

安中饮治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 30 例

姜国平, 盛建文, 方艳滨, 刘爱余, 徐友妹

姜国平, 江西中医学院附属医院消化内科 江西省南昌市 330006
盛建文, 江西省宜春市人民医院消化内科 江西省宜春市 336000
方艳滨, 刘爱余, 江西师范大学医院内科 江西省南昌市 330027
徐友妹, 江西中医学院附属医院检验科 江西省南昌市 330006
江西省卫生厅基金资助项目, No. 2002-A46
项目负责人: 姜国平, 330006, 江西省南昌市八一大道 445 号, 江西中医学院附属医院消化内科, jgp0712@sina.com
电话: 0791-6363357 传真: 0791-6363357
收稿日期: 2004-09-24 接受日期: 2004-10-11

摘要

目的: 观察安中饮治疗幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H pylori*)相关性胃炎的临床疗效以及对 *H pylori* 的根除率. 探讨安中饮对 *H pylori* 相关性胃炎血清胃泌素(Gas)、血浆生长抑素(SS)的影响.

方法: 选择确诊为 *H pylori* 感染非萎缩性胃炎患者 50 例随机分为 2 组, 中药治疗组 30 例, 西药对照组 20 例, 并设正常对照组 15 例. 中药治疗组口服安中饮, 疗程 4 wk 西药对照组口服丽珠得乐 4 wk 同时配服阿莫西林+呋喃唑酮 2 wk 停药 4 wk 分别观察两组临床疗效, *H pylori* 根除率及血清 Gas、血浆 SS 水平.

结果: 中药治疗组临床症状有效率为 86.67%, 西药对照组为 75.00%, 两组对比差异有显著性意义($P < 0.05$), 两组 *H pylori* 根除率分别为 63.33%、70.00%, 两组比较无显著性差异($P > 0.05$). 中药治疗组、西药对照组患者治疗前血清 Gas 水平明显高于正常对照组($P < 0.01$), 血浆 SS 明显低于正常对照组($P < 0.01$). 治疗后两组 *H pylori* 转阴者血清 Gas 水平降低($P < 0.01$) 血浆 SS 水平升高($P < 0.01$), 在 *H pylori* 未转阴的病例中, 中药治疗组对 Gas, SS 的影响较西药对照组明显($P < 0.05$).

结论: 安中饮对 *H pylori* 相关性胃炎有较高的根除率, 对血 Gas、SS 的水平有较好的调节作用, 对 *H pylori* 相关性胃炎有良好的临床疗效.

姜国平, 盛建文, 方艳滨, 刘爱余, 徐友妹. 安中饮治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 30 例. 世界华人消化杂志 2004;12(10):2919-2921
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2919.asp>

0 引言

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H pylori*)相关性胃炎是临床常见病. 有大量研究表明, *H pylori* 感染患者都具有血清胃泌素(Gas)上升和血浆生长抑素(SS)水平下降. 但目前西医对本病治疗仍以根除 *H pylori* 为主要手段, 采用二联、三联、四联疗法, 虽已取得良好的根除 *H pylori* 效果, 但不良反应较大, 耐药性普遍升高,

且费用昂贵. 为此, 探讨运用中医药治疗 *H pylori* 相关性胃炎无疑是有价值的. 我们旨在对安中饮进行疗效观察, 探讨其对血清胃泌素(Gas)、血浆生长抑素(SS)的影响, 以及对 *H pylori* 的根除率. 同时揭示安中饮治疗 *H pylori* 相关性胃炎的作用机制.

1 材料和方法

1.1 材料 入选病例 50 例来源于江西中医学院附属医院消化科门诊及住院患者. 所有病例均符合 1990 年悉尼世界胃肠病学大会确立的标准和 1995 年卫生部《中药新药临床研究指导(第二辑)》中慢性浅表性胃炎(非萎缩性胃炎)的诊断标准, 其中男性 31 例, 女性 19 例, 平均年龄 32.6 岁. 将 50 例患者随机分成中药治疗组 30 例、西药对照组 20 例, 并设正常对照组 15 名(自愿参加者、身体健康、体检正常、 ^{14}C -UBT 阴性, 仅空腹抽血查 Gas、SS). 中药治疗组、西药对照组之间, 患者的性别、年龄、病程长短、病情轻重比较, 经统计学处理, 无显著性差异 $P > 0.05$; 正常对照组与中药治疗组、西药对照组之间, 性别、年龄比较, 也无显著性差异 $P > 0.05$; 中药治疗组与西药对照组之间, 患者主要症状表现比较, 经统计学处理, 无显著性差异 $P > 0.05$.

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 中药治疗组口服安中饮, 基本药物有: 半夏 9 g、干姜 3 g、黄连 3 g、黄芩 9 g、香附 9 g、紫苏梗 6 g、党参 12 g、白芍 15 g、炙甘草 6 g、红枣 4 枚. 热象明显者加蒲公英 30 g, 湿邪偏重者加苍术 9 g、厚朴 9 g, 挟有食滞者加神曲 9 g、山楂 9 g, 炒麦芽 9 g, 每日 1 剂, 常规水煎, 分 2 次服, 共服 4 wk; 西药对照组口服丽珠得乐胶囊(珠海丽珠药业集团生产, No: 0106214)220 mg、2 次/d, 阿莫西林(珠海联邦药业公司生产, No: 0105526)0.5 g, 2 次/d, 呋喃唑酮 0.1 g, 2 次/d, 各服 2 wk.

1.2.2 检测方法 临床疗效观察: 中药治疗组治疗 4 wk, 西药对照组治疗 2 wk, 停药 4 wk 后分别观察其临床痊愈, 显效、有效、无效的患者数及总有效率, 疗效判定标准参照 1995 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》(第二辑)制定的标准. *H pylori* 根除率: 中药治疗组、西药对照组分别于停药 4 wk 后复查 ^{14}C -尿素呼气试验(^{14}C -UBT), ^{14}C -UBT 试验药盒购于深圳海得威生物科技有限公司, 检测仪器由深圳海得威生物有限公司和西安海拓科技总公司生产, 试验严格按照试验药盒上规定的步骤方法进行. 血清 Gas、血浆 SS 含量变化: 于治疗前和停药 4 wk 后分别空腹抽取静脉血 4 mL 检测

Gas、SS。Gas、SS 放免检测试剂盒购自北京海科锐生物技术中心,检测严格按照药盒规定方法进行。

1.2.3 诊断标准 参照1990年悉尼世界胃肠病学大会确立的标准与1995年卫生部《中药新药临床研究指导(第二辑)》的慢性浅表性胃炎(非萎缩性胃炎)的西医诊断标准。病程长,有与进食有关的上腹部疼痛以及其他上消化道症状;符合慢性浅表性胃炎(非萎缩性胃炎)的内镜诊断与活体组织检查; $H. pylori$ 感染标准: ^{14}C -UBT 阳性。

临床症状分级:参照1995年卫生部《中药新药临床研究指导(第二辑)》,根据慢性胃炎的五大主症:胃脘疼痛、上腹胀、暖气、泛酸、纳呆食少,将症状分为0、1、2、3四级。0级:临床无任何症状。1级(轻度):胃脘疼痛较轻,持续时间短,不需服药;上腹胀在短时间内较甚;暖气时有发作,偶有吐酸;食欲稍差,饭量减少1/2以内。2级(中度):胃脘疼痛时间较长,每日超过4h,但尚能忍受;腹胀较甚,在较长时间内不缓解;暖气经常发作,引起两肋不适;饮食不慎既吐酸,食欲差,饭量减少1/2-2/3。3级(重度):胃脘疼痛较重,持续,需服药才能减轻;整日腹胀;频繁暖气,引起两肋疼痛,泛酸发作较频,难以忍受;无食欲,饭量减少2/3以上。

1.2.4 临床疗效标准 痊愈:主要症状进步2级以上或达到0级,其他上消化道症状消失;显效:主要症状进步2级,其他上消化道症状部分消失;有效:主要症状进步1级,其他上消化道症状仍有;无效:所有症状无进步或反而加重。停药4wk后 ^{14}C -UBT 阴性,表示 $H. pylori$ 根除。

统计学处理 测定值以均数 \pm 标准差mean \pm SD表示,等级资料用Ridit分析,计数资料用 χ^2 检验,分组资料计量指标及治疗前后配对资料用 t 检验或方差分析。统计资料采用SPSS 10.0统计软件处理。 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后中药治疗组明显优于西药对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)(表1)。

表1 治疗后两组疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药治疗组	30	12	8	6	4	86.67
西药对照组	20	7	4	4	5	75.00

Ridit 检验, $P<0.05$ 。

表4 停药4wk后两组 Gas、SS的变化(ng/L, mean \pm SD)

组别	<i>n</i>	Gas		SS	
		$H. pylori$ 阳性(<i>n</i>)	$H. pylori$ 阴性(<i>n</i>)	$H. pylori$ 阳性(<i>n</i>)	$H. pylori$ 阴性(<i>n</i>)
中药治疗组	30	88.72 \pm 8.23 (11) ^a	61.25 \pm 7.27 (19)	17.42 \pm 2.16 (11) ^a	23.46 \pm 2.32 (19)
西药对照组	20	109.78 \pm 12.56 (6)	69.75 \pm 7.68 (14)	10.35 \pm 1.27 (6)	21.64 \pm 2.39 (14)

^a $P<0.05$ vs 西药对照组。

2.2 $H. pylori$ 根除率比较 中药治疗组与西药对照组的 $H. pylori$ 根除率无明显差异($P>0.05$)(表2)。

表2 两组 $H. pylori$ 根除率比较

组别	治疗前 $H. pylori$ 阳性 <i>n</i>	停药4wk后 $H. pylori$ 阳性 <i>n</i>	$H. pylori$ 转阴 <i>n</i>	根除率(%)
中药治疗组	30	11	19	63.33
西药对照组	20	6	14	70.00

χ^2 检验, $P>0.05$

2.3 Gas、SS的变化 治疗前中药治疗组、西药对照组的血 Gas 均高于正常对照组,SS 均低于正常对照组,差异有极显著性意义($P<0.01$),中、西药组之间无显著性差异($P>0.05$)。以上结果(表3)。

表3 治疗前各组 Gas、SS的变化(ng/L, mean \pm SD)

组别	Gas	SS
中药治疗组	121.32 \pm 15.45	10.12 \pm 1.65
西药对照组	117.52 \pm 13.26 ^a	9.84 \pm 1.22 ^a
正常对照组	62.50 \pm 7.38 ^b	22.47 \pm 2.25 ^b

^a $P>0.05$, ^b $P<0.01$ vs 中药治疗组。

2.4 停药4wk后,中药治疗组、西药对照组, $H. pylori$ 阴性者血 Gas 较治疗前均显著下降,SS 均显著上升($P<0.01$),在 $H. pylori$ 维持阳性的患者中,中药治疗组血 Gas 也较明显下降,SS 较明显上升($P<0.05$)。而西药对照组则与治疗前相比,无明显变化($P>0.05$)。以上结果(表4)。

2.5 临床主要症状变化 与西药对照组比较,中药治疗组对上腹胀、暖气、纳呆食少等症状改善均优于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)。以上结果(表5)。

表5 两组主要症状变化比较(% 例)

症状	中药治疗组	西药对照组
胃脘痛	82.61 (19/23)	81.25 (13/16)
上腹胀	81.25 (13/16) ^a	60.00 (6/10)
泛酸	83.33 (10/12)	88.89 (8/9)
暖气	84.62 (11/13) ^a	63.64 (7/11)
纳呆食少	80.77 (21/26) ^a	58.82 (10/17)

^a $P<0.05$ vs 西药对照组。

3 讨论

*H. pylori*相关性胃炎归属于中医“胃痛”、“痞满”，其发病机制不出本虚标实两端，脾胃虚弱、正气不足为其本，气滞、血瘀、热郁，湿阻为其标^[1]。姜惟^[2]认为外感六淫(以湿热为主)，内伤情志及饮食失宜，诸因素相互作用，导致脾胃升降失职。冀爱英^[3]认为本病辨证虽有寒、热、虚、实之分，但总的病理机制是脾胃升降失调，且虚实夹杂、寒热互见者最为多见。总之，中医认为 *H. pylori*相关性胃炎的发病与脾虚、湿热、瘀毒(*H. pylori*感染)有关。有大量研究资料表明 *H. pylori*感染能影响一些胃肠激素的合成、分泌和释放，导致胃酸分泌增多，黏膜的防御能力减弱，破坏损伤因子与防御因子之间的平衡。在众多的胃肠激素中，多数学者认为 *H. pylori*感染与胃泌素和生长抑素的关系最为密切。徐军全^{et al}^[4]通过研究认为血及胃窦黏膜 Gas、SS 变化可能在胃病发病中起重要作用。*H. pylori*感染可扰乱 Gas、SS 和胃酸之间的平衡。有学者^[5]提出 *H. pylori*感染损伤了胃泌素释放蛋白(GRP)介导的对胃酸分泌的抑制性调节机制，使对 GRP 刺激的反应增强或生长抑素对G细胞的抑制减弱。刘举珍^{et al}^[6]检测168例门诊行胃镜检查患者的胃泌素浓度，发现 *H. pylori*感染阳性患者血清胃泌素水平明显高于未感染者，提示 *H. pylori*引起血清胃泌素增高进而造成胃酸分泌增多，可能为 *H. pylori*感染致病机制之一。聂昭华^{et al}^[7]通过实验研究证实 *H. pylori*感染患者血清 Gas 释放增强的同时还伴有血浆及胃液 SS 含量下降，而随着 *H. pylori*的根除，血清 Gas 含量下降，血浆和胃液 SS 含量上升。

目前西药治疗 *H. pylori*相关性胃炎的重点仍在 *H. pylori*的根除上。2000-05 的《全国慢性胃炎研讨会共识意见》对 *H. pylori*相关性胃炎患者行 *H. pylori*根除疗法的指征作了明确的规定：(1)有明显异常(指胃黏膜糜烂、中-重度肠组织转化、不典型增生)的慢性胃炎；(2)有胃癌家族史者；(3)伴有糜烂性十二指肠炎者；(4)消化不良症状经常规治疗疗效差者^[8]。根除 *H. pylori*的方案

很多，但药物不外乎铋剂、抑酸剂(质子泵抑制剂 PPI 和 H₂受体拮抗剂 H₂RA)及抗菌药。张大真^{et al}^[9]对 5 a 根除 *H. pylori*治疗方案进行集成分析，发现抑酸药(PPI, H₂RA)与两种抗菌药联用，其根除率接近或超过 90%。还有许多其他组合对 *H. pylori*均有较高的根除率。但牛华珍^{et al}^[10]认为西药治疗的缺陷也是不容忽视的，突出表现在：不良反应相对较大，作用时间短，停药可复发及症状改善不如中药。因此，探索运用中医药治疗 *H. pylori*相关性胃炎的新途径无疑是有价值的。

安中饮方，由半夏泻心汤、香苏散和芍药甘草汤加减化裁而成。方中半夏、干姜辛温燥湿；黄连、黄芩苦寒清热；党参、甘草、大枣益气和缓；紫苏梗、香附理气和胃；芍药、甘草柔肝缓急止痛。诸药配伍寒热并用、升降同施、动静结合、润燥相济、补泻共进，从而使脾胃和，寒热调，升降顺，其功效正好切中本病脾胃不和，升降失调，虚实并见，寒热夹杂之病机，故用之自然奏效。其作用机制，可能与本方能有效地抑杀 *H. pylori*，直接调节血 Gas、SS 水平有关。

4 参考文献

- 1 单兆伟. 医苑摘英话仓廩. 江苏中医 1997;18:3-4
- 2 姜惟. 论辛开苦降是治疗 *Hp* 相关性胃炎的重要法则. 辽宁中医杂志 2001;28:5-6
- 3 冀爱英. 半夏泻心胶囊治疗幽门螺杆菌相关性胃炎疗效观察. 河南中医 1998;18:209
- 4 徐军全, 李秋萍, 高立志, 安景禄. 联合测定胃病患者血浆及胃窦黏膜胃泌素生长抑素的意义研究. 山西医药杂志 1998;27:17-19
- 5 Odum L, Petersen HD, Andersen IB, Hansen BF, Rehfeld JF. Gastrin and somatostatin in *Helicobacter pylori* infected antral mucosa. Gut 1994;35:615-618
- 6 刘举珍, 赵新民, 薛世平. 幽门螺杆菌感染时血清胃泌素水平变化观察. 内蒙古医学杂志 2001;33:307
- 7 聂昭华, 郑文尧, 郭荣斌. 根除幽门螺杆菌前后消化性溃疡患者胃窦黏膜组织学及胃泌素、生长抑素、表皮生长因子等相关变化的初探. 中华消化杂志 1996;16:294-295
- 8 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见. 中华消化杂志 2000;20:199-201
- 9 张大真, 李增烈. 中国幽门螺杆菌感染治疗的集成分析. 临床消化病杂志 2000;12:99-101
- 10 牛华珍, 王汝新, 兰少敏, 许文莉. 慢性胃炎中西医结合诊治的思路与方法. 山东中医杂志 2001;20:70-72