

引用:张件云,贺莉娟,尹萍,李甜甜,张珂胜,黄柔,朱志春,曹双美.加味归芍异功散联合西药四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎 30 例[J]. 湖南中医杂志,2022,38(12):13-16.

加味归芍异功散联合西药四联疗法 治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎 30 例

张件云,贺莉娟,尹萍,李甜甜,张珂胜,黄柔,朱志春,曹双美

(湖南省康复医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 目的:观察加味归芍异功散合西药四联疗法治疗脾胃虚弱型幽门螺杆菌(Hp)相关性慢性胃炎的临床疗效。方法:将 60 例 Hp 相关性慢性胃炎脾胃虚弱证患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组采用加味归芍异功散合西药四联疗法治疗,对照组仅采用西药四联疗法治疗,比较 2 组的中医证候疗效、Hp 根除情况、中医证候评分(胃脘隐痛、胃脘胀满、乏力、纳呆、气短、大便稀溏)以及不良反应发生情况。结果:中医证候疗效总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照组为 93.34%(28/30),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.01$);Hp 根除总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照组为 80.00%(24/30),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后中医证候各项评分均较治疗前下降,且治疗组下降幅度较对照组更大($P<0.05$);不良反应发生率治疗组为 6.67%(2/30),对照组为 20.00%(6/30),组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:加味归芍异功散合西药四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎脾胃虚弱证的临床疗效优于单用四联疗法,值得临床推广应用。

[关键词] Hp 相关性慢性胃炎;脾胃虚弱证;加味归芍异功散;四联疗法

[中图分类号] R259.733 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.12.004

Clinical effect of Jiawei Guishao Yigong powder combined with Western medicine quadruple therapy in treatment of Helicobacter pylori-associated chronic gastritis: An analysis of 30 cases

ZHANG Jianyun, HE Lijuan, YIN Ping, LI Tiantian, ZHANG Kesheng,

HUANG Rou, ZHU Zhichun, CAO Shuangmei

(Hunan Provincial Rehabilitation Hospital, Changsha 410007, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Jiawei Guishao Yigong powder combined with Western medicine quadruple therapy in the treatment of Helicobacter pylori (Hp)-associated chronic gastritis. Methods: A total of patients with Hp-associated chronic gastritis were divided into treatment group and control group using a random number table, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given Jiawei Guishao Yigong powder combined with Western medicine quadruple therapy, and those in the control group were given Western medicine quadruple therapy alone. The two groups were compared in terms of the treatment outcome of TCM syndrome, TCM syndrome scores (dull stomachache, gastric distension, weakness, poor appetite, short breath, and loose stool), and the incidence rate of adverse reactions. Results: There were significant differences between the treatment group and the control group in the overall response rates of TCM syndrome [100.00% (30/30) vs 93.34% (28/30), $P<0.01$] and Hp eradication [100.00% (30/30) vs 80.00% (24/30), $P<0.05$]. After treatment, both groups had significant reductions in each TCM syndrome score, and the treatment group had significantly greater reductions than the control group. There was no significant difference in the incidence rate of adverse

reactions between the treatment group and the control group[6.67% (2/30) vs 20.00% (6/30), $P>0.05$]. Conclusion: Jiawei Guishao Yigong powder combined with Western medicine quadruple therapy has a better clinical effect than quadruple therapy alone in the treatment of Hp-associated chronic gastritis and thus holds promise for clinical application.

[Keywords] Helicobacter pylori-associated chronic gastritis; deficiency of spleen and stomach; Jiawei Guishao Yigong powder; quadruple therapy

幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp)是一种能经消化道传播的感染性病菌,其感染率高、传播性强。Hp感染与许多消化系统疾患有关,如胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良、胃癌、胃黏膜相关淋巴样组织淋巴瘤等^[1],且有报道认为Hp还与高血压病^[2]、冠状动脉病变^[3-4]、2型糖尿病^[5]、阿尔茨海默病^[6]、小儿缺铁性贫血^[7]、帕金森病^[8]等有关。Hp作为I类致癌物,严重危害人类的健康,就我国Hp感染率而言,现已高达50%^[9]。根除Hp不仅可以改善慢性胃炎的临床症状、预防胃癌,而且还能改善其他病症的临床表现,如心脑血管系统病变、阿尔茨海默病、2型糖尿病等。现代医学常采用三联或四联疗法根治Hp,主要是利用抗生素的杀菌作用达到治愈目的,但目前抗生素已长期广泛滥用,Hp的耐药性也逐渐上升,从而降低了Hp根除率,且抗生素的毒副作用大、根除后复发率高。有研究显示,中药复方在抗Hp过程中可发挥重要作用,其能够直接抑制Hp、减弱Hp毒性^[10],基于此,本研究采用加味归芍异功散联合西药四联疗法治疗脾胃虚弱型Hp相关性慢性胃炎患者30例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2020年1月1日至2021年12月30日于我院就诊的Hp相关性慢性胃炎患者60例,按照随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组中,男10例,女20例;平均年龄(45.00 ± 15.55)岁;平均病程(5.08 ± 0.63)年。对照组中,男8例,女22例;平均年龄(43.00 ± 23.21)岁;平均病程(5.10 ± 0.92)年。2组患者在性别、年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 1)慢性非萎缩性胃炎:参照《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[11]中的相关标准,消化内镜显示胃部有黏膜红斑、糜烂、水肿、出血点等,同时伴有上腹饱

胀、隐痛等症状;2)Hp感染:参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[1],¹⁴C呼气试验为阳性即可诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[12]和《中药新药临床研究指导原则》^[13]中的有关标准拟定脾胃虚弱证的辨证标准。主症包括胃脘隐痛、胃脘胀满、乏力、粪便稀溏,次症包括纳呆、气短、舌脉为舌质淡、边有齿痕、苔薄白,脉细弱。符合主症2项+次症1项,或主症第1项+次症2项,结合舌脉,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准;2)年龄20~65岁;3)1周内确诊;4)患者知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)慢性萎缩性胃炎、胃黏膜细胞异型增殖、肠化生以及病理检查中怀疑有恶变;2)患有心脑血管、消化、泌尿、血液系统等重大疾病;3)妊娠期、哺乳期妇女;4)有精神疾病或存在精神症状;5)对研究药物有过敏史。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药四联疗法治疗。阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,批准文号:国药准字H44021351,规格:0.25 g/粒)口服,1 g/次,2次/d;克拉霉素片(上海雅培制药有限公司,批准文号:国药准字H20033044,规格:0.25 g/片)口服,0.5 g/次,2次/d;胶体果胶铋胶囊(广州彼迪药业有限公司,批准文号:国药准字H20059181,规格:50 mg/粒)口服,150 mg/次,4次/d;奥美拉唑肠溶片(阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字J20130093,规格:20 mg/片)口服,20 mg/次,2次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用加味归芍异功散治疗。处方:当归10 g,白芍10 g,茯苓10 g,白术10 g,陈皮6 g,党参10 g,金铃子10 g,延胡索10 g,檀香5 g,砂仁6 g,丹参15 g,蒲公英15 g,甘草6 g。中药汤剂由我院煎药房统一熬制,

200 ml/包,1 包/次,2 次/d。

2 组均治疗 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 中医证候评分。参考《中药新药临床研究指导原则》^[13]对胃脘隐痛、胃脘胀满、乏力、纳呆、气短、粪便稀溏进行评分,按照轻、中、重度分别计 1、2、3 分,比较 2 组治疗前后中医证候评分。2) Hp 根除情况。3) 2 组不良反应发生情况。观察 2 组治疗过程中是否出现用药后腹泻、便秘、口苦、恶心等不良反应。

3.2 疗效标准 1) 中医证候疗效标准。参考《中药新药临床研究指导原则》^[13]计算中医证候积分。中医证候积分为各项评分的总和,中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。临床痊愈:症状、体征基本消失,中医证候积分减少率≥95%;显效:症状、体征明显改善,70%≤中医证候积分减少率<95%;有效:症状、体征有所好转,30%≤中医证候积分减少率<70%;无效:症状、体征无好转甚至恶化,中医证候积分减少率<30%。2) Hp 根除情况。2 组治疗前和治疗后 1 个月均完成¹⁴C 呼气试验,并比较 Hp 根除情况。根除:Hp 转阴;有效:Hp 仍为阳性,但降低 I 级以上;无效:Hp 无显著改变甚或升高^[1]。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件进

行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 100.00%,对照组为 93.34%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	14(46.67)	14(46.67)	2(6.66)	0	30(100.00)
对照组	30	4(13.33)	11(36.67)	13(43.34)	2(6.66)	28(93.34)
Z 值						-3.866
P 值						<0.01

3.4.2 2 组 Hp 根除情况比较 Hp 根除总有效率治疗组为 100.00%,对照组为 80.00%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 2)

表 2 2 组 Hp 根除情况比较[例(%)]

组别	例数	根除	有效	无效	总有效
治疗组	30	26(86.67)	4(13.33)	0	30(100.00)
对照组	30	20(66.67)	4(13.33)	6(20.00)	24(80.00)
Z 值					-2.041
P 值					0.041

3.4.3 2 组治疗前后中医证候评分比较 2 组各项中医证候评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均统计学意义(*P*<0.05)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	胃脘隐痛	胃脘胀满	乏力	纳呆	气短	粪便稀溏
治疗组	30	治疗前	1.47±0.56	1.60±0.55	1.10±0.47	1.16±0.58	0.86±0.42	1.47±0.71
		治疗后	0.16±0.37 ^{ab}	0.13±0.34 ^{ab}	0.20±0.40 ^{ab}	0.13±0.42 ^{ab}	0.10±0.30 ^{ab}	0.16±0.37 ^{ab}
对照组	30	治疗前	1.43±0.61	1.36±0.54	1.06±0.51	1.03±0.54	0.93±0.57	1.30±0.82
		治疗后	0.43±0.55 ^a	0.40±0.49 ^a	0.47±0.49 ^a	0.40±0.55 ^a	0.33±0.47 ^a	0.46±0.56 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

3.4.4 2 组不良反应发生情况比较 2 组患者均出现不同症状的不良反应,但程度较轻,患者均可耐受,停药后症状自行消失。其中,治疗组不良反应发生率为 6.67%,低于对照组的 20.00%,但差异无统计学意义(*P*>0.05)。(见表 4)

组别	例数	腹泻	便秘	口苦	恶心	合计
治疗组	30	0	0	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)
对照组	30	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)	6(20.00)
χ ² 值						1.778
P 值						0.620

4 讨论

慢性胃炎是常见、高发且危害人类健康的消化系统疾病,其发病率可达 50%~80%^[14],且病程长、预后欠佳。多数患者表现为胃痛、胃胀、胃灼热、泛酸、恶心、消化不良等症状,少数患者可出现胃溃疡、胃出血,甚至是胃癌等。慢性胃炎的发生多与 Hp 有关。对于 Hp 相关性胃炎的治疗,应积极做到根除 Hp,以防止炎症进展为萎缩、肠化生、异型增生、癌变。现代医学关于 Hp 的治疗,大多使用质子泵抑制剂、胃黏膜防护剂、抗生素等三联或四联疗

法,目前经典治疗方案为:克拉霉素片、阿莫西林胶囊、奥美拉唑肠溶片、铋剂四药联合。奥美拉唑肠溶片作为常用质子泵抑制剂,可抑制 H^+-K^+-ATP 酶的活性,阻断胃酸分泌;阿莫西林为广谱青霉素类抗生素,耐药率低,能有效根治 Hp;克拉霉素为大环内酯类抗生素,与阿莫西林联用,杀菌作用强,可加强抗 Hp 的疗效;铋剂属于胃黏膜保护剂,可以阻碍细菌在胃黏膜上定植,故四种药物联合可有效抑制 Hp 生长。随着 Hp 的耐药率增加,现代医学开始从更换抗生素种类、选用其他类型的质子泵抑制剂等方面着手,以期提高 Hp 的根治率。本研究采用传统经典胃四联药物联合中药加味归芍异功散口服治疗 Hp 相关性胃炎,临床疗效达 100%,Hp 根除总有效率达 100%,说明中西医结合治疗本病在改善患者症状、提高 Hp 根除率方面有明显优势,可以作为目前根除 Hp 的一种有效治疗方案。

中医学中并无 Hp 相关性胃炎的记载,根据上腹部疼痛、饱胀等症状可将其归属于“胃脘痛”“腹痛”“胃痞”“痞满”“呕吐”等范畴。其病位在胃,与脾、肝等密切相关,属于本虚标实之病证,临床上常见脾胃虚弱证。《素问·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”脾胃为后天之本,气血生化之源,脾主运化,将水谷精微等营养物质运输至全身以濡养经、脉、肉、皮、骨,维持机体基本的生理活动。脾胃衰败,脾失健运,则气血无以化生,经脉骨骼无以濡养,不能充养正气,故邪气易外袭。Hp 在中医学中属于“邪气”范畴,若脾胃衰弱,Hp 则更易侵犯机体。段飞茹等^[15]认为,脾胃虚弱是影响 Hp 发生的重要因素。因此,在 Hp 的治疗过程中应着重注意脾胃的调护。

归芍异功散为《医宗金鉴》中“归芍异功汤”的异名,出自于《类证治裁》。主治舌痞、痢疾、便血及脾虚病症等,具有益气扶脾、健胃止泻之功。目前对于归芍异功散的研究主要集中在消化道出血、慢性乙型病毒性肝炎的研究,本研究则采用加味归芍异功散治疗脾胃虚弱型 Hp 相关性胃炎。该方在归芍异功散基础上加入金铃子散、丹参饮以健脾、调肝、祛瘀。方中当归、白芍养血柔肝;异功散补气健脾,使脾胃健旺;檀香、砂仁、丹参合为丹参饮,祛瘀通络;金铃子、延胡索合为金铃子散,行气止痛;蒲公英清热解毒,消肿散结。久病之胃炎者,多有肝

气犯胃之征,当养其肝血,则肝气自平。久病多瘀,当以祛瘀之法。故临床以健脾为主,佐以调肝、祛瘀通络。Hp 感染相关性胃炎以脾胃虚弱为本,常见本虚标实之证,加味归芍异功散乃治其本也。

综上所述,加味归芍异功散联合西药治疗相比单用西药治疗脾胃虚弱型 Hp 相关性胃炎更能提高临床疗效、Hp 根除率,改善患者临床症状,增加安全性,减少不良反应,为 Hp 相关性胃炎的治疗提供了新思路。

参考文献

- [1] 刘文忠,谢勇,陆红,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华消化杂志,2017,37(6):364-378.
- [2] 赵卫华. 幽门螺杆菌感染与原发高血压患者脂质代谢的相关性分析[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(13):2292-2293.
- [3] 孙静,刘涛,张蓉. 幽门螺旋杆菌根治在冠心病二级预防中的应用研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):2072-2074.
- [4] 赵红,楚叶萌,王苏平,等. 幽门螺旋杆菌感染与颈动脉粥样硬化狭窄程度的关系[J]. 中国动脉硬化杂志,2016,24(6):620-624.
- [5] 孟清,陈芹芹,杨丽君,等. 幽门螺旋杆菌感染与 2 型糖尿病的相关性分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,8(18):32-33.
- [6] 王秀莲. 幽门螺旋杆菌在阿尔茨海默病发病中的作用和机制[D]. 武汉:华中科技大学,2014.
- [7] 鄢富贵,张杨,温冬香,等. 幽门螺杆菌感染和小儿缺铁性贫血的相关性分析[J]. 现代医院,2017,17(8):1207-1208.
- [8] 王晏雯,樊丹君,张文军,等. 帕金森病与幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志,2012,19(5):397.
- [9] NAGY P,JOHANSSON S,MOLLY-BLAND M. Systematic review of time trends in the prevalence of helicobacter pylori infection in China and the USA[J]. Gut Pathogens,2016,8(1):8.
- [10] 廖莉莉,杨百京. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效观察[J]. 重庆医学,2017,46(29):4164-4165.
- [11] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [12] 张声生,唐旭东,黄穗平,等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [13] 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,2002:368-371.
- [14] 王海英. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(7):773-775.
- [15] 段飞茹,王志勇. 中药治疗 HP 相关性胃炎临床体会[J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10(9):16.

(收稿日期:2022-05-25)