

近五年中医药治疗幽门螺杆菌感染性胃病的现状与对策

陈 正 王庆其

(上海市高校选拔培养优秀青年教师科研专项基金; 上海中医药大学, 上海市浦东新区蔡伦路 1200 号, 201203)

关键词 胃病/中医药治疗

幽门螺杆菌(*Helicobacter Pylori*, HP)感染引起的胃病是发病率最高的消化道疾病。在西方某些发达国家, HP 感染率达 50% 以上, 我国 HP 感染率达 61%, 属 HP 高感染地区, 在慢性胃炎患者中感染率更是高达 80% - 90%^[1]。目前西医主要采用铋剂、H₂ 受体阻滞剂或质子泵抑制剂加 2 种抗生素的三联疗法, 但存在副作用大、复发率高、费用昂贵等弊端。这为中医药治疗该病提供了广阔的前景。本文就近 5 年来中医药治疗 HP 感染性胃病的研究进展综述如下。

1 HP 感染与中医证型及舌象的关系

近年来有关 HP 与证、舌的关系一直是热门话题, 许多研究也证实了 HP 感染与舌质舌象的变化及证型密切相关。如王长洪等^[2]对 518 例慢性胃病且 HP 阳性患者的舌苔进行观察, 结果显示 HP 阳性者的黄苔发生率高达 81.6%, 明显高于 HP 阴性者。因此提出胃病患者如果出现黄苔, 则提示有 HP 感染的可能性, 应作为 HP 检测对象。余毅等^[3]观察了 356 例消化性溃疡的患者的舌象, 结果发现各种舌质的消化性溃疡患者, 其 HP 感染率均超过 50%, 但红舌和紫舌的 HP 感染率与淡红舌相比, 其差异有统计学意义或高度统计学意义, 提示红舌和紫舌患者的 HP 感染率高于淡红舌。季和平^[4]观察 43 例慢性浅表性胃炎患者后发现 HP 抗体阳性者 18 例, 其中黄苔为 12 例, 白苔为 6 例; HP 抗体阴性者 25 例, 其中黄苔为 9 例, 白苔为 16 例, 两者有明显差异。HP 感染属中医的“邪气”范畴, 《辨舌指南》中说:“察舌可占气之盛衰, 验苔以识邪之出入。”在胃病患者中, 观察感染 HP 后人体的舌色、苔色的变化, 可为临床辨病与辨证相结合提供较客观的依据。而且二者在临床检查中, 痛苦少、费用低、简单易行, 便于广泛开展。

关于 HP 与证型的关系, 许多学者认为 HP 感染以脾胃湿热、气滞血瘀等证型感染率较高, 而脾胃虚弱等证型感染率较低。如李东灿等^[5]研究了 76 例慢性浅表性胃炎脾胃湿热证患者, 同时选择 43 例同病脾胃气虚证患者和 10 例健康人分别作为对照。结果表明, 湿热证 HP 感染率最高, 而脾胃气虚证 HP 感染率低, 从

而提出湿热邪气 - 慢性胃炎 - 湿热证 - HP 阳性相互之间有着必然联系。蔡子鸿^[6]等认为慢性胃病以脾胃虚寒型多见, HP 感染以胃热炽盛型最多见。苏锐^[7]对 500 例功能性消化不良患者进行中医辨证分型并探讨与 HP 感染的关系。结果显示 HP 检测阳性率以气滞血瘀型、食积停滞型、寒热错杂型最多, 分别为 71.9%、68%、69.2%, 3 型 HP 感染差异无显著性; 以脾胃虚弱型 HP 感染率最低为 39.6%, 混合型为 51.7%, 此 2 型 HP 感染差异无显著性, 但与前 3 型比较差异显著。张闽光等^[8]对 124 例胃镜诊断糜烂性胃炎患者进行中医辨证分型后观察 HP 感染情况, 发现糜烂性胃炎的 HP 感染率以脾胃湿热型最高, 肝胃不和型次之, 脾胃气虚型最低。故而提出湿热之邪和 HP 感染在病因学上应该是等同的, 属于同一病原, 只不过名称不同而已。

2 中医药治疗 HP 感染性胃病

2.1 单味中药对 HP 的抑菌作用 近 5 年来, 许多学者研究了单味中药对 HP 的抑菌作用, 收获颇丰。周曾芬^[9]等分别用大蒜和大黄进行体外 HP 抑菌实验, 发现大蒜和大黄有明确的抑菌作用。刘波等^[10]选用单味药黄连、枳实、紫草等做体外实验, 比较对 HP 的杀菌率。结果显示黄连的杀菌效果最好, 当浓度为 50mg/ml 时, 杀菌率达 99.8%。曹景龙^[11]亦从古代文献以及现代药理研究 2 方面找到了黄连抗 HP 的证据。黄连的现代药理研究显示含有小檗碱、黄连碱等多种成分, 具有抗微生物及原虫作用, 此与中医论述黄连的“清热解毒、燥湿杀虫”的功效暗合, 但黄连为苦寒之品, 临证时应谨守病机, 明察虚实, 以免过用苦寒损伤正气而犯“虚虚”之戒。张文勤^[12]运用酒制大黄治疗 48 例 HP 阳性患者 3 个月后, HP 转阴 40 例 (83.3%), 临床症状消失或明显改善者 39 例 (81.3%)。上海市大黄协作组对大黄的不同提取物进行的 11 株 HP 抑菌试验结果表明: 81.8% 的 HP 对大黄的水提取物中度敏感, 100% 的 HP 对大黄的醇提取物高度敏感^[13]。

2.2 复方中药治疗 HP 感染的作用 中医药遵循扶正祛邪的治疗原则, 通过辨证与辨病相结合的方法, 调整全身和局部胃黏膜的功能, 来达到直接或间接抑杀

HP 的目的。刘玫等^[14]运用胃安乐胶囊(党参、白术、陈皮、半夏、黄连、砂仁、木香等)治疗慢性胃炎 68 例,停药后 3 个月复查胃镜及 HP 测定,结果治疗前 HP 阳性 46 例,治疗后转阴 28 例,转阴率为 60.9%。李秩伦等^[15]对 41 例上消化道溃疡患者以“巫氏溃疡散”加味方[黄芪、党参、白芍、延胡索、白及粉(分吞)、三七粉(分吞)、川贝母粉(分吞)、煅瓦楞子、黄芩、丹参、蒲公英、土茯苓、白术、海螵蛸粉(分吞)、黄连(后下)、川楝子]治疗,HP 转阴 33 例,根除率为 80.48%。覃丕恩^[16]自拟和胃解毒汤治疗 116 例 HP 相关性胃病,HP 根除 94 例,根除率 81%。张俊杰等^[17]采用芩连合剂作用于 HP 相关的慢性胃溃疡模型,结果表明芩连合剂能通过降低胃黏膜和血清中的 MDA 含量,升高 SOD 和 GSH-PX 活性,有效清除氧自由基,从而保护胃黏膜并有效地拮抗 HP。

2.3 中西医结合治疗 HP 感染作用 目前治疗 HP 感染性胃病,西医主要采用三联疗法,虽然见效快,但是存在依赖性大,副作用多,成本高等缺陷。而中药虽然能避免以上缺陷,却显效较慢,疗程较长。因此,中西医结合用药成为临床根除 HP 的用药趋势。如张鹰等^[18]在对照组服用雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑的基础上,治疗组加用中药复方[法半夏、黄连、黄芩、干姜、炙甘草、木香、砂仁(后下)、党参、大枣、枳壳、厚朴],治疗 4 周并停药 4 周后,观察 2 组 HP 根除效果。结果 HP 根除率治疗组为 72.22%,而对照组为 44.44%,2 组比较有显著性差异。随访 6 个月后,治疗组复发率为 8.8%,而对照组复发率达 46.9%,2 组差异亦有显著性意义。田波^[19]在对照组服用奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林基础上,治疗组加用由吴茱萸、黄连、白及按 1:2:2 比例做成的胶囊,4 周后复查 HP 根除率。治疗组为 94.87%,对照组为 80.95%。2 组比较差异有显著性意义。杨圣宇^[20]在对照组口服阿莫西林、甲硝唑或加枸橼酸铋、吗丁啉等基础上,治疗组加用自拟养胃方(黄芪、人参、白芍、桂枝、麦芽、田七、蒲黄、白及、当归、麦冬、延胡索、山楂、鸡内金、黄连、甘草)。治疗 40 天后,观察 HP 根除率,治疗组 38 例中,HP 转阴 28 例,占 73.68%;而对照组 35 例中,HP 转阴 18 例,占 51.43%,2 组相比有显著性差异。治疗组治愈的 28 例中,2 个月复发 4 例,1 年后复发 2 例,2 年后复发 1 例。对照组治愈的 18 例,2 个月复发 6 例,1 年复发 4 例,2 年复发 3 例。2 组相比有显著性差异。潘丰满等^[21]在西药组(雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑)的基础上用黄建造中汤加味(黄芪、白芍、海螵蛸、白术、炙甘草、桂枝、茯苓、饴糖、蒲公英、三七末)。

治疗后比较 HP 根除率:中西医结合组 76 例中 HP 阴性 68 例,阳性 8 例,HP 根除率 89.5%;对照组 52 例中 HP 阴性 38 例,阳性 14 例,HP 根除率 73.1%,2 组差异有显著性意义。1 年后比较 2 组复发情况:治疗组 76 例中复发 5 例,复发率 6.6%;对照组 52 例中复发 12 例,复发率 23.1%。2 组复发病例均为经治疗后 HP 仍阳性者。复发率经统计学处理,差异有显著性。何小琦等^[22]在对照组服用雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑三联治疗的基础上,治疗组再加用自拟疏肝建中汤(黄芪、桂枝、白芍、柴胡、蒲公英、黄连、海螵蛸、木香、白及、三七粉、佛手、甘草)。2 组治疗 1 个月后,比较 HP 根除率,结果显示治疗组总有效率为 91.49%,与对照组比较有显著性差异。在症状改善方面,治疗组和对照组总有效率分别为 93.62%、91.11%,亦有显著性差异。

与此相反,也有部分研究显示中西医结合疗法与西药三联治疗方案相比,在 HP 根除治疗上并无特殊临床意义,有的只在临床症状改善方面略显优势,有的甚至不如单纯使用西药疗效明显。如伏新顺^[23]采用自拟中药汤剂愈胃方(海螵蛸、丹参、炒蒲黄、白及、延胡索、竹茹、鸡内金、白芍、炙甘草)为基本方,配合奥美拉唑、果胶铋、阿莫西林、克拉霉素治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡患者 58 例。对照组单用以上西药。2 组治疗 1 周后,HP 根除率中西医结合组 56 例(96.55%),西医组 36 例(94.74%),2 组差异无显著性。症状缓解时限比较:中西医结合组(2.8 ± 1.8)天,西医组(3.1 ± 2.7)天。2 组差异有显著性。韦艳碧等^[24]辨证治疗 HP 阳性消化性溃疡患者 76 例,对照组用西药奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林。治疗 2 周后,观察 HP 根除率,2 组差异无显著性,胃镜下 2 组溃疡愈合情况差异亦无显著性,故认为中药组在 HP 清除方面与西药相当。陆为民等^[25]以仁术健胃颗粒(黄芪、白术、薏苡仁、莪术、黄芩等)治疗 85 例慢性萎缩性胃炎伴 HP 感染患者,对照组服用胃复春片。结果治疗组虽较对照组高,但经统计学处理差异无显著性。何劲^[26]以自拟和胃饮(香附、乌药、茯苓、木瓜、川芎、砂仁、蒲公英)为基本方,另加服克拉霉素片,对照组用克拉霉素片、奥美拉唑片、吗丁啉片。2 组治疗 20 天后,观察 HP 根除率。两组比较,无显著差异。

通过以上资料整理,我们认为中西医结合用药治疗 HP 感染性胃病可以起到增强抗 HP 的作用,尤其在改善临床症状以及症状改善的时限上有积极作用。中医药在提高 HP 根除率的治疗中是一种很有前途的治疗方案,值得进一步研究及推广运用。

3 讨论

目前对 HP 的根除仍然差强人意,有的在治疗期间检测达到根除标准,但很快复发,有的甚至 HP 增强,往往使患者失去治疗信心。近年来,中医药治疗 HP 感染性胃病的的研究虽然取得了较大的进展,但此类研究尚存在以下问题:首先,众多抗 HP 感染的单味及复方中药的实验及临床研究均为体外抑菌试验,此类研究多注重在 HP 阴转和病理形态的改善方面,并且受多方面因素影响,无法从本质上来解释中药抗 HP 真正的疗效机制。如体外的抑菌试验和胃内的环境有着很大的差别,中药有效成分如何在胃酸环境下稳定不被破坏或很少被破坏,且能透过胃黏液屏障在胃黏膜下层和胃黏膜上皮表面达到有效的抑杀浓度;中药制剂如何经肠胃吸收后通过调节机体的整体功能达到抗 HP 的作用。今后可以借助动物模型进行体内抗 HP 的研究,从细胞分子水平深入研究 HP 对胃黏膜的作用机制以及 HP 毒力、形态变异等。其次,许多学者进行了 HP 感染与中医证型关系的研究,结果却见仁见智。这可能与研究者各自选择的胃病的病种不同、各自的证型分类标准和辨证经验不等以及研究对象所感染的 HP 的菌株相异等原因有关。以上研究标准的不统一影响了进一步的研究。今后可以采取多中心、多因素、大样本的 HP 流行病学调查,运用统计软件对临床资料进行分析,从而对证的定位、定性及定量更加规范化和科学化。另外,目前对于 HP 的检测大多数采用快速尿素酶试验,但胃内产生尿素酶的细菌并非只有 HP,而且胃内 HP 少时可使尿素酶试验呈假阴性。组织切片染色的病理组织学检查固然可靠,但由于活检组织部位的差异极可能导致结论的误差。如 HP 治疗时,胃内环境发生了改变,细菌可由胃窦移行到胃体部。而治疗后活检胃窦部组织,HP 也可呈现假阴性。因此判断抗 HP 感染的疗效,一般要求胃窦和胃体同时取材送检,但目前中医药治疗 HP 的报道大多不能做到这点。

笔者认为,任何致病因素的感染均与个体体质的易感受性有密切关系,因此在采用中医中药治疗 HP 感染性胃病时,切忌“见菌治菌”的论治思路,应该从邪正 2 个方面整体考虑,辨证论治,既着眼 HP 感染所引起的临床表现,又不忽视个体体质的特异性,因人制宜制订治疗方案,有助于提高临床疗效,并进一步发挥中医药的优势。

参考文献

[1]潘国宗.现代胃肠病学.科学出版社,1994:88.

- [2]王长洪,陆宇平,等.518 例胃病患者幽门螺杆菌感染与舌苔的关系.中国中西医结合杂志,2002,22(4):266.
- [3]余毅,陈抗军,等.消化性溃疡与幽门螺杆菌和舌象关系的初步观察附:356 例病案报告.成都中医药大学学报,2005,28(2):14-16.
- [4]季和平.慢性浅表性胃炎苔色与幽门螺杆菌抗体的关系.北京中医杂志,2002,21(5):291.
- [5]李东灿,兰启防,等.慢性胃炎舌印片与证候及幽门螺杆菌的相关性研究.福建中医学院,2002,12(4):8-10.
- [6]蔡子鸿,洪清娟,肖冰.慢性胃病中医分型与 HP 感染的相关性研究.中医杂志,2003,44(4):290-29.
- [7]苏锐.功能性消化不良辨证分型与 HP 感染关系的探讨.现代中西医结合杂志,2002,11(6):482-483.
- [8]张闽光,朱国曙.糜烂性胃炎中医分型与幽门螺杆菌感染的相关研究.现代中西医结合杂志,2002,11(1):7-8.
- [9]周曾芬,崔蓉,张水生,等.大蒜、大黄对幽门螺杆菌抑制作用的实验研究.中华实用医学,2002,2(6):1-3.
- [10]刘波,李雪骅,等.5 种中药制剂杀灭幽门螺杆菌的实验研究.中国新药杂志,2002,11(6):457-459.
- [11]曹景龙.黄连抗幽门螺杆菌的侧证.中国医药研,2004,2(5):39.
- [12]张文勤.中药大黄治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎疗效观察.中国煤炭工业医学杂志,2003,6(12):1213.
- [13]焦东海.大黄研究.上海:科学技术出版社,2000:17.
- [14]刘政,刘英茹,刘英,等.胃安乐胶囊治疗慢性胃炎 68 例.中国中西医结合杂志,2004,24(3):25.
- [15]李秋伦,何丽芳.巫氏溃疡散加味治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 41 例临床观察.中医杂志,2004,45(1):31-33.
- [16]覃丕恩.和胃解毒汤治疗幽门螺杆菌相关性胃病 116 例.河北中医,2005,27(10):733-734.
- [17]张俊杰,周庚生,等.苓连合剂对幽门螺杆菌感染性胃溃疡大鼠氧自由基参数的影响.中国中医药科技,2006,13(3):157-158.
- [18]张鹰,胡宏.中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎 56 例.时珍国医国药,2003,14(7):436.
- [19]田波,张波.中西医结合治疗幽门螺杆菌感染 39 例疗效观察.新中医,2006,38(12):51-52.
- [20]杨圣宇.中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎 38 例总结.湖南中医杂志,2005,21(1):12-13.
- [21]潘丰满,杨钦河,等.中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性的消化性溃疡 76 例疗效观察.四川中医,2003,21(12):26-27.
- [22]何小琦,罗承峰,等.中西医结合治疗 HP 相关性慢性胃炎的疗效分析.广州医药,2006,37(3):77-78.
- [23]伏新顺.中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡 58 例疗效观察.四川中医,2006,24(6):52-53.
- [24]韦艳碧,覃冬林,陈树光.辨证治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡 76 例观察.浙江中医杂志,2002(1):8-9.
- [25]陆为民,单兆伟,等.仁术健胃颗粒对慢性萎缩性胃炎患者幽门螺杆菌及其 *cagA* 基因的影响.天津中医药,2003,20(1):26-28.
- [26]何劲.中药干预治疗幽门螺杆菌感染相关性慢性活动性胃炎的临床观察.时珍国医国药,2002,13(10):636.

(2007-07-09 收稿)