

疏肝宁胃汤对慢性浅表性胃炎患者中医证候积分、致炎因子及血清 COX-2、Gas 水平的影响

高攀

(河南省新郑市中医院 新郑 451150)

摘要:目的:探讨疏肝宁胃汤联合奥美拉唑对慢性浅表性胃炎(CSG)患者中医证候积分、致炎因子水平,血清环氧化酶-2(COX-2)及胃泌素(Gas)水平的影响。方法:纳入 2018 年 9 月至 2020 年 8 月收治的 CSG 患者 88 例,依据随机数字表法分为研究组和对照组,各 44 例。对照组服用奥美拉唑治疗,研究组在对照组基础上联合疏肝宁胃汤治疗,两组均治疗 1 个月。对比两组临床疗效,治疗前后中医证候积分,血清 COX-2、Gas 水平,致炎因子[白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)]水平及不良反应发生情况。结果:研究组治疗总有效率为 95.45%(42/44),高于对照组的 75.00%(33/44),差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗后胃脘胀痛积分(1.02 ± 0.21)分、嗝气频繁积分(1.05 ± 0.26)分、嘈杂泛酸积分(0.98 ± 0.10)分、胆汁反流积分(0.89 ± 0.08)分,分别低于对照组的(2.53 ± 0.36)分、(2.49 ± 0.30)分、(1.98 ± 0.13)分、(1.65 ± 0.11)分,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗后 COX-2 水平(5.43 ± 0.76) IU/L、Gas 水平(18.24 ± 3.16) ng/L 分别低于对照组的(9.87 ± 1.05) IU/L、(27.20 ± 2.87) ng/L,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗后 IL-6 水平(17.31 ± 4.62) ng/L、TNF-α 水平(19.51 ± 4.19) ng/L 分别低于对照组的(20.52 ± 4.81) ng/L、(25.57 ± 5.52) ng/L,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组不良反应发生率为 4.55%(2/44),低于对照组的 18.18%(8/44),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用疏肝宁胃汤联合奥美拉唑治疗 CSG 患者,有助于改善患者各临床症状,抑制炎症反应,降低 COX-2、Gas 水平,不良反应少,疗效确切。

关键词:慢性浅表性胃炎;疏肝宁胃汤;奥美拉唑;血清环氧化酶-2;胃泌素;中医证候积分
中图分类号:R573.3 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2022.05.026

慢性浅表性胃炎 (Chronic Superficial Gastritis, CSG)致病因素复杂,可能与患者饮食习惯、生活作息等因素密切相关,胆汁反流、胃黏膜浅表性炎症等是 CSG 常见的临床表现。目前,西医治疗 CSG 多采用抑制胃酸、保护胃黏膜等方式,但因 CSG 治疗时间长、症状反复,易对患者服药依从性造成影响^[1-2]。中医学认为 CSG 的发生及发展与患者情志变化密切相关,加之患者饮食不节,过食肥甘厚味、辛辣食物,导致脾胃虚弱、运化失常,或因气滞血瘀,或郁而化火,在临床上表现出虚实夹杂、寒热错杂等病理改变,故治疗以健脾和胃、疏肝理气为原则^[3-4]。本研究探讨疏肝宁胃汤联合奥美拉唑对 CSG 患者中医证候积分、致炎因子水平及血清环氧化酶-2 (COX-2)、胃泌素 (Gas) 水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入新郑市中医院 2018 年 9 月至 2020 年 8 月收治的 CSG 患者 88 例为研究对象,依

据随机数字表法分为研究组和对照组,各 44 例。研究组男 24 例,女 20 例;年龄 27~69 岁,平均 (49.90 ± 3.98) 岁;病史 12~29 个月,平均 (19.59 ± 0.67) 个月;体质量指数 $20.41\sim 28.03$ kg/m²,平均 (24.10 ± 1.45) kg/m²。对照组男 21 例,女 23 例;年龄 26~70 岁,平均 (50.02 ± 3.02) 岁;病史 12~30 个月,平均 (15.61 ± 0.69) 个月;体质量指数 $20.39\sim 27.97$ kg/m²,平均 (24.26 ± 1.48) kg/m²。两组一般资料对比无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。本研究获医院医学伦理委员会批准(批号:2017-A20)。

1.2 诊断标准

西医符合《实用内科学》^[5]中 CSG 诊断标准:胃镜检查可见胃黏膜明显水肿并存在少量出血,胃内黏液分泌过多,腺体完整等。中医学符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]中肝胃不和型诊断标准,表现如下:胃脘胀痛,嗝气频繁,嘈杂泛酸,胆汁反流;舌质淡,苔白,脉弦涩。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:符合中、西医诊

断标准;对研究内容知情,自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:存在其他胃部疾病;妊娠及哺乳期女性;重要脏器功能异常;病历资料缺乏;服用其他药物治疗;精神异常,无法配合完成本次研究者。

1.4 治疗方法 对照组行西医治疗:口服奥美拉唑肠溶片(国药准字 H20044871),20 mg/次,于早晚空腹服用。于上述基础上,研究组联合疏肝宁胃汤治疗。疏肝宁胃汤组方:当归 15 g、三七粉 3 g、茯苓 15 g、延胡索 10 g、半夏 15 g、白芍 20 g、枳壳 15 g、蒲公英 20 g、党参 15 g、生黄芪 20 g、甘草 6 g。用水煎煮取汁 200 ml 口服,2 次/d,1 剂/d。两组均连续用药 1 个月。

1.5 观察指标 (1)对比两组临床疗效:胃镜检查见胃黏膜基本恢复正常,各临床症状及体征基本消失为显效;胃镜检查见胃黏膜水肿、充血症状较治疗前好转,各临床症状及体征缓解为有效;未达上述标准为无效。(2)对比两组治疗前后中医证候积分:于治疗前及治疗 1 个月后对患者胃脘胀痛、嗳气频繁、嘈杂泛酸、胆汁反流等症状进行评估,采用 0、2、4、6 分评分法,症状与评分高低呈正相关。(3)对比两组治疗前后 COX-2、Gas 水平及致炎因子表达水平:治疗前及治疗 1 个月后抽取患者 5 ml 清晨空腹肘静脉血,以 3 500 r/min 速度离心 10 min,获得上层血

清,采用 ELISA 法测定血清中 COX-2 及 Gas 水平;另采用酶联免疫吸附法检测血清中白介素 -6(IL-6)及肿瘤坏死因子 - α (TNF- α)水平。(4)对比两组不良反应发生情况,包括胃痛、恶心、嗜睡等。

1.6 统计学分析 应用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 研究组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
研究组	44	25(56.82)	17(38.64)	2(4.55)	42(95.45)
对照组	44	18(40.91)	15(34.09)	11(25.00)	33(75.00)
χ^2					7.311
<i>P</i>					0.007

2.2 两组中医证候积分对比 治疗前两组胃脘胀痛、嗳气频繁、嘈杂泛酸、胆汁反流中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组治疗后胃脘胀痛、嗳气频繁、嘈杂泛酸、胆汁反流中医证候积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)									
组别	<i>n</i>	胃脘胀痛		嗳气频繁		嘈杂泛酸		胆汁反流	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	4.62 $\pm$ 0.43	1.02 $\pm$ 0.21	4.57 $\pm$ 0.44	1.05 $\pm$ 0.26	4.31 $\pm$ 0.39	0.98 $\pm$ 0.10	4.18 $\pm$ 0.41	0.89 $\pm$ 0.08
对照组	44	4.60 $\pm$ 0.45	2.53 $\pm$ 0.36	4.54 $\pm$ 0.45	2.49 $\pm$ 0.30	4.32 $\pm$ 0.40	1.98 $\pm$ 0.13	4.19 $\pm$ 0.39	1.65 $\pm$ 0.11
<i>t</i>		0.213	24.033	0.316	24.061	0.119	40.444	0.117	37.064
<i>P</i>		0.832	0.000	0.753	0.000	0.906	0.000	0.907	0.000

2.3 两组血清 COX-2、Gas 水平对比 治疗前两组 COX-2、Gas 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组治疗后 COX-2、Gas 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 COX-2、Gas 水平对比($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	COX-2(IU/L)		Gas(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	21.36 $\pm$ 2.60	5.43 $\pm$ 0.76	63.26 $\pm$ 6.33	18.24 $\pm$ 3.16
对照组	44	20.94 $\pm$ 2.88	9.87 $\pm$ 1.05	63.18 $\pm$ 6.40	27.20 $\pm$ 2.87
<i>t</i>		0.718	22.722	0.059	13.923
<i>P</i>		0.475	0.000	0.953	0.000

2.4 两组血清致炎因子水平对比 治疗前两组致炎因子水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组治疗后 IL-6、TNF- α 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后血清致炎因子水平对比(ng/L, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	44	28.86 $\pm$ 6.08	17.31 $\pm$ 4.62	31.44 $\pm$ 6.35	19.51 $\pm$ 4.19
对照组	44	29.02 $\pm$ 5.97	20.52 $\pm$ 4.81	31.50 $\pm$ 6.42	25.57 $\pm$ 5.52
<i>t</i>		0.125	3.193	0.044	5.800
<i>P</i>		0.901	0.002	0.965	0.000

2.5 两组不良反应发生情况对比 研究组出现胃痛及恶心各 1 例,不良反应发生率为 4.55%(2/44);对照组出现胃痛 2 例,恶心及嗜睡各 3 例,不良反应发生率为 18.18%(8/44)。研究组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.062, P=0.044$)。

3 讨论

慢性浅表性胃炎为临床常见病,近年因人们生活结构与饮食习惯改变,该病的发生率呈逐年上升趋势。该病是由多种原因诱发的胃黏膜慢性炎症性疾病,多以上腹不适、胃痛为主要症状,若未进行针对性治疗,则可能会进展为胃癌,危及患者生命安全,降低患者的生存质量。因此,采取及时有效的治疗措施,对于保障患者的身心健康意义重大。针对该疾病,临床西医多采用药物治疗,其中以奥美拉唑最为常用。

奥美拉唑为弱碱性脂溶性药物,进入患者机体后,该药能够直接作用于胃黏膜壁细胞,对胃壁细胞质子泵行非竞争性选择性抑制,继而显著降低胃壁细胞中 H^+-K^+-ATP 酶的活性,达到抑制胃酸分泌的目的,从而保护胃黏膜,避免细菌感染^[7]。然而患者长时间运用奥美拉唑时,易产生较多的不良反应,用药安全性受到影响。加之慢性浅表性胃炎病情易反复,西药的单用效果较弱,难以及时地控制患者病情^[8]。因此,临床常考虑联合治疗,以增强治疗效果。中医学中无 CSG 病名,依据其症状表现及体征将其归属于“痞满、胃痛”等范畴,认为 CSG 虽病变在胃,但与肝、脾等脏器间存在密切联系。胃脘痛的发生及发展与饮食内伤、情志不畅、外邪侵袭相关,上述因素导致胃失和降,肝郁气滞,疏泄失衡,侵犯脾胃,致使脾胃功能失调,不通则痛,治疗应以疏肝健脾、理气和胃为原则^[9]。本研究结果显示,研究组治疗总有效率为 95.45%,高于对照组的 75.00%;研究组治疗后胃脘胀痛积分、嗝气频繁积分、嘈杂泛酸积分、胆汁反流积分与 COX-2、Gas、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组,观察组不良反应发生率 4.55% 低于对照组的 18.18%,表明采用疏肝宁胃汤与奥美拉唑联合治疗有助于缓解 CSG 患者病情,抑制炎症反应,降低胃黏膜损伤,减少不良反应,疗效确切。究其原因,疏肝

宁胃汤中三七粉化瘀止血、活血定痛;延胡索行气止痛;当归补血活血;半夏燥湿化痰、降逆止呕;枳壳化痰除痞、行气消积;党参补中益气;茯苓渗湿利水、健脾和胃;白芍平肝止痛、养血补血;蒲公英清热解毒、清肝明目、消肿散结;生黄芪补气升阳、益卫固表;甘草调和诸药。诸药配伍,共奏健脾和胃、疏肝理气功效,从而可有效缓解患者症状。现代药理学研究表明^[10],蒲公英中的有效成分可为胃黏膜提供营养元素,起到保护胃黏膜的功效;生黄芪可扩张血管,促进血液流动;党参可提高 CSG 患者免疫功能,与黄芪联合可有效降低病原体入侵,达到保护胃黏膜的目的;半夏则可降低胃内酸性,缓解胃黏膜损伤。因此,采用疏肝宁胃汤联合奥美拉唑治疗能够有效调节患者胃肠道功能,并可拮抗阳性反应,抑制致炎因子过高表达,两者联合可由表及里,标本兼治,最大程度减轻患者临床症状,促进其快速恢复。

综上所述,采用疏肝宁胃汤联合奥美拉唑治疗 CSG 患者,有助于改善患者各临床症状,抑制炎症反应,保护胃黏膜,不良反应少,疗效确切。

参考文献

[1]刘梁英,万晓强,石钢,等.阿拉坦五味丸联合泮托拉唑治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(1):83-86.
[2]布立影.复方乌贝方与西药三联疗法治疗慢性浅表性胃炎疗效对比分析[J].四川中医,2018,36(7):111-113.
[3]宋翠萍.参芪和胃散治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].中医学报,2017,32(11):2212-2215.
[4]黄春,张涛.胃宁散联合奥美拉唑治疗慢性浅表性胃炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(9):1672-1674.
[5]林果为,王吉耀,葛均波.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2017.1508-1510.
[6]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.
[7]申杨,闫波,唐国华,等.奥美拉唑联合替普瑞酮治疗慢性浅表性胃炎的疗效及其对患者 CD3⁺、CD4⁺ 及 CD8⁺ 的影响[J].海南医学,2017,28(21):3449-3451.
[8]兀江波,杨银良.慢性浅表性胃炎采取奥美拉唑与替普瑞酮给药治疗临床效果观察[J].黑龙江医药,2019,32(2):334-335.
[9]张美颖,刘鹏,杜梅.柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制[J].世界中医药,2019,14(11):2978-2982,2987.
[10]魏晏,魏明.疏肝宁胃汤联合奥美拉唑治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].中医学报,2017,32(11):2204-2207.

(收稿日期: 2021-11-08)