

健脾活血消积方联合西药治疗慢性萎缩性胃炎 疗效及作用机制探讨

沈怡¹ 吴小敬²

(1 四川省什邡市双盛镇中心卫生院中医科 什邡 618400;
2 四川省什邡市中医医院老年病科 什邡 618400)

摘要:目的:分析健脾活血消积方联合西药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效及作用机制。方法:将 98 例慢性萎缩性胃炎患者随机分为对照组和观察组,每组 49 例。对照组给予西药治疗,观察组在对照组基础上给予健脾活血消积方辅助治疗,比较两组临床疗效和远期复发率,分析治疗前后内镜病理评分及血清白介素-8、白介素-11、肿瘤坏死因子- α 、三叶因子 3、胃泌素-17 水平。结果:两组治疗后内镜病理评分、白介素-8、白介素-11、肿瘤坏死因子- α 及三叶因子-3 水平均显著降低,胃泌素-17 水平提高,且观察组优于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率和远期复发率均优于对照组($P<0.05$)。结论:健脾活血消积方联合西药治疗慢性萎缩性胃炎能够显著减轻胃黏膜病变程度,降低炎症反应水平,调节三叶因子 3 和胃泌素-17 水平,有助于降低远期复发率。

关键词:慢性萎缩性胃炎;健脾活血消积方;中西医结合
中图分类号:R573.32 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.061

慢性萎缩性胃炎(CAG)临床尚无统一治疗方案,多通过抑制胃酸分泌、抗感染及保护胃黏膜等措施控制症状,但总体有效率仅为 55%~75%,且易反复发作^[1]。西医认为胃黏膜发生腺体萎缩病变难以逆转,但近年来有研究显示中医药辅助用于 CAG 患者治疗,在提高症状控制效果同时还可延缓甚至逆转病情进展^[2]。本研究选取 2015 年 7 月~2017 年 1 月收治的 CAG 患者,观察健脾活血消积方联合西药治疗 CAG 的临床疗效及其作用机制。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治 CAG 患者 98 例,均符合《中国慢性胃炎共识意见(2012 年,上海)》西医诊断标准^[3],中医辨证属于肝胃气滞证^[4],年龄 ≤ 75 岁;排除胃癌、既往胃肠道手术史者。将患者随机分为对照组和观察组,每组 49 例。对照组男 29 例,女 20 例;年龄 31~74 岁,平均(56.39 $\pm$ 6.82)岁;病程 3~10 年,平均(5.34 $\pm$ 1.12)年;萎缩程度分级:轻度 16 例,中度 25 例,重度 8 例。观察组男 32 例,女 17 例;年龄 33~72 岁,平均(56.10 $\pm$ 6.78)岁;病程 3~11 年,平均(5.39 $\pm$ 1.14)年;萎缩程度分级:轻度 18 例,中度 26 例,重度 5 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组给予西药治疗。泮托拉唑钠肠溶片(国药准字 H20084498)口服,每次 20 mg,2

次/d;阿莫西林胶囊(国药准字 H31021098)口服,每次 1 g,2 次/d;替普瑞酮胶囊(国药准字 H20093656)口服,每次 50 mg,3 次/d。观察组在对照组基础上给予健脾活血消积方辅助治疗。组方:黄芪 30 g、党参 20 g、木香 20 g、白术 20 g、柴胡 20 g、枳实 20 g、当归 15 g、陈皮 15 g、丹参 15 g、白芍 15 g、法半夏 10 g 及甘草 6 g,水煎,每天 1 剂,早晚分服。两组疗程均为 8 周。

1.3 观察指标 (1)内镜病理评分,包括炎症反应、萎缩、肠化生及异型增生程度,分值越高提示胃黏膜病变程度越重。(2)采用全自动生化分析仪检测白介素-8(IL-8)、白介素-11(IL-11)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。(3)采用免疫比浊法检测三叶因子 3(TTF-3)和胃泌素-17(GAS-17)水平。(4)疗效判定标准^[4],显效:症状体征明显缓解,内镜病理评分减分率 $>75\%$;有效:症状体征有所缓解,内镜病理评分减分率 51%~75%;无效:未达上述标准。总有效=显效+有效。(5)记录疗程结束后 6 个月和 12 个月复发情况。

1.4 统计学方法 数据分析选择 SPSS22.0 软件,统计学方法采用 t 检验和 χ^2 检验,检验水准为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后内镜病理评分比较 观察组治疗后内镜病理评分显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后内镜病理评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	炎症反应程度		萎缩程度		肠化生程度		异型增生程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	2.51 $\pm$ 0.84	1.33 $\pm$ 0.47*	2.63 $\pm$ 0.73	1.45 $\pm$ 0.33*	2.37 $\pm$ 0.60	1.20 $\pm$ 0.39*	2.68 $\pm$ 0.51	1.22 $\pm$ 0.35*
观察组	49	2.44 $\pm$ 0.81	0.78 $\pm$ 0.15**	2.70 $\pm$ 0.75	0.82 $\pm$ 0.19**	2.43 $\pm$ 0.63	0.78 $\pm$ 0.16**	2.74 $\pm$ 0.54	0.75 $\pm$ 0.13**

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后实验室指标水平比较 观察组治疗后 IL-8、IL-11、TNF-α、TFF-3 及 GAS-17 水平水

平均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后实验室指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-8 (ng/L)		IL-11 (ng/L)		TNF-α (ng/L)		TFF-3 (μg/L)		GAS-17 (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	11.78± 1.64	8.98± 1.41*	68.31± 11.23	52.65± 7.70*	65.40± 11.29	52.28± 8.79*	66.59± 9.17	52.80± 7.65*	6.47± 1.09	8.75± 1.60*
观察组	49	11.85± 1.69	7.04± 1.07**	68.15± 11.31	40.79± 5.18**	65.72± 11.40	44.80± 7.35**	65.98± 9.09	40.29± 5.22**	6.29± 1.05	11.87± 2.17**

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组临床疗效及远期复发情况比较 观察组治疗总有效率和远期复发率均优于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效及远期复发情况比较

组别	n	临床疗效				远期复发	
		显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)	随访 6 个月 [例(%)]	随访 12 个月 [例(%)]
对照组	49	18	20	11	77.55	9(18.37)	14(28.57)
观察组	49	37	8	4	91.84*	1(2.04)*	3(6.12)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

有研究显示,炎症介质可评价 CAG 病情严重程度及临床预后。以 IL-8、IL-11 及 TNF-α 为代表多种炎症介质能够抑制胃窦收缩和多种消化酶分泌,影响胃黏膜细胞修复进程,降低胃黏膜血流灌注^[5]。而 TTF-3 和 GAS-17 亦被国外学者证实在 CAG 恶变过程中发挥着关键始动作用,其中血清 TTF3 水平与病变严重程度及恶变发生风险呈明显正相关,能够干扰胃黏膜细胞正常黏附及凋亡,增强细胞间侵袭力,加快新生血管形成速率;而 GAS-17 具有增加胃酸分泌量和加快胃黏膜细胞增殖速率等作用。对于 CAG 患者西医治疗主要目的在于减轻症状体征和提高生活质量,通过降低胃酸分泌量和胃蛋白酶活性、促进胃黏膜吸附等方式进行干预,但均未能从根本上消除病因,临床疗效难以满足临床需要,长期应用依从性和耐受性均较差^[6]。

中医将 CAG 归为“胃痞、胃脘痛”范畴,认为胃阴脾气亏虚为其发病之根本,而痰浊血瘀胃络则为标实所在^[7-9];患者遇外邪内侵、饮食失节、劳倦疲惫及情志失调等,可导致痰湿、气滞及热毒进一步蕴积于胃,气机升降紊乱日久则发病^[10-11]。故对于 CAG 中医治疗应将健脾益气、活血祛湿及通络消积作为基本原则。本研究所用健脾活血消积方组方中,黄芪补中健脾;党参滋阴益气;木香行气消积;白术益气化浊;柴胡疏肝解郁;枳实散痞行气;当归养血活血;陈皮化痰理气;丹参活血化瘀;白芍养血柔肝;法半夏降逆散结;而甘草则调和诸药。共奏标本兼治之功效。已有研究证实,黄芪多糖具有增强消化道黏膜屏障功能,提高幽门螺杆菌抑杀效果及降低增

殖细胞周期蛋白表达水平等作用^[12];茯苓提取物可有效抑制细胞增殖基因表达,降低凋亡蛋白合成分泌量,抑制消化道黏膜炎症反应^[13];而陈皮黄酮则能够增加胃黏膜血流灌注量,加快损伤黏膜修复进程,并有助于调节胃肠激素分泌水平^[14]。

本研究结果显示,观察组临床疗效、远期复发率、治疗后内镜病理评分、IL-8、IL-11、TNF-α、TFF-3 及 GAS-17 水平均显著优于对照组。提示健脾活血消积方联合西药治疗 CAG 能够显著减轻胃部黏膜病变程度,降低炎症反应水平,调节 TTF-3 和 GAS-17 水平,并有助于避免远期复发。

参考文献

[1]陈幽兰,唐志鹏.慢性萎缩性胃炎伴肠化生的诊断和治疗[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(10):796-800.
[2]董安山,潘兆宝,吉华青,等.四联疗法联合胃复春在慢性萎缩性胃炎治疗中的效果观察[J].重庆医学,2017,46(9):1257-1258.
[3]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5-16.
[4]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.
[5]李建勋,吕宾,杜勤,等.荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎多中心随机对照研究[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(12):998-1004.
[6]秧丽双,黄政德,吴若霞,等.黄政德教授治疗慢性胃炎的用药规律聚类分析[J].湖南中医药大学学报,2019,39(3):352-356.
[7]戴璐,姚玉玲,周莹乔.革铃胃痛颗粒联合兰索拉唑四联方案治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者的疗效研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(4):515-517.
[8]张伟,姜锐,王璐.中药半夏泻心汤治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染的疗效及安全性分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(7):1424-1426.
[9]何峰.中西医结合序贯疗法治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染疗效观察[J].蚌埠医学院学报,2018,43(3):307-309.
[10]梁慕华,郭莉阁.益气活血养阴法对慢性萎缩性胃炎治疗效果及血液流变学的影响[J].中华中医药学刊,2016,34(7):1704-1707.
[11]党民卿,王道坤.王道坤教授治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的经验[J].西部中医药,2015,28(2):37-39.
[12]权晓燕,李艳玲,赵晓红.养胃舒胶囊联合奥美拉唑治疗慢性胃炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2018,33(6):1406-1409.
[13]吴科锐,韩凌.羧甲基茯苓多糖药理作用研究进展[J].中药材,2017,40(3):744-747.
[14]李柯柯,任顺成.陈皮中黄酮类化合物的研究进展[J].食品研究与开发,2017,38(17):221-224.

(收稿日期: 2020-11-24)