

英芪和胃丸治疗幽门螺杆菌感染所致慢性胃炎和消化性溃疡临床研究

孙建新¹ 刘永俊²

(1 威海市中医院内科 山东 威海 264200

2 山东药品食品职业学院中药系 山东 威海 264200)

【摘要】目的:探讨英芪和胃丸治疗幽门螺杆菌所致慢性胃炎和消化性溃疡的临床疗效。**方法:**180例患者随机分为对照组和治疗组,对照组服用甲硝唑、阿莫西林和果胶铋,15天为一疗程;实验组服用英芪和胃丸,30天为一疗程。两组分别于治疗后进行疗效性和安全性观察和评定。**结果:**英芪和胃丸治疗幽门螺杆菌中医症候总有效率为95.29%,明显优于对照组($P < 0.01$);治疗组中医单项症状除胃脘痛外疗效明显优于对照组($P < 0.05$);内镜疗效治疗组(84.44%)明显优于对照组(74.44%) ($P < 0.05$);治疗组病理疗效除萎缩无差异外($P > 0.05$)其他均有显著性差异($P < 0.01$);治疗组幽门螺杆菌清除率(84.44%)与对照组(74.44%)比较有显著性差异($P < 0.05$)。**结论:**英芪和胃丸对幽门螺杆菌感染所致慢性胃炎和消化性溃疡中医症候的治疗疗效好。

【关键词】英芪和胃丸;幽门螺杆菌;慢性胃炎和消化性溃疡病

【中图分类号】R573.1

【文献标识码】B

【文章编号】1002-8714(2022)05-0270-02

幽门螺杆菌(Hp)是一种较高感染性、较强传播性的革兰氏阴性菌,与多种消化系统疾病有关,如胃癌、胃溃疡、胆汁反流、慢性萎缩性胃炎、慢性浅表性胃炎、反流性食管炎等均与Hp感染有一定关系^[1]。目前Hp根除治疗方案以四联疗法为主^[2],但易对抗生素产生耐药性,易产生胃肠刺激以及胃肠动力下降等不良反应,导致病人服用药物的依从性降低,疗效难以维持^[3]。慢性胃炎、消化性溃疡属于胃脘痛、痞证领域^[4],致病原因与伤及胃肠、疾病蕴结、积累脾脏、气滞血瘀、胃膜失养相关,伴随病情进展,胃肠黏膜腐化,引发恶性病变,确立了该病的治疗以清解邪毒、调理气血、修复伤肠、裁防恶变为治疗原则^[5]。本研究从中医对感染幽门螺杆菌及相关胃病的理论认识入手,以自制英芪和胃丸对180例幽门螺杆菌感染者进行研究,取得很好的效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

按随机对照的原则筛选出幽门螺杆菌感染者分为对照组和实验组各90例,患者包括性别、病程及年龄等基本资料对比, $p > 0.05$,且患者均满足中医诊断标准。

1.2 Hp感染诊断及纳入标准^[6]:胃黏膜组织快速尿素酶试验、组织切片和Hp培养三者任一显示为阳性;呼气实验C13或者C14显示为阳性;粪便抗原检测阳性;血清抗原阳性代表患者发生感染,患者可界定为感染疾病。符合幽门螺杆菌诊断标准,年龄在18~65岁之间,签署知情同意书。

1.3 排除标准:将胃肠恶性肿瘤、胃溃疡发生出血、心肺疾病重症患者。肝肾脏器质性病变患者排除。

1.4 治疗方法:实验组服用自制英芪和胃丸,由蒲公英、白花蛇舌草、黄芪、白术等制成,饭前半小时温开水送服,每次6g,每日三次,连服30天;对照组服用果胶铋(100mg,4次/天)、甲硝唑(0.4g,2次/天)、阿莫西林(1.0g,3次/天),饭前半小时温开水送服,连服15天。患者在治疗30d后对各项指标进行对比,6个月进行病理疗效对比分析。

1.5 观测指标及方法

1.5.1 安全性观察项目包括血、尿、大便常规、ALT、AST、Scr、BUN,详细记录用药期间不良反应。

1.5.2 疗效观察项目包括:(1)临床症状:患者胃脘痛、纳差、痞满、嗝气、嘈杂等临床症状变化。(2)治疗前、后胃粘膜的变化。(3)病理诊断:萎缩、肠化生、异型增生等情况。(4)幽门螺杆菌根除^[2]。

1.5.3 疗效评定标准^[7]

1.5.3.1 中医症状总疗效评定:显效:患者溃疡面缩减75%以上,症状基本消失。有效:患者症状明显减轻,溃疡面减少25%~75%。无效:患者治疗后,症状未改善,甚至病情加重。

1.5.3.2 中医证候疗效评定:按无、轻、中、重,分别记0,2,4,6分;治疗前后的积分变化比值来评定疗效,显效: $> 60-95%$,有效: $30-60%$,无效 $< 30%$ 。

1.5.3.3 内镜疗效评定^[8]:显效:粘膜阳性征象消失或减轻Ⅱ级(含)以上;有效:粘膜阳性征象减轻Ⅰ级;无效:粘膜征象无减轻或者加重。

1.5.3.4 病理疗效评定^[7]:腺体萎缩,肠道异常增生改善程度在Ⅱ级以上,判定为显效;肠化生及异常增生改善度为Ⅰ级,判定为有效;萎缩、肠化生无改善,且病情加重,判定为无效。

1.5.3.5 幽门螺杆菌根除评定^[6]:通过胃黏膜组织切片检查,或者碳14尿素呼气检查,患者为阴性,以此患者为感染转为阴性。

2 结果

2.1 中医症状疗效比较

2.1.1 中医症状总疗效比较,见表1

表1 两组中医症状总疗效比较

| 组别 | N | 显效(例) | 有效(例) | 无效(例) | 总有效率(%) | P |
|-----|----|-------|-------|-------|---------|----------|
| 实验组 | 90 | 70 | 16 | 4 | 95.56 | < 0.01 |
| 对照组 | 90 | 45 | 29 | 16 | 82.22 | |

两组中医症状总疗效比较,有显著性差异($P < 0.01$)。

2.1.2 中医单项症状疗效比较,见表2

表2 两组治疗前后中医单项症状疗效比较

| 症状 | 实验组 | | | | 对照组 | | | | P |
|---------|-----|----|----|-------|-----|----|----|-------|-------------------|
| | N | 显效 | 有效 | 总有效率% | N | 显效 | 有效 | 总有效率% | |
| 胃脘痛 | 85 | 70 | 11 | 95.29 | 82 | 62 | 15 | 93.90 | $> 0.05^*$ |
| 胃脘或脘腹胀满 | 75 | 56 | 15 | 94.67 | 73 | 28 | 21 | 67.12 | $< 0.01^{\Delta}$ |
| 饮食减少 | 64 | 49 | 11 | 93.75 | 65 | 30 | 23 | 81.54 | $< 0.01^{\Delta}$ |
| 嗝气反酸 | 58 | 40 | 15 | 94.83 | 57 | 24 | 25 | 85.96 | $< 0.01^{\Delta}$ |
| 胃中嘈杂 | 51 | 34 | 13 | 92.16 | 49 | 22 | 18 | 81.63 | $< 0.01^{\Delta}$ |

中医单项症状疗效治疗组除胃脘痛外显著优于对照组,胃脘痛随无显著性差异,但也优于对照组。

2.1.3 中医证候积分变化比较,见表3

表3 两组治疗前后中医证候积分变化比较($X \pm S$)

通讯作者:刘永俊

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|---------------|----------------------------|
| 实验组 | 90 | 37.66 ± 8.25* | 11.79 ± 4.51* [△] |
| 对照组 | 90 | 37.21 ± 8.32* | 19.61 ± 4.92* [△] |

两组治疗前后中医症候积分比较均具有显著性差异,治疗后实验组积分变更显著优于对照组。

2.1.4 单项症状积分变化比较,见表4

表4 两组患者治疗前后单项症状积分变化比较(X ± S)

| 临床症状 | 实验组 | | | 对照组 | | |
|---------|-----|---------------|----------------------------|-----|---------------|----------------------------|
| | 例数 | 治疗前 | 治疗后 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
| 胃脘痛 | 85 | 35.61 ± 6.02* | 9.95 ± 1.22* [△] | 82 | 36.28 ± 8.14* | 12.24 ± 3.51* [△] |
| 胃脘或脘腹胀满 | 75 | 33.52 ± 9.04* | 10.29 ± 3.34* [△] | 73 | 35.27 ± 7.23* | 18.31 ± 4.14* [△] |
| 饮食减少 | 64 | 32.45 ± 5.90* | 9.08 ± 2.29* [△] | 65 | 32.38 ± 8.09* | 14.58 ± 4.07* [△] |
| 暖气反酸 | 58 | 32.71 ± 4.26* | 10.05 ± 4.38* [△] | 57 | 31.58 ± 3.77* | 14.72 ± 4.01* [△] |
| 胃中嘈杂 | 51 | 33.26 ± 3.85* | 11.63 ± 3.92* [△] | 49 | 32.11 ± 4.57* | 15.82 ± 3.98* [△] |

两组治疗前后单项症候积分比较,均各有显著性差异。治疗后实验组积分变更显著优于对照组。

2.2 内镜疗效比较,见表5

表5 两组内镜疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率% | P |
|-----|----|----|----|----|-------|----------|
| 实验组 | 90 | 53 | 23 | 14 | 84.44 | P < 0.05 |
| 对照组 | 90 | 43 | 24 | 23 | 74.44 | |

两组内镜疗效比较有显著性差异(P < 0.05)。

2.3 两组病理疗效比较,见表6

表6 两组病理疗效比较

| | 实验组 | | | | | 对照组 | | | | |
|------|-----|----|----|----|--------------------|-----|----|----|----|--------------------|
| | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率% | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率% |
| 萎缩 | 22 | 9 | 6 | 7 | 68.18 [△] | 21 | 6 | 8 | 7 | 66.67 [△] |
| 肠化生 | 12 | 5 | 5 | 2 | 83.33* | 11 | 2 | 3 | 6 | 45.45* |
| 异型增生 | 18 | 8 | 5 | 5 | 72.22* | 17 | 2 | 4 | 11 | 35.29* |

两组病理疗效比较除萎缩外治疗组显著优于对照组,萎缩虽无显著性差异但优于对照组。

2.4 两组幽门螺杆菌清除比较,见表7

表7 两组治疗前后幽门螺杆菌清除比较

| 组别 | 例数 | 治疗前 (HP+) | 治疗后 (HP+) | HP 转阴率% |
|-----|----|-----------|-----------|---------|
| 实验组 | 90 | 90 | 14 | 84.44 |
| 对照组 | 90 | 90 | 23 | 74.44 |

两组治疗前后幽门螺杆菌清除比较有显著性差异(P < 0.05)。

2.5 安全性观测及不良反应

治疗前对患者进行了血常规、尿常规、大便常规和肾功能检查,治疗后进行了复查,治疗组患者均未出现异常。

3 讨论

Hp 是常见的感染源,在中医领域属于外邪,会寄生在患者胃黏膜组织下部及胃上皮组织上^[10]。由外入侵,胃部功能受到影响,导致胃部无法正常运化,胃黏膜不断损伤,破坏胃部保护屏障,患者发生溃疡与炎性病变,或肠化生或恶变,也就是胃黏膜的被侵袭因素与防御性因素的不平衡。《素问·评热病论》中,邪气侵扰,机体虚弱,人体在 hp 感染后,胃黏膜的防御能力不断降低,导致邪毒侵入患者机体,在胃部瘀阻。胃镜下观察到患者黏膜充血与水肿,导致患者黏膜长白,血管通透。伴随 hp 不断侵入,患者黏膜苔藓量增多,发生恶性病变的概率高。此类病变均属于湿热蕴结范畴,导致患者气血亏虚,气滞血瘀,伤及患者阴津,患者胃部黏膜丧失养分,呈现出病理性改变。对此,基于本研究提出 hp 感染是邪气侵体的表现,导致患者胃膜损伤,逐渐伤及患者脾脏,导致人体的运化功能变差,也是患者发生恶性病变的机制。

本研究基于对 HP 感染的认识和中医理论的挖掘,结合内窥镜的观察和微观病理的变化,确立了清解邪毒,调理气血,修复损伤,裁防恶变的治疗原则。

以上述治疗原则为指导,确立了蒲公英、白花蛇舌草、黄芪、白术、陈皮、厚朴、丹参、白芍、白芷、白及、海螵蛸为主组方,方中蒲公英、白花蛇舌草清热解毒,以清胃中郁热,解胃中邪毒;黄芪是补气的药物,有利于改善患者脾脏的运化功能,随之改善胃部功能。白

术作为健脾祛湿药物,有利于健脾除湿,补充胃气,避免气体在胃部滞留,行气但不耗气。白芍具有止痛功能,白芷与白芍联合使用有利于改善肝胆病变,达到升调气机的功能。丹参有利于活血化瘀、镇痛,白及则止血生肌,药物联合使用,养护患者胃黏膜,减轻患者胃溃疡,与朴、芪相伍,则气血调理,胃府生机。取海螵蛸一味,意在制酸止痛;甘草调和诸药。本方组方主药无不围绕着 Hp 的发病与演变而精选,从而使中医辨证与辨病有了现代科学的基础。

该方为根除幽门螺杆菌和治疗幽门螺杆菌相关性胃病,创新的中医理论的认识观和实践观,确立了新的治疗原则,为根除幽门螺杆菌和治疗幽门螺杆菌相关性胃病开辟了新的途径。

参考文献

- [1] 郭苗苗,林忠华,郭进华,等. 益气清胃汤治疗幽门螺旋杆菌感染 40 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2020,18(20):87-89.
- [2] 周汀,刘斌,李善高. 幽门螺杆菌感染治疗的研究进展[J]. 国际消化病杂志,2021,41(02):96-99.
- [3] 邓鑫,张学智,叶晖. 国内补救治疗 Hp 感染的中西医临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(02):389-392.
- [4] 薛晓轩. 幽门螺杆菌相关性胃痛的中医证候学研究[D]. 北京中医药大学,2012.
- [5] 孙钟海. 解乐业教授学术思想与临床经验总结及芪芪和胃丸治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎的临床研究[D]. 山东中医药大学,2016.
- [6] 张万岱,徐智民. 幽门螺杆菌感染诊断方法的评价与诊断标准. 中华全科医师杂志,2004,06:351-353.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京:中国医药科技出版社,2002:127-129.
- [8] 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见. 中华消化内镜杂志. 2004,21(2):77-78.
- [9] 史省伟,李合国. 李合国治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(10):71-72.
- [10] 郭涛,钱家鸣. 幽门螺杆菌感染相关的炎症反应和胃酸分类. 胃肠病学和肝病学杂志,2004,13(2):200-202.