BMI等资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),均衡可比。本研究符合医学伦理要求。入选患者均对研究知情同意。病例纳入标准:①经纤维胃镜和胃黏膜活组织病理检查,参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》(2017年),确诊为慢性萎缩性胃炎^[7];②舌质红,舌苔厚腻、色黄,脉弦涩、弦

滑;③临床资料完整;④患者可正常交流,意识清醒。排除标准:①胃黏膜上皮瘤变或怀疑癌前病变者;②急性发作期胃炎;③心血管疾病者;④备孕期、妊娠期、哺乳期等女性;⑤药物过敏者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:口服常规西药治疗。饭前服用胃蛋白酶合剂10 ml/次,3次/d;口服吗丁啉片120 mg/次,4次/d;消胆胺4 g/次,3次/d;活血素80 mg/d,3次/d;肌注五肽胃泌素50 μg/次,1次/d。治疗3个月。

1.2.2 中药组:在对照组基础上联合补虚养胃汤加减治疗:党参、砂仁15 g,黄芪20 g,熟附子、丹参、陈皮、茯苓10 g,川石斛、白术8 g,甘草6 g。随症加减:伴有血液瘀滞者,加三七6 g;伴有剧烈疼痛者,加木香5 g,延胡索8 g;伴有痰湿者,加法半夏8 g;伴有泛酸者,加吴茱萸8 g;伴有纳差者,加山楂、神曲、麦芽各10 g;伴有腹胀者,加枳壳10 g。上述药物加500 ml水浸泡后,煎至300 ml,早晚温服,1剂/d。治疗3个月。

1.3 观察指标 ①根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》评估中医症候积分,主症:胃脘痞闷。主症无计0分、轻计2分、中计4分、重计6分。次症:食少纳呆,大便不畅,倦怠无力,气短懒言,食后脘闷。计0~3分。分数与患者症状表现呈正比^[8]。②胃功能指标:治疗前后,抽取患者空腹静脉血5 ml,离心取血浆,使用迈瑞全自动生化分析仪AU5800测定机体胃泌素(GAS)、胃动素(MOT)水平。测定方法使用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)。检测试剂盒购自武汉博士医疗器械有限公司。③胃黏膜病理评分:治

基金项目:陕西省中医药管理局中医药科学技术研究课题(JCPT033)

通讯作者:宋媛媛, E-mail:309583440@qq.com

疗前两组患者行纤维胃镜及胃黏膜活组织病理检查。病理评分标准^[9-10]:根据胃黏膜萎缩状态及有无肠化生,计0、3、6、9分;根据慢性炎症与活动性病变程度,计0、1、2、3分,分数越高,病情越重。④安全性指标:治疗和观察期间,记录两组患者用药后头痛、食欲不振、嗜睡、恶心呕吐等不良反应发生率。

1.4 疗效标准 根据文献制定疗效标准^[11]。治愈:症状消失,纤维胃镜检查示胃黏膜颜色恢复正常,黏膜表面光滑,有光泽,可正常饮食;好转:症状明显改善,纤维胃镜检查示胃黏膜通透性下降,血管不可见,无增生组织,饮食基本恢复;有效:症状改善,纤维胃镜检查

示胃黏膜颜色有差异,萎缩黏膜范围明显缩小,血管隐约可见,黏膜表面有光泽。无效:上述标准未达到,甚至胃黏膜萎缩范围扩大,症状加重。总有效率=(治愈+好转+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件处理,计数资料以[例(%)]表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。中药组治疗总有效率88.57%,较对照组77.14%高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	好转	有效	无效	总有效
对照组	35	11(31.43)	10(28.57)	6(17.14)	8(22.86)	27(77.14)
中药组	35	17(48.57)	13(37.14)	1(2.86)	4(11.43)	31(88.57) [#]

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 见表2。药组更低($P < 0.05$)。与治疗前对比,两组的主症和次症积分均有所降低,中

表2 两组患者治疗前后中医证候积分比较(分)

组别	n	时间	中医证候积分					
			胃脘痞闷	胃痛	暖气	反酸	口干口苦	大便不畅
对照组	35	治疗前	4.17 \pm 1.24	5.25 \pm 1.14	1.21 \pm 0.63	1.34 \pm 0.82	2.87 \pm 0.56	2.38 \pm 1.03
		治疗后	2.78 \pm 0.23 [*]	2.08 \pm 0.34 [*]	0.65 \pm 0.24 [*]	1.08 \pm 0.38 [*]	1.12 \pm 0.32 [*]	1.56 \pm 0.31 [*]
中药组	35	治疗前	4.25 \pm 1.08	5.32 \pm 1.02	1.78 \pm 0.89	1.36 \pm 0.54	2.84 \pm 0.62	2.47 \pm 1.01
		治疗后	0.95 \pm 0.53 ^{*#}	0.74 \pm 0.24 ^{*#}	0.64 \pm 0.25 ^{*#}	0.23 \pm 0.08 ^{*#}	0.74 \pm 0.12 ^{*#}	0.59 \pm 0.34 ^{*#}

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后胃肠功能指标比较 见表3。两组患者治疗前的GAS、MOT水平相比差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组GAS、MOT水平明显高于治疗前,中药组明显比对照组升高的幅度大,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 两组患者治疗前后胃黏膜病理评分比较 见表4。治疗后,两组患者病理评分均较治疗前下降;中药组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 两组患者治疗前后胃肠功能指标比较(mg/L)

组别	n	时间	GAS	MOT
对照组	35	治疗前	94.02 \pm 15.16	306.47 \pm 34.82
		治疗后	102.64 \pm 27.98 [*]	368.54 \pm 82.49 [*]
中药组	35	治疗前	94.29 \pm 14.93	307.11 \pm 35.91
		治疗后	139.18 \pm 30.66 ^{*#}	488.40 \pm 102.25 ^{*#}

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

表4 两组患者治疗前后胃黏膜病理评分比较(分)

组别	n	时间	胃黏膜病理评分			
			萎缩	肠化生	慢性炎症	活动性
对照组	35	治疗前	4.02 \pm 1.01	4.32 \pm 1.26	1.65 \pm 0.23	1.03 \pm 0.16
		治疗后	3.15 \pm 0.79 [*]	3.79 \pm 1.01 [*]	1.08 \pm 0.23 [*]	0.74 \pm 0.15 [*]
中药组	35	治疗前	4.01 \pm 1.02	4.49 \pm 1.26	2.01 \pm 0.24	1.02 \pm 0.15
		治疗后	1.59 \pm 0.37 [#]	2.15 \pm 0.89 [#]	0.79 \pm 0.12 ^{*#}	0.17 \pm 0.11 ^{*#}

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.5 两组不良反应发生率比较 中药组治疗后食欲不振、嗜睡、恶心呕吐各1例,不良反应发生率8.57%,对照组头痛、食欲不振各2例,1例嗜睡,3例恶心呕吐,不良反应发生率22.85%,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

CAG治疗不及时,可引发胃出血、贫血、胃溃疡等胃部疾病,严重者可引起癌变。CAG的发病率随年龄的增长而增加,近年来有偏年轻化趋势^[12]。幽门螺旋

杆菌(HP)感染是CAG的主要致病因素之一,HP可破坏胃黏液屏障,进而逐渐破坏胃黏膜细胞,加重萎缩性胃炎。同时,自身免疫性损伤、胃黏膜营养因子缺乏、药物、刺激性食物等长期慢性刺激也是CAG的常见致病因素^[13]。西医治疗以促进胃酸分泌,抗HP感染,抑制胃反流,增加胃动力,增加黏膜营养为原则,常用的治疗药物有蒙脱石散、五肽胃泌素等,虽能控制症状,但预后较差,疗效不理想^[14]。

中医辨证理论认为,胃络瘀阻、脾虚体弱为CAG的病机^[15]。脾胃阳气不足,脾失运化,则胃功受损,表现为腹闷胀,时有隐痛,嗳气纳呆等症状。故临床对CAG的治疗应以补虚养胃、祛瘀化湿、健脾固气为主^[16]。补虚养胃汤由党参、砂仁、黄芪、熟附子、丹参、陈皮、茯苓、川石斛、白术等药物组成。方中,党参与黄芪、丹参合用,可温脾胃,加阳气;砂仁、熟附子、陈皮合用,可健脾、和胃、活血;茯苓、川石斛可补胃阴,清胃热;白术可补气健脾、温经燥湿。甘草既可补益肺气、健固脾胃,还可调和药效。上述药物合用,共奏甘温益气、固本健脾、益胃养阴等功效^[17]。现代药理试验亦证实,补虚养胃汤中的白术具有抗氧化、抗应激、增强机体免疫功能等作用;黄芪、党参可调节胃酸分泌,增强胃蛋白酶活性,刺激胃表皮生长因子活性,促进受损的胃黏膜愈合^[18]。丹参可促进HP活性,消除胃部炎症反应。补虚养胃汤与常规西药联合使用,可增强治疗效果,中药药效温和,可提高用药安全性。

本研究显示,治疗后中药组的主症和次症积分、胃黏膜病理评分、不良反应发生率明显低于对照组;中药组的治疗总有效率明显高于对照组。提示补虚养胃汤加减是慢性萎缩性胃炎的有效治疗方案,可改善患者临床症状,减轻组织病理炎症反应,疗效理想,安全性高。GAS和MOT由胃内细胞产生,血液中GAS和MOT水平越高,胃酸释放越多,胃肠运动越快,对食物的分解和消化能力越强,越有助于幽门括约肌收缩,以达到延缓胃排空目的^[19]。本研究中,治疗后,中药组的GAS、MOT水平明显高于对照组。说明补虚养胃汤加减对慢性萎缩性胃炎患者胃肠功能有明显的改善作用。与房涛等^[20]研究结果一致。

综上所述,补虚养胃汤加减对慢性萎缩性胃炎疗效理想,可促进患者症状改善,保护胃肠功能,且用药后不良反应发生率低,安全性较高。

参考文献

- [1] 吴晋.替普瑞酮治疗老年HP阳性慢性萎缩性胃炎临床效果分析[J].陕西医学杂志,2021,50(5):735-737.
- [2] 王丽华.益胃活络经验方联合三联疗法对胃络瘀血症慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜腺体及血清炎症因子的影响[J].陕西中医,2016,37(1):48-50.
- [3] 高洁.胃蛋白酶原、胃泌素-17在慢性萎缩性胃炎中的表达及其与幽门螺杆菌感染相关性分析[J].陕西医学杂志,2019,48(1):131-134.
- [4] 李春雨.益气清热活血方治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前期病变临床研究[J].陕西中医,2018,39(10):1384-1386.
- [5] 李志更,李玉波,王俊文,等.慢性萎缩性胃炎中医证候分布频率的Meta分析[J].中国中西医结合杂志,2020,40(1):52-58.
- [6] 吴水清,李达周,龚清全,等.福建宁德地区慢性萎缩性胃炎与幽门螺旋杆菌感染情况调查研究[J].陕西医学杂志,2020,49(6):763-765,769.
- [7] 徐伟超,许玉龙,张增博,等.基于隐结构模型的名老中医药专家辨证论治京津冀地区慢性萎缩性胃炎用药规律研究[J].中国中药杂志,2020,45(7):1691-1697.
- [8] 谢晓妹,冉静纯,赵唯含,等.基于“虚瘀毒”理论的中医药治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析[J].中华中医药学刊,2020,38(2):108-114.
- [9] 黄晓映,曾耀明,何璠.健脾和胃方颗粒对脾虚气滞型慢性非萎缩性胃炎患者症状与心理及免疫状态的影响[J].中华全科医学,2020,18(7):1200-1203.
- [10] 刘怀智,周海娟.健脾消萎方联合西药治疗慢性萎缩性胃炎疗效研究[J].陕西中医,2020,41(12):1767-1769.
- [11] 雷琼.香砂养胃丸联合替普瑞酮胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].陕西中医,2018,39(1):71-73.
- [12] 王萍.近40年慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变中医研究述评[J].中医杂志,2020,61(22):1943-1947.
- [13] 高洁.胃蛋白酶原、胃泌素-17在慢性萎缩性胃炎中的表达及其与幽门螺杆菌感染相关性分析[J].陕西医学杂志,2019,48(1):131-134.
- [14] 田秀峰.半夏泻心汤加味治疗寒热错杂型慢性萎缩性胃炎的疗效研究[J].陕西中医,2016,37(8):951-952.
- [15] 郭怡,周凤.自拟养胃汤联合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(26):51-54.
- [16] 杨静,郭虹忆,杨金国,等.温脾养胃汤对浊毒症慢性萎缩性胃炎患者中医证候及胃镜疗效的影响[J].四川中医,2019,37(10):96-98.
- [17] 贾润苗.益气解毒法联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌疗效观察[J].陕西中医,2017,38(7):887-888.
- [18] 牛然.益胃活血汤治疗气滞血瘀型急性胃炎的临床效果[J].中国医药导报,2019,16(10):124-127.
- [19] 闫媛,庄坤,张欣,等.Wnt信号通路组件在胃癌及慢性萎缩性胃炎中的表达分析[J].陕西医学杂志,2017,46(2):158-159.
- [20] 房涛,王歌文,赵佳华.益胃汤加减联合三联疗法对HP感染所致慢性胃炎患者血清炎症因子、HP清除率的影响[J].陕西中医,2019,40(11):1598-1601.

(收稿:2021-05-28)