

疏肝愈胃汤治疗肝胃不和兼湿热证慢性糜烂性胃炎的临床疗效观察

陈林玲¹, 孔文霞^{2*}

(1. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 2. 绵阳市中医医院, 四川 绵阳 621000)

摘要: **目的** 评价疏肝愈胃汤治疗肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎的临床疗效。**方法** 将160例肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎患者随机分为试验组和对照组, 每组80例。试验组给予生活饮食指导合疏肝愈胃汤, 对照组给予生活饮食指导、兰索拉唑肠溶片和瑞巴派特片。两组疗程均为8周, 观察临床疗效、临床症状积分以及胃镜下食管黏膜分级变化情况。**结果** 入组患者160例均完成了8周疗程, 其中疗程结束后实际完成胃镜复查148例。试验组临床及胃镜总有效率97.30%、81.08%, 对照组分别为79.92%、67.57%, 试验组临床疗效及胃镜疗效均优于对照组($P<0.05$)。两组治疗后, 临床症状积分值均显著降低($P<0.05$); 组间治疗后临床症状积分差值比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 疏肝愈胃汤治疗肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎患者有较高疗效, 临床症状改善明显, 有助于黏膜修复。

关键词: 慢性糜烂性胃炎; 肝胃不和兼湿热型; 疏肝愈胃汤; 临床疗效

中图分类号: R573.3

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.019.011

本文引用格式: 陈林玲, 孔文霞. 疏肝愈胃汤治疗肝胃不和兼湿热证慢性糜烂性胃炎的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(019): 57-61.

Rebelling Liver and Stomach Dysplasia for the Clinical Effects Observation of Liver and Stomach Disheartened Chronic Erosion Gastritis

CHEN Lin-ling¹, KONG Wen-xia^{2*}

(1. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan 610075; 2. Mianyang Traditional Chinese Medicine Hospital, Mianyang Sichuan 621000)

ABSTRACT: Objective To evaluate the clinical effect of sparse liver and stomach soup to treat liver and stomach discomfort and humid and hot chronic erosion gastritis. **Methods** Patients with liver and stomach discomfort were randomly divided into test groups and control groups, each group of 80 cases. The trial team gave life and diet guidance to sparse liver and more stomach soup, and the control group gave life diet guidance, Lanzazole entero-soluble tablets, and Riba Pai special tablets. Both groups were 8 weeks of treatment, observing clinical efficacy, clinical symptoms, and changes in the grading of esophageal mucosa in the gastroscopy. **Results** 160 patients in the group were completed for 8 weeks. Among them, 148 cases were actually completed in the gastroscopy after the treatment. The total effective rate of clinical and gastroscopy in the test group was 97.30% and 81.08%, and the control group was 79.92% and 67.57%, respectively. **Conclusion** Patients with liver and stomach soup have high effects on patients with liver and stomach discord and chronic erosion gastritis, and the clinical symptoms are significantly improved, which helps to repair mucosa.

KEY WORDS: chronic erosion gastritis; liver and stomach discomfort; dredging liver and more stomach soup; clinical efficacy

0 引言

慢性糜烂性胃炎是临床上常见的消化

系统疾病, 其在《中国慢性胃炎共识意见》(2012, 上海)中被分为平坦型和隆起型^[1]。前者表现为胃黏膜有单个或多个糜烂灶, 其大小

基金项目: 四川中医药文化传承与研究中心重点项目(2020Z003)。

作者简介: 陈林玲(1997-), 女, 硕士, 研究方向: 中医内科学脾胃病。

通信作者*: 孔文霞, 女, 主任医师, 研究方向: 中西医结合防治脾胃病。



从针尖样到最大直径数厘米不等；后者可见单个或多个疣状、膨大皱襞或丘疹样隆起，最大直径为5~10mm，顶端可见黏膜缺损或脐样凹陷，中央有糜烂。糜烂性胃炎发病较缓，病情缠绵，病程较长，早期常表现为非特异性的消化不良，因此容易被患者忽视，中后期常表现为上腹部隐痛或胀满、嗝气、嘈杂、反酸、口干苦等症状。现代医学多采用抑酸、保护胃粘膜、根除幽门螺旋杆菌等药物治疗，但长期服用易产生耐药性^[2]。近年来，我们采用疏肝愈胃汤治疗肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎取得了较好的临床疗效，现将有关结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

诊断标准：主要参照2017年中华医学会消化病学分会在上海制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[1]及2017年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[3]，胃镜诊断标准主要参照2003年《慢性胃炎的内镜分型标准及治疗的试行意见》^[4]。

排除标准：（1）排除幽门螺旋杆菌感染、慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃食管反流、消化道出血、消化道肿瘤等疾病；（2）排除其他疾病所致烧心、反酸、胸痛者，如硬皮病、胃泌素瘤、十二指肠溃疡伴幽门梗阻；（3）排除有心、肝、肾等基础疾病患者；（4）排除心电图、血常规、肝功、肾功异常者；（5）排除妊娠及哺乳期妇女；（6）排除过敏体质及对治疗药物过敏者；（7）排除不能遵循试验要求者。

剔除标准：（1）纳入后发现为不符合纳入标准或符合排除标准者；（2）受试者配合度低，疗程期间自行停药或换药、加减药量，或使用影响治疗组药品疗效的其他中西药品；（3）随访不配合，使临床资料价值度低者。

1.2 一般资料

本研究病例资料来源于2020年12月至2022年12月在四川省绵阳市中医医院脾胃科门诊病人和住院病人、三台县中医院脾胃科门诊病人和住院病人，共160例。入选病例符慢性糜烂性胃炎及中医辨证为肝胃不和兼湿热证的诊断标准，将病例随机分为两组，中药治疗组80例，西药对照组80例。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

生活饮食指导联合口服兰索拉唑肠溶片、瑞巴派特片。生活饮食指导：患者清淡饮食，忌烟酒及辛辣刺激之品，忌不规律、不卫生饮食习惯，少食高淀粉类、高糖类、高脂肪类食物；避风寒，畅情志，合理运动。兰索拉唑肠溶片（扬子江药业集团四川海蓉药业有限公司生产），每次15mg，每日1次，晨起空腹服用；瑞巴派特片（浙江大冢制药有限公司生产），每次0.1g，每日3次，饭前半小时口服。疗程共8周。

1.3.2 试验组

生活饮食指导联合疏肝愈胃汤。生活饮食指导同对照组。

疏肝愈胃汤：柴胡5g，枳壳20g，炒白芍20g，甘草5g 建曲20g，陈皮10g，香附15g，白及10g，茯苓15g，炒白术15g，黄芩18g，半枝莲20g，瓦楞子20g，莱菔子25g，黄芪20g，苍术10g。

中药来源：来自绵阳市中医医院中药房、三台县中医院中药房。煎服法：均由中药煎药房统一煎制，中药制备均采用国产品牌-东华煎药机煎制，绵阳市中医院煎药机型号为YFY-26，三台县中医院煎药机型号为YFY13/3+1（250B），规格均为150mL/袋，2剂煎9袋，1日3次，1次1袋，饭后1小时服用。疗程共8周。

1.4 观察项目与方法

1.4.1 临床疗效

疗程结束后，参照中华医学会消化病学分

表1 两组临床疗效比较 (n,%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
试验组	74	57	11	4	2	97.30
对照组	74	50	8	2	14	79.92

表2 两组临床症状积分变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	74	21.12 ± 5.34	9.13 ± 5.21	13.958	0.000
对照组	74	20.44 ± 4.83	13.27 ± 3.25	10.521	0.000
t 值		0.860	5.811		
P 值		0.392	0.000		

会制定的《中国慢性胃炎共识意见(2017)》中的相关标准判定临床疗效。采用尼莫地平法计算, 疗效指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%。①临床痊愈: 主要症状消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%; ②显效: 主要症状明显改善, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; ③有效: 主要症状明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; ④无效: 主要症状无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

1.4.2 临床症状积分

根据2002年《中药新药临床研究指导原则》, 按症状轻重将主症分为4级(0、I、II、III), 积分分别为0分、3分、5分、7分。次症分为4级(0、I、II、III), 积分分别为0分、2分、4分、6分。其量化分级表参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会“胃肠疾病中医症状评分表”。

1.4.3 胃镜下黏膜炎症改善情况

①治愈: 胃镜显示黏膜下血管透见, 胃黏膜颜色红润、光滑, 糜烂消失。②显效: 胃镜显示胃黏膜轻度充血水肿, 糜烂数目减少2/3, 或黏膜破损程度较前减轻。③有效: 胃镜显示黏膜仍充血水肿, 糜烂数目减少1/3。④无效: 胃镜无明显改善。

1.5 统计方法

采用Excel表格建立数据库, 录入数据, 进行校对及更正, 保证数据完整性及准确性。

本实验的疗效分析选用(SPSS 21.0)统计软件: 计量资料采用平均数及标准差描述; 非等级资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用秩和检验; 符合正态分布, 满足方差齐性的计量资料采用t检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较

入组患者160例均完成了8周疗程, 其中疗程结束后实际完成胃镜复查148例。本研究试验组74例, 治愈57例, 显效11例, 有效4例, 无效2例, 总有效率97.30% (72/74); 对照组74例, 治愈50例, 显效8例, 有效2例, 无效14例, 总有效率79.72% (59/74)。组间临床疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表1。

2.2 临床症状积分变化情况

治疗前后组内比较, 两组临床症状积分差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 组间临床症状积分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

2.3 胃镜疗效比较

本研究试验组74例, 痊愈48例, 显效8例, 有效4例, 无效14例, 总有效率81.08% (60/74); 对照组74例, 痊愈39例, 显效8例, 有效3例, 无效24例, 总有效率67.57%

表 3 两组胃镜疗效比较 (n,%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
试验组	74	48	8	4	14	81.08
对照组	74	39	8	3	24	67.57

(50/74)。组间胃镜疗效比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

3 讨论

慢性糜烂性胃炎是指不同原因导致胃黏膜完整性受损，糜烂深度在1mm以内，未达肌层的一种特殊类型胃炎。根据流行病学调查研究显示，目前我国基于内镜诊断的慢性胃炎患病率接近90%，2014年由中华医学会消化内镜学分会组织进行的一项横断面调查，该调查纳入了10个城市、30个中心、共计有8892例有上消化道症状且经胃镜检查证实的慢性胃炎患者，结果表明在各型慢性胃炎中，经内镜诊断慢性非萎缩性胃炎最常见（49.4%），其次是慢性非萎缩性胃炎伴糜烂（42.3%），慢性萎缩性胃炎比例为17.7%^[5]。

现代医学多采用抑酸、保护胃粘膜、根除幽门螺旋杆菌等药物治疗，但长期使用存在骨质疏松、维生素B12缺乏、胃黏膜病变等风险，且长期使用也会出现耐药性^[6]。中医药通过多靶点、多机制及个性化来调节，在缓解临床症状、改善疾病预后等方面表现出更多的优势。

慢性糜烂性胃炎属于中医“胃痞”“胃脘痛”范畴。本病病机主要是脾胃受损，胃失和降，脾失健运，使脾胃的运纳、升降的功能失调，气机郁滞，日久可见“湿阻”“热蕴”“食积”“痰结”“血瘀”等病理表现^[7]，可分为本虚和标实两个方面，本虚主要表现为脾气（阳）虚和胃阴虚，标实主要表现为气滞、湿热和血瘀。脾虚、气滞是疾病的基本病机，血瘀是久病的重要病机，在胃黏膜萎缩的发生发展及恶变的过程中起着重要作用^[8]。参

照2017年《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》及2011年天津《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[9]，将慢性糜烂性胃炎中医证型分为脾胃湿热证，肝胃不和证，寒热错杂证，脾气虚弱证，脾胃虚寒证。临床中慢性糜烂性胃炎患者中医证型以肝胃不和证及脾胃湿热证多见。

孔文霞教授运用“六维思想”治疗肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎，即疏肝、降气、健脾、清热、化湿、散瘀，治疗遵循疏肝降气理中焦，补脾培中抵外邪，清热化湿除毒热，活血化瘀贯穿始终的治疗原则，同时注重舌脉，辨证论治，创立疏肝愈胃汤，取得了较好的临床疗效。柴胡、香附、炒白芍疏肝解郁、理气和胃，共为君药；黄芪、白术、茯苓、陈皮健脾益气、兼以祛湿，枳壳、莱菔子以降气，黄芩、半枝莲以清热化湿，郁金活血止痛，共为臣药；白及促进黏膜修复，建曲和胃除胀、消食，煅瓦楞子制酸止痛，生姜温中止呕，共为佐药；加以甘草调和诸药。诸药合用，切中病机，疏肝和胃，清热化湿，活血化瘀。

疏肝愈胃汤以四君子汤、四逆散为基础方。现代研究表明^[10]，四君子汤具有良好调节胃肠道运动，调节肠道微生态平衡，促进营养物质吸收，保护胃肠黏膜等作用。现代药理学研究表明，四逆散具有改善肝纤维化程度、抑制肝癌细胞增殖等作用，对肝脏具有保护作用^[11-14]。结合现代医学研究，孔文霞教授多角度论治肝胃不和兼湿热型慢性糜烂性胃炎，达到邪去病愈的目的。

本研究表明，疏肝愈胃汤能明显改善试验组临床症状，提高临床疗效，明显高于兰索

拉唑肠溶片联合瑞巴派特片。慢性糜烂性胃炎跟HP感染、病理性十二指肠胃反流、自身免疫性胃炎、非甾体类抗炎药（NSAIDs）类药物、循环及代谢功能障碍、鼻腔、口腔、咽部慢性感染等多种因素有关；目前，慢性糜烂性胃炎的具体发病机制尚未完全明确，且随着人们饮食结构、作息规律的改变，其发病率有逐年上升的趋势。而中医药通过多靶点、多层次、多维度来调节，辨证论治，注重舌脉，使治疗更加个体化，所以取得良好的临床疗效。本研究为临床治疗慢性糜烂性胃炎提供了新的思路和新的方向，但服药后的复发及不良反应有待进一步研究。

参考文献

- [1] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2013(7):44-55.
- [2] 李文喆,袁菲,刘桂萍,等.长期使用质子泵抑制剂的安全风险研究进展[J].医学综述,2019,25(20):4113-4116+4121.
- [3] 李军祥,陈諲,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(02):121-131.
- [4] 于中麟.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,(02):4-5.
- [5] Du Y,Bai Y,Xie P,et al. Chinese Chronic Gastritis Research group.Chronic gastritis in China:a national multi-center survey[J].BMC Gastroenterol,2014,14:21.
- [6] 李文喆,袁菲,刘桂萍,等.长期使用质子泵抑制剂的安全风险研究进展[J].医学综述,2019,25(20):4113-4116+4121.
- [7] 施家强,林平.中医药治疗慢性非萎缩性胃炎临床研究进展[J].亚太传统医药.2017,13(23):65.
- [8] 张声生,唐旭东.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].2017,32(7):3061.
- [9] 张万岱,李军祥.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J].现代消化及介入诊疗.2012,17(3):172.
- [10] 吴塘.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005:9.
- [11] 劳绍贤,陈更新.脾胃湿热证研究中几个关键问题的探讨[J].广州中医药大学学报,2004(5):361-364.
- [12] 叶碧青.红藤治疗慢性糜烂性胃炎[J].中医杂志,2008(02):147.
- [13] 郑国庆.辨病与辨证相结合治疗慢性胃炎[J].中医杂志,2005(10):736-737.
- [14] 纪云飞,王瑞君,李晓波.复方四君子汤的化学成分和药理作用研究进展[J].中草药,2016,47(05):837-843.

(上接第56页)

- cross-sectional study of a Chinese type 2 diabetic population[J]. Eur J Endocrinol,2014,171(5):641-648.
- [29] 李江敏子,刘殿池,尚菊菊.温经散寒法联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的疗效及对血清胱抑素C水平的影响[J].中医临床研究,2022,35(7):932-937.
- [30] Alamdari A,Mozafari R,Tafakhori A,et al. An

inverse association between serum vitamin D levels with the presence and severity of impaired nerve conduction velocity and large fiber peripheral neuropathy in diabetic subjects[J]. Neurol Sci,2015,36(7):1121-1126.