

# 半夏泻心汤联合埃索美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察

马善美 陈本华

(福州市第七医院,福州,350001)

**摘要** 目的:观察半夏泻心汤联合埃索美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:选择2012年1月至2014年6月我院收治的慢性萎缩性胃炎患者100例,随机分为治疗组和对照组,各50例。对照组给予埃索美拉唑治疗;治疗组予半夏泻心汤联合埃索美拉唑治疗,2组均在治疗3个月后进行临床疗效观察比较。结果:治疗前2组胃黏膜萎缩和肠化积分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后2组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于治疗前( $P<0.05$ );治疗后治疗组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于对照组( $P<0.05$ )。治疗后治疗组的总有效率为94.11%,对照组为66.05%,治疗组的有效率优于对照组( $P<0.05$ )。结论:半夏泻心汤联合埃索美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效好,临床观察无不良反应发生,值得临床推广。

**关键词** 半夏泻心汤;慢性萎缩性胃炎;疗效观察

## Clinical Observation on Effects of Pinellia Heart-Draining Decoction Combined with Esomeprazole in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis

Ma Shanmei, Chen Benhua

(Fuzhou Seventh Hospital, Fuzhou 350001, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical effects of Heart-Draining Decoction combined with esomeprazole in the treatment of chronic atrophic gastritis. **Methods:** We selected 100 patients who received treatment for chronic atrophic gastritis in our hospital from January 2012 to June 2014, and randomly divided them into treatment group and control group, 50 cases for each group. The control group was given esomeprazole and the treatment group received treatment of Heart-Draining Decoction combined with esomeprazole. Two groups were observed and compared for the clinical effects after 3 months of treatment. **Results:** There was no significant difference in the gastric mucosal atrophy and the intestinal metaplasia scores between the two groups before the treatment ( $P>0.05$ ). After receiving treatment, the gastric atrophy and the intestinal integral scores of the two groups were lower than before ( $P<0.05$ ). The atrophy and the intestinal integral of the treatment group were lower than those of the control group ( $P<0.05$ ). The total effective rate of the treatment group was 94.11% and it was better than the control group whose effective rate was 66.05% ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Heart-Draining Decoction combined with esomeprazole has a good clinical effect on treating chronic atrophic gastritis and there were no adverse reactions observed, therefore, it is worth a wide clinical application.

**Key Words** Heart-Draining Decoction; Chronic Atrophic Gastritis; Observation of Curative Effect

中图分类号:R242;R573.3+2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.10.015

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种类型,是指以部分或广泛的胃黏膜固有腺体萎缩,胃黏膜变薄,黏膜肌层增厚等病理改变为主的慢性炎症疾病。并常伴有肠上皮化生、炎性反应及不典型增生,被列为胃癌前状态<sup>[1]</sup>。本病发病率较高,严重影响人们的生活质量。在中医学中,慢性萎缩性胃炎被归属于痞满的范畴,虽然临床上表现出的证型不一,病机不同,临床表现有所差异,但均有脾胃阴阳失调,病情虚实夹杂,寒热错杂等特点,故笔者选用《伤寒论》中的经方半夏泻心汤,联合运用埃索美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎50例,临床上取得了较为满意效果。

## 1 资料

1.1 一般资料 病例选择2012年1月至2014年6月期间,本院收治的慢性萎缩性胃炎共100例,将其随机分成治疗和对照2组,各50例,治疗组男29例,女21例,年龄43~78岁,平均 $62 \pm 10.5$ 岁,对照组中男21例,女29例,年龄45~77岁,平均 $60 \pm 11.2$ 岁,2组分别在年龄、性别、症状、体征、治疗前临床症状积分、镜下胃黏膜改变以及胃黏膜病理改变情况积分上经统计学处理差异无统计学意义( $P<0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据国家中医药管理局“慢性胃炎

协作组”所制定的慢性萎缩性胃炎的确诊标准<sup>[2]</sup>。临床表现:胃脘部胀满、疼痛、烧心及消化不良症状,大便异常及虚弱症状,贫血等;胃镜检查示:黏膜呈灰白、灰黄或灰绿色,白相为主,严重者有散在白色斑块皱襞变细或平坦,黏膜活检病理示固有腺体不同程度萎缩,黏膜肌层增厚,固有膜炎症,淋巴滤泡形成,代之以假幽门腺化生或肠腺化生。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准者;2)年龄大于40岁,小于80岁;3)患者自愿并签署知情同意书;4)幽门螺杆菌(HP)阴性或根除HP后。

1.4 排除标准 1)不宜接受埃索美拉唑、半夏泻心汤及其他心肝肾等脏器存在严重疾病者;2)年龄小于40岁,大于80岁;3)未能按时服药及资料不全者;4)HP阳性且未根除者。

2 方法

2.1 治疗方法 治疗组根据诊疗方案予半夏泻心汤(半夏12g、黄芩8g、人参8g、干姜6g、炙甘草6g、黄连5g、大枣4枚)及埃索美拉唑治疗,对照组予埃索美拉唑治疗,2组疗程均为3个月。埃索美拉唑(规格:20mg,批号:J20080032,厂家:阿斯利康制药有限公司)口服20mg/次/d。半夏泻心汤口服,每1剂/d早晚各服1次。

2.2 观察指标 观察并记录2组治疗后临床症状积分、胃镜下胃黏膜改变以及胃黏膜病理改变情况积分及分期。观察并记录治疗过程中发生的不良反应。

2.3 疗效评分标准 肠化积分<sup>[11]</sup>:1)0无肠化;2)+肠化区占腺体和表面上皮总面积1/3以下;3)+占1/3~2/3;4)+++占2/3以上。备注:肠化积分0为0分,+为1分,++为2分,+++为3。

表1 胃黏膜萎缩程度分期<sup>[11]</sup>

组别	胃体			
	无萎缩 (0分)	轻度萎缩 (1分)	中度萎缩 (2分)	重度萎缩 (3分)
胃窦无萎缩(0分)	0期	I期	II期	III期
胃窦轻度萎缩(1分)	I期	II期	III期	IV期
胃窦中度萎缩(2分)	II期	III期	IV期	
胃窦重度萎缩(3分)	III期	IV期		

2.4 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[12]</sup>计算分式为:证候积分减少=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈:症状体征消失或基本消失,证候积分减少>95%;显效:症状体征明显改善,证候积分减少>70%;有效:症状体征均有好转,证候积分减少>30%;无效:症状体征无明显改善甚至或加重,证候积分减少<30%。

总有效率=显效率+有效率。

2.5 统计学处理 采用SPSS 18.0进行数据分析统计。疗效评价积分之间的比较采用Mann-Whitney U检验,有效率之间的比较采用卡方检验。

3 结果

3.1 慢性萎缩性胃炎胃窦不同程度萎缩情况 如图1,胃窦萎缩,大小弯腺体正常;胃窦轻度萎缩,浅层腺体局灶性萎缩,但大小弯腺体正常;胃窦中度萎缩,较轻度胃窦、小弯腺体萎缩且范围较广;胃窦重度萎缩,胃窦大面积萎缩,大小弯腺体萎缩、黏膜变薄,化生腺体取代原有萎缩或消失的腺体。

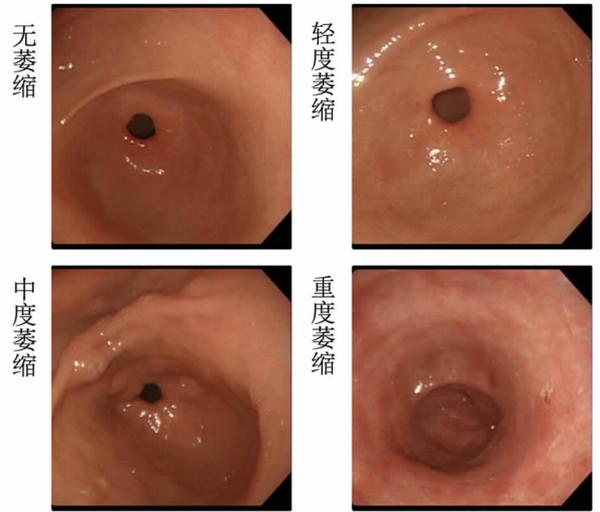


图1 慢性萎缩性胃炎胃窦不同程度萎缩情况

3.2 2组患者治疗后胃黏膜病理萎缩、肠化方面比较 由表2可得,治疗前2组胃黏膜萎缩和肠化积分差异无统计学意义(P>0.05)。治疗后2组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于治疗前(P<0.05);治疗后治疗组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于对照组(P<0.05)。

表2 2组患者治疗后胃黏膜病理萎缩、肠化方面比较表(x±s)

组别	胃黏膜萎缩(分)		肠化积分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	2.54±0.63	0.93±0.87*△	2.80±0.89	1.02±0.31*△
对照组	2.31±0.72	1.44±0.98△	2.14±0.21△	1.54±1.03△

注:\*表示与对照组对比,P<0.05;△表示与治疗前对比,P<0.05。

3.3 2组患者治疗后临床总疗效对比 在治疗后治疗组的总有效率为94.11%,对照组为66.05%,治疗组的有效率优于对照组(P<0.05)。(详见表3)。

3.4 不良反应 在治疗过程中,对照组中出现腹泻1例,恶心1例,症状均短暂出现后自行消失,治疗

组中未发现不良反应病例,治疗过程中均无患者退出。

表 3 2 组患者治疗后临床总疗效对比表

组别	治愈数 (例)	显效数 (例)	有效数 (例)	无效数 (例)	总有效率 (%)
治疗组	22	18	7	3	94.11
对照组	16	9	8	17	66.05
<i>P</i>	0.053	0.001	0.082	0.000	0.001

#### 4 讨论

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和固有腺体萎缩,数目减少,胃黏膜变薄,黏膜肌层增厚,或伴假幽门腺化生和肠腺化生,或有不典型增生(上皮内瘤变)为特征的慢性消化系统疾病。常表现为上腹部隐痛、胀满、嗝气,食欲不振,或消瘦、贫血等,无特异性。临床治疗目的是缓解症状和改善胃黏膜炎症反应,治疗上尽可能针对病因,遵循个体化原则,国内对于有 *H. pylori* 感染的萎缩性胃炎推荐根除 *H. pylori*。中医学认为慢性萎缩性胃炎是由于外感邪气、饮食不节、劳倦太过、情志失调等原因伤及脾,或脾胃素虚,内外之邪相乘,脾失运化,水湿停聚,湿热内蕴,至胃气阴亏虚。若又感寒邪,脾失温煦致脾阳亏虚;脾胃为气血生化之源,病久则气血化生乏源致气血双亏<sup>[3-5]</sup>。

半夏泻心汤出自东汉著名医学家张仲景所撰《伤寒论》,由半夏、黄芩、黄连、炙甘草、干姜、人参、大枣 7 味药组成,是辛开苦降、调和脾胃阴阳的代表方剂,因其配伍精当,疗效显著,故后世广泛应用于各种消化道及其他疾病的治疗<sup>[6]</sup>。半夏泻心汤证由外邪乘虚内入,中虚失运,升降失常,寒热互结于心下所致。方中以辛温之半夏为君,散结除痞,又善降逆止呕。臣以辛热之干姜以温中散寒;黄芩、黄连之苦寒以泄热开痞。以上四味相伍,具有寒热平调,辛开苦降之用。然寒热错杂,又缘于中虚失运,故方中又以人参、大枣甘温益气,以补脾虚,为佐药。使以甘草补脾和中而调诸药。综观全方,寒热互用以和其阴阳,苦辛并进以调其升降,补泻兼施以顾其虚实,全方体现寒热并用,辛开苦降,补泻兼施的配伍特点。寒去热清,升降复常,则痞满可除、呕利自愈。临床观察表明,半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎能够缓解慢性萎缩性胃炎患者的临床症状表现,提高患者的生存质量,并能改善胃黏膜病理萎缩和肠化,且临床观察无不良事件发生。林健钊<sup>[7]</sup>则认为半夏泻心汤证与慢性萎缩性胃炎二者在“主症一致、病机相符、药效吻合”3 个方面上有共同之处。有学者通

过实验室研究表明<sup>[8-10]</sup>;赵英红<sup>[13]</sup>认为半夏泻心汤有保护胃黏膜、提高胃动力、抑制幽门螺旋杆菌感染的作用。不仅能显著改善临床症状,对胃黏膜慢性炎症、腺体萎缩、肠上皮化生或不典型增生亦有较好的治疗效果。有研究<sup>[14-15]</sup>认为慢性胃炎,病程日久常寒热、虚实错杂,为本虚标实之证,其本在脾胃虚弱,半夏泻心汤治疗胃炎效果很好,是古为今用的好方。

在本次研究中,治疗前 2 组胃黏膜萎缩和肠化积分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后 2 组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于治疗前( $P < 0.05$ );治疗后治疗组的胃黏膜萎缩和肠化积分均低于对照组( $P < 0.05$ )。说明半夏泻心汤联合埃索美拉唑能有效改善胃黏膜病理萎缩、肠化方面的病理情况。在治疗后治疗组的总有效率为 94.11%,对照组为 66.05%,治疗组的有效率优于对照组( $P < 0.05$ ),疗效显著。在治疗过程中,对照组出现因服药出现的 2 例不良反应,治疗组观察中患者均无不良反应发生。本研究结果说明中医药能够治疗慢性萎缩性胃炎且具有较好的临床疗效,而且不良反应较少,经济有效,适合推广普及。但目前的临床观察研究只是初步的,而且慢性萎缩性胃炎在临床上病程长,辨证分型复杂,今后应对该治疗方法实施更进一步的临床研究,特别是在半夏泻心汤作用机理上多做研究,以便更好地发挥中医中药的优势。

#### 参考文献

- [1] 陈佳,李守英,徐红.慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中国老年学杂志,2013,33(14):102-104.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[S].中医杂志,2010,51(8):749-753.
- [3] 王立群,陆为民,周晓虹.慢性萎缩性胃炎中医临床研究进展[J].中医药导报,2010,16(9):121-122.
- [4] 彭庆娟,蔡克银.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J].浙江中医药大学学报,2013,37(3):359-362.
- [5] 苏海东.慢性萎缩性胃炎的中医认识与论治[J].临床合理用药,2012,5(4C):69-70.
- [6] 张胜,陈立江,车轶,等.半夏泻心汤药理研究最新进展[J].中国中药杂志,2001,26(7):437-439.
- [7] 林健钊.试论半夏泻心汤证与慢性萎缩性胃炎证治关系[J].医学前沿,2011,1(20):38-41.
- [8] 张胜,史国兵.半夏泻心汤对正常大鼠胃底条运动的影响[J].中国中药杂志,2002,27(11):866.
- [9] 雷丽,麻春杰,史丽芳,等.胃和冲剂 II 号对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜三叶因子 1 和 CD34 表达的影响[J].中国医药,2013,8(4):493-495.

(下接第 1521 页)

的特点。国外资料显示舒张性心力衰竭发生率虽约占充血性心力衰竭的 20%~60%,但以老年人最常见<sup>[9-11]</sup>,这与我们研究结果舒张性心力衰竭患者发病年龄偏于 55 岁以上相一致,而且以女性患者更为常见( $P < 0.01$ )。从中医证候及证候要素分布来看,舒张性心力衰竭患者中医证候以气虚血瘀,气阴两虚为主,证候要素排在前三位的分别为气虚(94.5%),阴虚(39.5%),血瘀(43.5%),可见舒张性心力衰竭的发病基础为气虚,并以心气虚为主,据此我们认为心气虚应为舒张性心力衰竭的始动因素,且伴随该病的整个过程,心气虚,鼓动无力,心脉不充,血行不畅,脉道不充,再及血失统摄,必致瘀血内停,因此我们认为气虚为本,气虚血瘀,气阴两虚为主为舒张性心力衰竭主要证候特点。另我们还观察到阳虚(34.0%),仅次阴虚(39.5%),不同年龄段患者中阴虚分布未见差异,而阳虚、肾虚在随着患者年龄段的增长均具有显著性升高( $P < 0.01$ ),基于中医理论“人年四十而阴气自半”,并依据阴阳互根互用,阴损及阳,由心及肾,而出现阴阳两虚、心阳虚、心肾阳虚、据此我们推断除气虚外,阴虚或为舒张性心力衰竭另一始动因素。

通过对中医证候要素、脏腑虚证与年龄及 E/E' 相关性分析,我们可以看出阳虚、水饮、痰浊、肺虚、肾虚在不同年龄组具有显著统计学意义,阳虚、水饮在不同范围 E/E' 值具有显著性统计学意义。

通过以上分析,可见舒张性心力衰竭有其自身的证候特点,气虚为本,兼以血瘀,阴虚,在此基础上夹杂阳虚、痰浊、水饮,导致以心、肾、肺等主要脏腑病变,兼有涉及脾、胃、肝。因此我们认气虚为本,气虚血瘀,气阴两虚为其主要证候特点,且心气虚应为舒张性心力衰竭的始动因素,且伴随该病的整个过程,以为舒张性心力衰竭的中医规范化诊断提供一定理论依据,同时可以此证候特点为依据为研制院内制剂提供方向,将中医学介入到舒张性心力衰

竭治疗当中,以治本为出发点延缓甚至阻止病情发展,减少病死率和致残率,同时减轻患者经济负担,因此对于舒张性心力衰竭的研究具有广泛的社会效益和经济效益。另外也提醒我们在今后临床工作中,对于舒张性心功能不全患者的治疗根据中医证候特点辨证首先考虑是否存在气阴两虚,气虚血瘀,治疗方面应以益气养阴,活血化瘀为主。

#### 参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[S]. 中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.
- [2] 刘晋利,张泉. DHF 的中西医结合诊治现状及进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(5):425-427.
- [3] 胡大一,吴思远,叶平. 射血分数正常心力衰竭诊治的中国专家共识[J]. 中国医刊,2010,45(1):63-65.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:156-158.
- [5] 第二届全国活血化瘀研究学术会议. 血瘀证诊断标准[S]. 中西医结合杂志,1987,7(3):129.
- [6] 全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会. 中医虚证辨证参考标准[S]. 中西医结合杂志,1986,6(10):598.
- [7] 李小鹰. 心血管病学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2007:124-127.
- [8] 郭继鸿. 舒张性心衰的新理念[J]. 临床心电学杂志,2009,18(3):209-221.
- [9] Fischer M, Baessler A, Hense HW, et al. Prevalence of left ventricular diastolic dysfunction in community-Results from a Doppler echocardiograph based survey of a population sample[J]. Eur Heart J,2003,24(4):320,381.
- [10] Davie AP, Francis CM, Caruana L, et al. The prevalence of left ventricular diastolic filling abnormalities in patients with suspected heart failure[J]. Eur Heart J,1997,18:981-984.
- [11] Brutsaert DL, SysSU, Gillebert TC. Diastolic failure: path physiology and therapeutic implications[J]. Am Coll Cardiol,1993,22:318-325.

(2015-08-12 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 1517 页)

- [10] 姜惟,顾武军,周春祥. 半夏泻心汤对慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染大鼠一氧化氮的影响[J]. 中国医药学报,2003,18(11):666.
- [11] 中国医师协会消化医师分会. 中国慢性胃炎共识意见[S]. 中国消化病诊治指南和共识意见汇编(5版)[C]. 上海:2012.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [13] 赵英红. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的研究[J]. 中医临床

研究,2014,11(29):74-75.

- [14] 唐宴群. 半夏泻心汤治疗慢性胃炎 100 例[J]. 医学信息,2014,3(5):299-300.
- [15] Jaspersen D, Diehl KL, Schoeppner H, et al. A comparison of omeprazole, lansoprazole and pantoprazole in the maintenance treatment of severe reflux oesophagitis[J]. Aliment Pharmacol Ther,2008,12(1):49-52.

(2015-06-16 收稿 责任编辑:徐颖)