

参考文献

- [1] 郭堃, 张瀚文. 中医药治疗小儿湿疹临床研究进展[J]. 亚太传统医药 2014, 10(22): 28-30.
- [2] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 604.
- [3] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识 2016 年[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊 2018, 17(2): 181-183.
- [4] HANIFIN JM, THURSTON M, OMOTO M, et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis[J]. EASI Evaluator Group. Exp Dermatol 2001, 10(1): 11-18.
- [5] 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1): 3-4.
- [6] KOET LB, BRAND PLP. Increase in atopic sensitization rate among Dutch children with symptoms of allergic disease between 1994 and 2014[J]. Pediatr Allergy Immunol 2018, 29(1): 78-83.
- [7] BARON S E, COHEN S N, ARCHER C B, et al. Guidance on the diagnosis and clinical management of atopic eczema[J]. Clin Exp Dermatol 2012, 37(suppl 1): 7-12.
- [8] 刘影, 肖异珠, 胡燕. 115 例湿疹婴儿体格生长情况调查[J]. 临床儿科杂志 2017, 35(1): 1-4.
- [9] HENGGE U R, RUZICKA T, SCHWARTZ R A, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids[J]. J Am A of Dermatol 2006, 54(1): 1-15.
- [10] 陈思羽, 姚婷, 马春艳, 等. 湿疹外洗方治疗湿热蕴肤型小儿湿疹临床观察[J]. 安徽中医药大学学报 2019, 38(2): 36-39.
- [11] 姚煦. 慢性瘙痒的定义及分类[J]. 皮肤病与性病 2017, 39(4): 249-250.
- [12] KOPYCIOK M E, STÄNDER H F, OSADA N, et al. Prevalence and Characteristics of Pruritus: A One-Week Cross-sectional Study in a German Dermatology Practice[J]. Acta Derm Venereol 2016, 96(1): 50-55.
- [13] 赵曛, 褚风麟, 李邻峰. 湿疹皮炎患者的全国多中心横断面调查[J]. 临床和实验医学杂志 2019, 18(7): 736-741.
- [14] 钟宇眉, 钟信刚, 王叶子, 等. 湿疹皮炎皮损菌群测定与抗感染治疗研究[J]. 中国感染控制杂志 2013, 12(3): 211-214.
- [15] 曾海生, 邹贤. 中药泡脚经验方治疗婴儿渗出型湿疹疗效观察[J]. 临床合理用药杂志 2019, 12(19): 47-48, 50.
- [16] 黎娟, 黄志雄, 李清华. 中药外洗联合地奈德乳膏及维 E 尿囊素乳膏治疗婴儿湿疹的疗效观察[J]. 中国临床新医学 2013, 6(2): 122-124.

(本文校对: 吴桂华 收稿日期: 2021-03-11)

四君子汤合失笑散治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

赵劲枝 周玉梁

摘要:目的 探讨四君子汤合失笑散加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对胃蛋白酶原 I(PG I)、胃蛋白酶原 II(PG II)、PG I 与 PG II 比值(PGR)的影响。方法 选取云南师范大学医院 2019 年 8 月—2020 年 11 月收治的 42 例慢性萎缩性胃炎患者,随机分为对照组和观察组,各 21 例。对照组采用常规治疗,观察组在对照组基础上联合四君子汤合失笑散加减治疗,2 组均治疗 4 周。观察 2 组治疗前后症状积分的变化情况,比较 2 组临床疗效及治疗前后的 PG I、PG II、PGR 水平。结果 治疗后 2 组上腹饱胀、上腹疼痛、食欲不振、反酸暖气及乏力积分均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组均低于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率为 95.24%(20/21),高于对照组的 76.19%(16/21)($P < 0.05$)。治疗前 2 组 PG I、PG II 及 PGR 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组 PG I 及 PGR 水平均高于本组治疗前和同期对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。而 PG II 水平在同组治疗前后对比及治疗后 2 组对比差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗期间 2 组均未出现明显不良反应。结论 四君子汤合失笑散加减用于慢性萎缩性胃炎治疗可改善临床症状,提高胃蛋白酶原 I(PG I)及 PGR 水平,减轻胃黏膜萎缩程度,在临床值得推广使用。

关键词: 四君子汤; 失笑散; 慢性萎缩性胃炎; 中医药疗法

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2021.22.026 文章编号: 1003-8914(2021)-22-3813-04

慢性萎缩性胃炎属于常见的消化系统疾病。本病主要临床表现有上腹饱胀、食欲减退等,具有病程长、易反复、难根治等特点^[1-2]。目前临床治疗主要从制酸、保护胃黏膜及促胃动力入手,治疗方案较多,疗效各异。笔者在采用目前常见治疗的基础上联合中药汤

剂辅助治疗,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例均为云南师范大学医院 2019 年 8 月—2020 年 11 月收治且符合慢性萎缩性胃炎诊断标准及纳入标准的患者,共 42 例,依据治疗方案的不同随机分为对照组和观察组,每组 21 例。本研究通过云南师范大学医院伦理委员会审批。2 组在性

作者单位: 云南师范大学医院内科(云南 昆明 650500)

通讯方式: E-mail: zjz.111@163.com

别、年龄、病情及病程 4 个方面经统计学检验均 $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较 (例, % $\bar{x} \pm s$)

组别	组别	性别		病程/年	病情轻重			年龄/岁
		男	女		轻	中	重	
观察组	21	10	11	4.89 \pm 1.27	5	10	6	45.21 \pm 3.42
对照组	21	11	10	5.01 \pm 1.32	4	12	5	45.76 \pm 3.51

1.2 诊断标准 符合《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[3] 所拟定的慢性萎缩性胃炎的诊断标准, 具体诊断标准如下。①临床表现: 少数患者无明显症状, 大多数患者有上腹饱胀、上腹疼痛、食欲不振、反酸、嗝气、乏力等症状。②胃镜下可见黏膜红白相间, 以白为主; 黏膜皱襞变浅甚或消失, 血管显露; 黏膜粗糙不平, 少数可见结节状或颗粒状。③病理表现可见固有腺体萎缩、黏膜肌层增厚、肠上皮化生等。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准: ①符合拟定的慢性萎缩性胃炎的诊断标准; ②患者的年龄 30 ~ 65 岁; ③所有患者均同意本次研究, 并在研究前签署知情同意书。排除标准: ①胃镜检查提示合并溃疡出血; ②病理检查提示有癌变的患者; ③合并肝肾功能严重障碍的患者; ④正处于哺乳、妊娠期的患者; ⑤有精神类疾患, 不能配合的患者; ⑥既往对中药等多种药物过敏者。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 对照组予奥美拉唑肠溶胶囊(扬子江药业集团有限公司生产, 国药准字 H20084388) 剂量为 20 mg/次, 口服 2 次/d; 硫糖铝混悬液(广东华南药业集团有限公司生产, 国药准字 H10960186) 剂量为 10 ml/次, 口服 2 次/d; 多潘立酮片(西安杨森制药有限公司生产, 国药准字 H10910003) 剂量为 10 mg/次, 餐前 15 ~ 30 min 口服 3 次/d; 连续使用 4 周。观察组在对照组基础上加中药汤剂(四君子汤合失笑散加减) 治疗。基础药方包括: 党参 20 g, 茯苓 15 g, 炒白术 15 g, 炙甘草 10 g, 五灵脂 6 g, 蒲黄 6 g。伴有嗝气、呃逆者, 加旋覆花 15 g, 代赭石 20 g; 反酸、烧心者加煅瓦楞子 15 g, 海螵蛸 20 g; 上腹痛明显者可加延胡索

15 g, 郁金 12 g; 便秘、口干者加天花粉 15 g, 玉竹 10 g, 石斛 15 g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 每次煎至 200 ml, 分别在早、晚餐后服, 治疗 4 周。

1.4.2 观察指标 2 组患者均于治疗前及治疗 4 周后抽取空腹肘静脉血 3 ml 送检, 按试剂及仪器说明要求采用酶联免疫吸附法(ELISA) 检测 2 组患者血清胃蛋白酶原 I(PG I)、胃蛋白酶原 II(PG II) 水平, 并计算 PGR 水平, 试剂购自 Biohit Healthcare 生物有限公司。

1.4.3 中医症状分级赋分方法 参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[3] 对患者上腹饱胀、上腹疼痛、食欲不振、反酸、嗝气、乏力进行症状积分, 分为无、轻、中、重 4 级, 分别记 0、1、2、3 分。

1.4.4 疗效判定标准 患者相关症状、体征基本消失, 经电子胃镜检查、病理检查提示黏膜炎症明显好转、腺体萎缩、增生消失, 即为治愈; 相关症状及体征显著改善, 经检查黏膜炎症、腺体萎缩及增生等明显改善, 即为显效; 体征、症状均有所缓解, 炎症有所减轻, 黏膜病变缩小, 即为有效; 上述标准均未达到即为无效。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) 例数/总例数 $\times 100\%$ ^[4]。

1.4.5 统计学方法 运用 SPSS 21.0 软件处理数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料以率(%) 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 观察组总有效率为 95.24%, 对照组总有效率为 76.19%, 观察组明显优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者总有效率比较 (例, %)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	21	10	7	3	1	20(95.24) ¹⁾
对照组	21	6	4	6	5	16(76.19)

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者治疗前后症状积分比较 2 组患者治疗后的症状积分较治疗前均有改善, 且观察组治疗后的症状积分优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后症状积分比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	上腹饱胀	上腹疼痛	食欲不振	反酸嗝气	乏力
观察组	21	治疗前	2.53 \pm 0.72	1.63 \pm 0.43	1.82 \pm 0.59	1.91 \pm 0.67	1.87 \pm 0.68
		治疗后	1.28 \pm 0.37 ¹⁾²⁾	0.96 \pm 0.32 ¹⁾²⁾	1.01 \pm 0.26 ¹⁾²⁾	1.12 \pm 0.35 ¹⁾²⁾	1.09 \pm 0.43 ¹⁾²⁾
对照组	21	治疗前	2.57 \pm 0.65	1.59 \pm 0.41	1.85 \pm 0.61	1.89 \pm 0.63	1.85 \pm 0.66
		治疗后	2.13 \pm 0.46 ¹⁾	1.34 \pm 0.37 ¹⁾	1.36 \pm 0.37 ¹⁾	1.47 \pm 0.52 ¹⁾	1.43 \pm 0.57 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII)、PGI 与 PGII 比值 (PGR) 比较 观察组同组治疗

前后 PGI 及 PGR 水平比较及治疗后 2 组 PGI、PGR 水平比较 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者 PGI、PGII 及 PGR 水平比较

(例 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PGI / (ng/ml)		PGII / (ng/ml)		PGR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	21	100.51 \pm 21.17	138.36 \pm 41.72 ¹⁾²⁾	14.21 \pm 4.35	16.54 \pm 4.23	7.53 \pm 2.67	10.35 \pm 3.42 ¹⁾²⁾
对照组	21	101.26 \pm 23.41	112.35 \pm 27.41	15.29 \pm 4.61	17.43 \pm 4.36	7.43 \pm 2.72	7.85 \pm 2.56
<i>t</i> 值		0.11	2.39	0.78	0.67	0.12	2.68
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$; 治疗后与对照组,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 2 组患者不良反应比较 治疗期间 2 组均未出现明显不良反应。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜上皮受到反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[5]。以上腹部不适、饱胀、疼痛为主要临床表现,可伴有食欲不振、反酸嗳气、嘈杂等症状;目前西医治疗主要从促胃动力、制酸、保护胃黏膜入手,但是疗效各异,部分患者病情易反复^[6]。

多潘立酮是外周性多巴胺受体拮抗剂,可促进胃排空、预防胆汁反流且不影响胃液分泌^[7]。奥美拉唑属于质子泵抑制剂,在抑制 H^+ 、 K^+ - ATP 酶活性的同时可抑制组胺、促胃液素等引起的胃酸分泌,提升胃部 pH 值,减轻胃酸腐蚀胃黏膜,从而改善临床症状^[8]。硫糖铝混悬液能在胃黏膜受损部位形成保护膜,进而避免胃酸对黏膜造成进一步刺激,还可在一定程度上中和胃酸、吸附胃蛋白酶^[6]。

中医从整体观念出发,辨证论治,近年来在改善临床症状、逆转萎缩进程的治疗中已取得较好的临床疗效;但尚无公认的治疗药物^[9]。

慢性萎缩性胃炎属于中医“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,本病的病症特点为“本虚标实”,脾胃虚弱为病之本,瘀血阻络为病之标。脾胃虚弱,气血生化乏源、运行无力,血流不畅,日久瘀血内停,胃络失养发为本病。故而治疗当以补益脾胃、化瘀止痛为法。笔者选四君子汤合失笑散加减,就是取党参、茯苓、白术、炙甘草益气健脾,五灵脂、蒲黄化瘀止痛之效。另外,有研究证实,四君子汤不仅具有增强抵抗力、增强黏膜屏障功能,减少胃黏膜损伤的效果,而且可有效促进炎症吸收及腺体再生,且止痛效果明显^[10]。

胃蛋白酶原主要是指胃黏膜细胞分泌并参与消化的胃蛋白酶的无活性前体,血清胃蛋白酶原水平可反映胃黏膜的状态及功能情况,进一步预测萎缩性胃炎、

胃癌等胃部疾病的发生,可作为胃肠镜检查前的第一线胃癌筛查方式。胃蛋白酶原分为 PG I 和 PG II,PG I 主要由胃底(体)腺的主细胞和颈黏液细胞分泌,PG II 除此之外还由贲门腺、胃窦幽门腺和十二指肠 Brunner 腺分泌^[11]。当胃黏膜萎缩/肠化生时,主细胞数量减少,产生的 PG I 减少,故血清 PG I 水平下降;而 PG II 受胃黏膜萎缩影响较小,血清 PG II 水平稍下降或不变;导致 PG I / PG II 比值下降^[12]。换言之,随着胃黏膜萎缩、增生改善,胃底(体)腺的主细胞和颈黏液细胞分泌的 PG I 会增多,而 PG II 因为受胃黏膜萎缩影响较小,故治疗前后血清 PG II 水平理应变化不明显,最后治疗后的 PG I / PG II 比值会随着治疗后的 PG I 水平的升高而升高。而表 4 结果也显示治疗后 2 组 PGR 数值与相对应的 PG I 水平呈正相关,显然与前面提到的结论也是一致的。

本研究以对照组常规治疗基础上加中药汤剂(四君子汤合失笑散加减)治疗慢性萎缩性胃炎患者,并与对照组常规治疗进行比较,结果发现治疗组中西结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效显著,患者的中医症状积分明显下降,治疗的总有效率明显提高,PG I、PGR 水平也明显升高。

综上所述,四君子汤与失笑散联合用于慢性萎缩性胃炎治疗中不仅能取得较好的临床疗效,而且能显著提高 PG I 及 PGR 水平,促进损伤黏膜修复,延缓胃黏膜萎缩进程,值得临床推广。但本研究也存在一些问题,如纳入样本量较少,未分析四君子汤与失笑散的具体作用机制及未对治疗后的患者进行长期的随访,这些都有待于下一步深入研究去解决。

参考文献

- [1] 义西求. 慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(A3): 78-85.
- [2] 刘阿倩, 林运鹏. 慢性萎缩性胃炎患者的消化内科临床治疗体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(A4): 20472-20473.
- [3] 李军祥, 陈洁, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2):

- 121-131.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 126-127.
- [5] 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(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [6] 禚子才, 尤爱娟, 柴胡疏肝散合四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 31 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(8): 99-101.
- [7] 周雪琴, 李燕. 胃炎宁颗粒联合吗丁啉治疗慢性萎缩性胃炎的效果观察[J]. 大家健康, 2015, 9(3): 707-708.
- [8] 韩霞, 刘金凤. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(6): 1250-1252.
- [9] 吕小燕, 苏娟萍, 冯五金. 升阳益胃汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的疗效初探[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(9): 62-64, 109.
- [10] 鲍静. 四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的机制及疗效分析[J]. 心理医生, 2016, 22(22): 263-264.
- [11] 赵小婷, 徐广东, 张胜星. 胃蛋白酶原、胃泌素 17 和幽门螺杆菌感染与慢性萎缩性胃炎肠上皮化生的相关性[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(14): 2441-2442.
- [12] 刘文忠. 早期胃癌筛查进展[J]. 胃肠病学, 2018, 23(3): 129-132.

(本文校对: 王天有 收稿日期: 2021-03-08)

调曲复位后椎体成形治疗骨质疏松性胸腰椎中重度压缩性骨折临床观察

苏 健 陈熙洋 陈世忠[△] 韦以宗[※]

摘要: 目的 分析四维牵引复位结合椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的临床疗效。方法 回顾分析 40 例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折病例, 分别行四维牵引复位治疗结合椎体成形术, 或单纯行椎体成形术, 观察对比其疗效。结果 四维牵引复位治疗结合椎体成形术治疗后椎体前缘高度、Cobb 角较治疗前明显改善, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 四维牵引复位结合椎体成形术可有效减轻患者疼痛, 恢复椎体高度, 改善脊柱畸形, 值得进一步研究。

关键词: 骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折; 四维牵引; 过伸悬吊牵引; 椎体成形术

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2021.22.027 文章编号: 1003-8914(2021)-22-3816-04

Adjusting Curvature Reduction Combined with Percutaneous Vertebroplasty in the Treatment of Osteoporotic Vertebral Compression Fracture for 40 Cases

SU Jian CHEN Xiyang CHEN Shizhong[△] WEI Yizong[※]

(Wei Yizong Studio, Zhongshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Zhongshan 528400, China)

Abstract: Objective To analyze the clinical effect of four dimensional traction reduction combined with percutaneous vertebroplasty (PVP) in the treatment of osteoporotic vertebral compression fracture (OVCF). **Methods** 40 patients with OVCF were treated with PVP or four-dimensional suspension traction combined with PVP. The height of vertebra and the Cobb angle of each patient will be observed. **Results** The height of vertebrae and the Cobb angles in the group with four-dimensional suspension were significantly better than that before treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Four-dimensional suspension traction combined with PVP is good at relieving the pain, restoring the height of vertebrae and correcting spinal kyphosis, which is worth popularizing.

Key words: osteoporotic vertebral compression fracture; four dimensional traction; hyperextension suspension traction; percutaneous vertebroplasty

随着社会老龄化的加剧, 由于骨质疏松引起的老年人骨折越来越多, 而骨质疏松性椎体压缩性骨折 (Osteoporotic vertebral compression fracture, OVCF) 是上述骨折中比较常见的骨折。临床上, PVP、PKP 被广泛应用于治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折^[1]。PKP

可进行椎体复张, 因此, 在矫正 Cobb 角及远期椎体高度维持方面, PKP 优于 PVP^[2]。但 PKP 价格昂贵, 国内仍有许多医院采用手法复位结合 PVP 治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折。由于 OVCF 多为脆性骨折, 一般压缩以椎体前缘为主, 因此, 国内学者一般采用体位复位、手法复位和功能锻炼复位 3 种方式进行椎体高度的恢复^[3]。采用四维牵引复位结合椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折取得较优疗效, 报告如下。

作者单位: 中山市中医院韦以宗名医工作室(广东 中山 528400)

△通讯作者: E-mail: 7065578@qq.com

※指导老师