

柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制

张美颖 刘 鹏 杜 梅

(河北省衡水市人民医院内科,衡水,053000)

摘要 目的:观察柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎(CSG)患者的临床疗效,探讨疗效机制及其治疗 CSG 的临床价值。方法:选取 2017 年 3 月至 2018 年 2 月衡水市人民医院收治的肝胃不和型 CSG 患者 112 例作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 56 例。2 组患者均按照 CSG 常规方案治疗,观察组患者再以柴胡疏肝散为基础方,辨证加减治疗。2 周为 1 个疗程,2 组患者均连续治疗 2 个疗程。比较 2 组患者治疗后主要症状疗效、胃镜下胃黏膜改善疗效、幽门螺杆菌(Hp)清除率。比较 2 组患者治疗前后血清白细胞介素-2、6(IL-2、IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、趋化因子-1(MCP-1)、C 反应蛋白(CRP)及 SF-36 生命质量评分变化。比较 2 组患者治疗期间药物不良反应发生率。结果:1)治疗 2 个疗程后,2 组患者主要临床症状餐后饱胀不适、早饱感、上腹部疼痛或不适、烧灼感积分均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组患者上述症状临床有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2)2 组患者治疗后血清 IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1 及 CRP 较治疗前显著降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。3)观察组患者治疗后 Hp 清除率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);4)治疗后,观察组患者胃镜下胃黏膜改善有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);5)2 组患者治疗过程中未出现严重不良反应,一般不良反应比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:柴胡疏肝散加减辨治可有效改善肝胃不和型 CSG 患者可提升 Hp 清除率、降低患者炎性反应及免疫相关炎性反应递质水平,改善 CSG 患者临床症状及生命质量,且安全。

关键词 肝胃不和型;慢性浅表性胃炎;柴胡疏肝散;加减辨治;免疫功能;幽门螺杆菌;炎性反应;疗效;安全性

Exploration on Clinical Efficacy and Mechanism of Modified Chaihu Shugan Powder in Chronic Superficial Gastritis with Liver-stomach Disharmony

Zhang Meiying, Liu Peng, Du Mei

(Department of Internal Medicine, Hengshui People's Hospital, Hengshui 053000, China)

Abstract Objective: To observe clinical efficacy of modified Chaihu Shugan Powder in chronic superficial gastritis (CSG) with liver-stomach disharmony, and to explore therapeutic mechanism and its clinical value in treating CSG. **Methods:** A total of 112 patients with liver-stomach disharmony type CSG who were treated in Hengshui People's Hospital from March 2017 to February 2018 were selected as subjects and randomly divided into control group and observation group, with 56 cases in each group. The 2 groups of patients were treated according to conventional CSG scheme, then Chaihu Shugan powder was taken as the basic formula in the observation group to perform syndrome differentiation, modification and treatment. Two weeks was 1 course of treatment, and the 2 groups of patients were treated for 2 consecutive courses of treatment. Efficacy in main symptoms, efficacy in gastroscopic gastric mucosal improvement and clearance rate of *Helicobacter pylori* (HP) were compared between the 2 groups after the treatment. Changes of serum interleukin-2 and interleukin-6 (IL-2 and IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α), chemokine-1 (MCP-1), CRP and SF-36 quality of life scores before and after the treatment were compared between the 2 groups. Rates of adverse drug reactions/toxic and side effects during the treatment were compared between the 2 groups. **Results:** 1) After 2 courses of the treatment, the scores of main clinical symptoms such as postprandial distension and discomfort, early satiety, upper abdominal pain or discomfort, and burning sensation in the 2 groups were significantly decreased compared with those before the treatment, and those in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After the treatment, total effective rates of the above symptoms in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). 2) The serum levels of IL-2, IL-6, TNF- α , MCP-1 and CRP in the 2 groups were significantly lower than those in the control group after the treatment, and those in the observation group were lower than those in the control group. 3) After the treatment, the HP clearance rate in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). 4) After the treatment, the total effective rate of gastroscopic gastric mucosal improvement in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). 5) There were

no serious adverse reactions/toxic and side effects during the treatment in the 2 groups. There was no significant difference in general adverse reactions/toxic and side effects ($P > 0.05$). **Conclusion:** Syndrome differentiation, modification and treatment of Chaihu Shugan Powder can effectively improve the clearance rate of HP, decrease the inflammatory state of patients and the levels of immune-related inflammatory factors in CSG with liver-stomach disharmony, so as to improve the clinical symptoms and quality of life for patients with CSG. It is safe and has high clinical value.

Key Words Chronic superficial gastritis with liver-stomach disharmony; Chaihu Shugan Powder; Syndrome differentiation, modification and treatment; Immune function; Helicobacter pylori; Inflammatory state; Efficacy; Safety

中图分类号: R289.4; R573 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.11.033

慢性浅表性胃炎 (Chronic Superficial Gastritis, CSG) 是消化系统最为常见的一种胃黏膜慢性炎性疾病。胃镜下 80% ~ 90% 的 CSG 患者可见胃黏膜炎性改变如充血、水肿、出血、甚至糜烂。CSG 是慢性胃炎的初始阶段。CSG 患者通常缺乏特异性临床症状, 往往在心理及情绪改变、饮食状况改变、消化道病变等情况下发病, 可出现上腹疼痛、餐后饱胀或不伴吞酸、嗳气、恶心、食欲减退等症状, 临床也有部分的患者无症状及体征。CSG 迁延难愈、复发率极高, 病情发展可导致萎缩性胃炎, 甚至胃癌。CSG 患者较为明显的临床症状带给患者痛苦的体验, 严重影响患者的生活、工作、学习。临床数据显示, CSG 患者中超过 80% 的患者有程度不同的抑郁、焦虑情绪, 严重影响患者的生命质量^[1]。目前临床对 CSG 的病因机制研究结果显示, 幽门螺杆菌 (Hp) 感染、胆汁反流、免疫因素、精神心理因素等均为 CSG 的病因。西药在治疗 CSG 患者时重点从现有发病机制出发结合实验室检查结果选择针对症状及病因的治疗方案。但由于 CSG 受日常饮食、情绪心理影响较大, 病情易反复, 且部分患者的病因并不明确, 使得西药治疗疗效并不稳定和彻底^[2]。近年来中医药在治疗 CSG 方面取得较大进展, 从整体、系统角度出发, 根据不同患者的中医证型选择相应的中医药治疗方案, 获得较为理想的治疗效果。CSG 属中医“胃痛”“胃脘痛”范畴, 病因复杂, 外感六淫、饮食伤胃、情志不遂、脾胃虚弱等均经临床证实为此类疾病的病因和发病机制^[3]。肝胃不和型是 CSG 中最为常见的中医证型, 约占到整个中医证型分类的 50%。本研究采用柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 CSG 患者, 取得较好的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 3 月至 2018 年 2 月来衡水市人民医院治疗的肝胃不和型 CSG 患者 112 例。随机分为对照组和观察组, 每组 56 例。2 组患者性别、年龄、体质量、体质量指数、病程、中医兼证证型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究经过本院伦理委员会批准 (伦理审批号: 39203921)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 符合《中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海)》中对 CSG 的诊断标准^[4]: 临床症状: 患者无规律出现上腹部疼痛、胀痛或不适、早饱、胃部烧灼感; 伴或不伴食欲不振、吞酸、暖气、恶心等; 多无明显体征, 部分患者会出现不定时的上腹轻压痛。3 个月内胃镜下胃黏膜有点、片状或条状红斑、黏膜粗糙, 或黏膜弥漫性充血、水肿、渗出等, 伴或不伴隆起糜烂、出血、胆汁反流等征象; 胃黏膜病理检查: 以淋巴细胞、浆细胞浸润为主。

中医诊断及分型标准: 确诊为 CSG 后, 由高年资消化科中医师参照《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见 (2009, 深圳)》^[5] 及《中医病症诊断疗效标准》^[6] 中胃脘痛、胃痞的诊断及辨证分型标准对患者进行中医诊断分型。胃脘痛诊断标准: 胃脘部疼痛, 常伴痞闷或胀满、暖气、泛酸、嘈杂、恶心呕吐等症。情志不舒、饮食不节、劳累、受寒等为诱发因素。胃痞诊断标准: 胃脘部胀满、胀闷、暖气、吐酸、纳呆、胁胀腹胀。肝胃不和证: 主症: 胃脘胀痛; 痞塞不舒, 情绪不遂时易加重或复发。次症: 两胁胀满; 纳少泛恶; 心烦易怒, 善叹息; 舌淡红, 苔薄白, 脉弦。主症必备, 次症 2 项以上即可确诊。

1.3 纳入标准 1) 年龄 18 ~ 65 岁; 2) 入组前 1 个

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	性别		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量 ($\bar{x} \pm s$, kg)	体质量指数 ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)
	男 (例)	女 (例)				
对照组 ($n = 56$)	19	37	56.31 $\pm$ 7.25	72.63 $\pm$ 7.90	23.34 $\pm$ 4.48	1.38 $\pm$ 0.53
观察组 ($n = 56$)	21	35	55.18 $\pm$ 7.19	71.98 $\pm$ 7.84	23.51 $\pm$ 4.53	1.41 $\pm$ 0.57

月未服用其他治疗 CSG 药物及免疫、抗感染药物;3)符合西医 CSG 诊断标准及中医胃痞、胃痛诊断及肝胃不和型分型标准;4)信任并接受中医药治疗,无多种药物过敏史;5)患者了解研究方案,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)确诊为萎缩性胃炎或胃黏膜有重度异常增生或恶变者;2)合并消化性溃疡患者;3)合并有其他身心类疾病、免疫系统缺陷、感染性疾病者;4)合并严重心、肝、肺、肾、泌尿系统、血液系统疾病者;5)符合手术治疗指征者;6)哺乳期或妊娠期妇女。

1.5 治疗方法 2 组患者均按照 CSG 常规方案治疗。患者入组后均予以健康宣教,让患者理解生活习惯、情绪、心理状态等对疾病的影响,指导患者制定饮食规划,禁烟酒、食清淡、忌辛辣生冷油腻、浓茶、咖啡、巧克力、甜食等,规律进餐,勿过饱;平和心情,劳逸结合,适当运动。药物方案:多潘立酮片(西安杨森制药有限公司,国药准字 H10910003),餐前 30 min 口服,10 mg/次,早晚各 1 次,联合奥美拉唑肠溶片(北京太平洋药业股份有限公司,国药准字 H19990114)治疗,餐前 30 min 口服,20 mg/次,早晚各 1 次。观察组患者再予以胡疏肝散为基础方,辨证加减治疗。柴胡疏肝散组方:柴胡、陈皮各 6 g、川芎、芍药、枳壳、香附各 5 g,炙甘草 3 g。随证加减:兼肝胃气滞者加用郁金、木香、白芍、青皮各 10 g,兼脾胃湿热者加泽泻 15 g,佩兰 20 g,竹茹 15 g,兼寒热错杂者加用晒砂仁、木香、半夏、茯苓各 10 g,兼瘀血者加丹参 15 g,反酸者加瓦楞子 15 g。上述方剂,水煎服,200 mL,早晚各 1 次,每日 1 剂。本研究的中药药液由本院中药房煎煮。连续治疗 2 周为 1 个疗程,均连续治疗 2 个疗程。

1.6 观察指标 比较 2 组患者治疗后主要症状疗效、胃镜下胃黏膜改善疗效、幽门螺杆菌(Hp)清除率。比较 2 组患者治疗前后血清白细胞介素-2、6(IL-2、IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、趋化因子-1(MCP-1)、C 反应蛋白(CRP)及 SF-36 生命质量评分变化。比较 2 组患者治疗期间药物不良反应发生率。

血清炎性反应递质检测:患者入组后治疗前、治疗后,采集空腹静脉血,离心得上层清液,采用酶联免疫法检测血清 IL-2、IL-6、TNF- α 。试剂盒购自深圳晶美生物制剂公司,严格按照试剂盒说明书操作。CRP 采用西门子 BN-II 特种蛋白分析仪测定,采用免疫组化 S-P 三步法测定 MCP-1。

SF-36 生命质量评分:患者治疗前后,由同 1 位

经过培训的医师采用汉化版 SF-36 量表对患者的生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康共 8 个项目进行测评并比较。

Hp 清除率检测:患者入组未治疗前、治疗后,采用¹³C 呼气实验检测幽门螺杆菌现症感染情况,dpm $\geq$ 196 判为阳性。计算治疗前后 Hp 清除率。

药物不良反应监测收集:治疗过程中指导患者观察药物不良反应,每月监测 1 次血常规、肝功、肾功,综合判定是否出现药物不良反应。

1.7 疗效判定标准 中医证候积分及疗效判定:参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》《中药新药临床研究指南》制定 CSG 中医症状积分标准及疗效标准:有同一位经验丰富的老中医分别于治疗前后,对患者胃脘痞满、胃脘痛、烧灼感、反酸嗝气、恶心呕吐、疲倦乏力症状,采用轻、中、重分级,分别赋以 1~3 分。根据治疗前后的积分变化,计算中医症状积分变化率:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times$ 100%。临床痊愈:治疗后症状完全消失;显效:积分变化率 $\geq$ 80%;有效:证候积分减少 50%~80%,无效:证候积分减少率 $<$ 50%。治疗有效率=痊愈率+显效率+有效率。

胃镜下胃黏膜改善疗效:由同一位经验丰富的胃镜检查人员对患者治疗前后胃黏膜病理状况进行检查,评判定临床疗效:痊愈:胃镜复查黏膜病变明显好转达 I 级或活动性炎性反应消失;慢性症减轻 2 度以上或消失;显效:胃镜复查黏膜病变好转,炎性反应减轻 2 度;有效:胃镜和活检胃黏膜病变范围缩小范围 $>$ 50%,炎性反应减轻 I 度;无效:达不到上述有效标准或恶化者。临床有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析所得数据,计数资料用百分率表示,行 χ^2 检验。计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,本研究所有数据均符合正态分布,用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者症状积分和症状疗效比较 治疗 2 个疗程后,2 组患者主要临床症状胃脘痞满、胃脘痛、烧灼感、反酸嗝气、恶心呕吐、疲倦乏力积分均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组患者上述症状治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2、表 3。

2.2 2 组患者 IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1、CRP 比较

表 2 2 组患者症状积分变化比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	胃脘痞满	胃脘痛	烧灼感	反酸暖气	恶心呕吐	疲倦乏力
对照组($n=56$)						
治疗前	2.31 ± 0.35	2.18 ± 0.34	1.85 ± 0.26	1.94 ± 0.28	1.74 ± 0.25	1.56 ± 0.23
治疗后	1.73 ± 0.23 *	1.56 ± 0.21 *	1.32 ± 0.18 *	1.37 ± 0.21 *	1.31 ± 0.19 *	1.25 ± 0.19 *
观察组($n=56$)						
治疗前	2.28 ± 0.33	2.15 ± 0.32	1.83 ± 0.27	1.89 ± 0.29	1.76 ± 0.27	1.57 ± 0.24
治疗后	1.21 ± 0.14 * Δ	1.18 ± 0.12 * Δ	0.97 ± 0.13 * Δ	0.95 ± 0.12 * Δ	0.93 ± 0.14 * Δ	0.99 ± 0.14 * Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

表 3 2 组患者症状疗效比较[例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	临床有效
对照组($n=56$)					
胃脘痞满	9(16.07)	16(28.57)	19(33.94)	12(21.43)	44(78.57)
胃脘痛	10(17.86)	18(32.14)	20(35.71)	8(14.29)	48(85.71)
烧灼感	12(21.43)	14(25.00)	17(30.36)	13(23.21)	43(76.79)
反酸暖气	10(17.86)	21(37.50)	14(25.00)	11(19.64)	45(80.36)
恶心呕吐	13(23.21)	20(35.71)	16(28.57)	7(12.50)	49(87.50)
疲倦乏力	11(19.64)	21(37.50)	15(26.79)	9(16.07)	47(83.93)
观察组($n=56$)					
胃脘痞满	15(26.79)	23(41.07)	16(28.57)	2(3.57)	54(96.43) *
胃脘痛	14(25.00)	23(41.07)	18(32.14)	1(1.79)	55(98.21) *
烧灼感	14(25.00)	23(41.07)	17(30.36)	2(3.57)	54(96.43) *
反酸暖气	13(23.21)	21(37.50)	21(37.50)	1(1.79)	55(98.21) *
恶心呕吐	13(23.21)	24(42.86)	17(30.36)	2(3.57)	54(96.43)
疲倦乏力	14(25.00)	22(39.29)	17(30.36)	3(5.36)	53(94.64) *

注:与对照组比较,* $P<0.05$

表 4 2 组患者血清炎性反应递质比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-2 (pg/mL)	IL-6 (pg/mL)	TNF- α (pg/mL)	MCP-1 (%)	CRP (mg/L)
对照组($n=56$)					
治疗前	21.23 ± 3.25	51.42 ± 5.37	2.67 ± 0.26	16.98 ± 3.98	18.28 ± 1.85
治疗后	15.61 ± 2.53 *	41.51 ± 4.11 *	1.91 ± 0.21 *	10.39 ± 4.08 *	12.39 ± 2.01 *
观察组($n=56$)					
治疗前	22.03 ± 3.34	51.35 ± 5.35	2.69 ± 0.27	16.89 ± 3.97	18.89 ± 1.93
治疗后	11.59 ± 2.56 * Δ	34.25 ± 3.79 * Δ	1.52 ± 0.20 * Δ	7.38 ± 4.31 * Δ	7.89 ± 2.72 * Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

2 组患者治疗后血清 IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1 及 CRP 较治疗前显著降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.3 2 组患者 Hp 清除率、胃镜下黏膜疗效比较

观察组患者治疗后 Hp 清除率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者胃镜下胃黏膜改善有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5、表 6。

2.4 2 组患者不良反应比较 2 组患者治疗过程中未出现严重不良反应,一般不良反应比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 5 2 组患者治疗后胃镜下黏膜疗效比较

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	改善有效率 (%)
对照组($n=56$)	10	17	17	12	78.57
观察组($n=56$)	12	23	17	4	92.86 *

注:与对照组比较,* $P<0.05$

表 6 2 组患者治疗后 Hp 清除率比较

组别	治疗前 Hp 阳性 (例)	治疗后 Hp 阳性 (例)	Hp 清除率 (%)
对照组($n=56$)	51	9	82.35
观察组($n=56$)	52	3	94.23 *

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

CSG 患病人数众多,病因复杂,根治难度大。目前已明确 CSG 与 Hp 感染、情绪、心理、环境、细胞因子、自身免疫平衡破坏等关系密切^[7-8]。西医的治疗原则以纠正偏离的指标达到纠正疾病的目的,CSG 复杂的病因,使得西医在治疗 CSG 患者时难以统筹所有病因,若采用多药联用则增加了药物不良反应发生率,因此西医药在治疗 CSG 患者并无优势。中医药在分析病情制定治疗方案时以整体、系统为基础,以八纲辨证为原则,分析疾病源头病因、牵连脏器、病情可能发展方向,再以“寒者热之,热者寒之”;“虚则补之”;“实则泻之”;“坚者削之”;“留者攻之,燥者濡之”;“散者收之”等基本原则制定处方^[9],达到标本兼治、彻底改善病源、切断病机而治疗疾病的目的。中医将 CSG 患者归于“脘痛”“痞满”“呃逆”“嗳气”“吞酸”“呕吐”等范畴。自古以来,各类古典医籍对胃痛、痞满等疾病的症状、证候、病因机制、治疗原则皆有描述记载^[10-11],总结了一套完整的辨治原则。中医对 CSG 病机进行了大量的描述,《素问·举痛论》中论述的“寒气客于肠胃间…膜原之下,血不得散,小络急引,故痛而呕”^[12]。《灵枢·百病始生》曰:“喜怒不节则伤脏,脏伤则病起于阴也”。《素问·举痛论》曰:“思伤脾,则气结矣;愁忧者,气闭塞而不行;怒伤肝,怒则气逆,故气上矣”。《素问·痿证》所说:“饮食自倍,肠胃乃伤”王纶《明医杂著》云:“飧飧饮食不节,起居不时,损伤脾胃,胃损则不能纳,脾损则不能化,脾胃俱损,纳化皆难,元气斯弱,百邪易侵而饱闷,痞积等证作也”。这些分析为临床所认同^[13-14]。上述中医病机分析总结为:肝、脾、胃为胃脘痛的病位^[15]。中医体系里,肝脾胃均属中焦,中焦为主要的如泄脏器,故肝胃病理亦相连。胃主通降,脾主运化,肝主疏泄,三者功能互为因果,互相促进。而一旦其中之一异常,必然牵连其他。《素问》云“脾不能行气于脾胃,结而不散,则为痞”。《类证治裁》中曰“暴怒伤肝,气逆而痞”^[16]。肝失疏泄,则出现“肝木乘脾(胃)土”的病理状况。因此临床上常见“肝胃同病”的现象。采用现代统计手段对中医体系在胃脘、胃痛疾病的中医证候分布来看,肝胃不和型胃脘、胃痛占据 50% 的证型^[17]。治疗原则为疏肝理气为基础。

本研究采用柴胡疏肝散加减辅助西药治疗肝胃不和型 CSG 患者,结果显示,其在减轻患者临床症状积分、降低患者血清 IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1、CRP 水平方面优势明显,提升了患者的健康水平。

柴胡疏肝散源自《医学统旨》,功效为疏肝解郁,行气止痛。方中君药柴胡是经典的疏肝解郁中药,辅以香附、川芎一则疏肝解郁,一则行血活血,增君药疏肝解郁、行气止痛之功,为臣药^[18]。陈皮、枳壳理气行滞;芍药、甘草养血柔肝,缓急止痛,为佐药。甘草兼调诸药,亦为使药之用。诸药相合,共奏疏肝行气,活血止痛之功^[19]。条达肝气、畅通血脉,调和营为,痛止而寒热除^[20]。而现代病理研究显示,IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1、CRP 等指标的异常与 CSG 的发生发展关系密切。因此,柴胡疏肝散加减治疗 CSG 患者的作用机制可能与柴胡疏肝散中的中药成分综合了杀菌、活血、提高免疫力的药理作用有关。

综上所述,柴胡疏肝散加减辨治可有效改善肝胃不和型 CSG 患者可提升 Hp 清除率、降低患者炎症反应及免疫相关炎症反应递质水平,从而达到改善 CSG 患者临床症状及生命质量的目标,且安全,具有较高的临床价值。

参考文献

- [1] 张磊. 中药柴胡疏肝散在慢性浅表性胃炎肝胃不和证中的应用效果观察[J]. 中国疗养医学, 2018, 27(2): 192-193.
- [2] 赵红磊. 加味小柴胡汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(1): 80-81.
- [3] 李惊涛. 左金丸加减治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证的临床效果研究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(2): 2-3.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11): 721-738.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3): 207-209.
- [6] 中国中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [7] 黎线美. 健脾六味方联合铝碳酸镁、替普瑞酮治疗脾胃气虚型慢性浅表性胃炎临床疗效[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [8] 楼晓军, 沈灵娜, 陈洁, 等. 小柴胡汤联合替普瑞酮对慢性浅表性胃炎 T 淋巴细胞亚群及胃黏膜 COX-2 表达的影响[J]. 中药材, 2016, 39(12): 2891-2893.
- [9] 杜文彪. 加味小柴胡汤在肝胃不和型慢性浅表性胃炎中的应用效果研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(2): 9.
- [10] 李琛, 余晓娟. 针刺配合小柴胡汤合平胃散加减治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证 75 例[J]. 陕西中医, 2017, 38(1): 112-113.
- [11] 吴余粮, 林作俊, 谢少龙, 等. 金铃调胃汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎 52 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(11): 58-59.
- [12] 罗琰. 慢性浅表性胃炎肝胃不和证患者采用中医柴胡疏肝散治疗的临床效果[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(31): 4434-4435.
- [13] 林柳兵, 阙任桦, 沈艳婷, 等. 慢性浅表性胃炎的中西医研究进展[J]. 陕西中医, 2016, 37(8): 1099-1101.

(下接第 2987 页)

原发性肝癌可更有效降低血清肿瘤标记物水平,改善临床疗效。

综上所述,常规治疗基础上联合采取艾迪注射液及正肝化症汤对原发性肝癌患者进行联合干预,可有效改善其肝功能,调节机体免疫功能,降低血清肿瘤标志物 AFP 及 CEA 表达水平,提高治疗效果,恢复患者生命质量,但本研究缺乏远期效果探究,有待进一步验证。

参考文献

- [1] Zeng K, Dong HJ, Chen HY, et al. Wrist-Ankle Acupuncture for Pain After Transcatheter Arterial Chemoembolization in Patients with Liver Cancer: A Randomized Controlled Trial[J]. *Am J Chin Med*, 2014, 42(2): 289-302.
- [2] 覃慧敏, 周晓琳, 陈鹏, 等. 老年肝癌患者介入治疗后血清 HTATIP2/TIP30、B7-H4 水平变化及近期疗效[J]. *中国老年学杂志*, 2017, 37(4): 905-907.
- [3] 刘群, 翟笑枫, 郎庆波, 等. 华蟾素肝动脉栓塞治疗对中晚期原发性肝癌患者生存质量的影响[J]. *安徽中医药大学学报*, 2014, 33(2): 21-24.
- [4] Seki T, Tamai T, Nakagawa T, et al. Combination therapy with transcatheter arterial chemoembolization and percutaneous microwave coagulation therapy for hepatocellular carcinoma[J]. *Cancer*, 2015, 89(6): 1245-1251.
- [5] 黄文, 曾茹雪, 钟辉, 等. 艾迪注射液对肝癌患者 TACE 术后血清炎症因子及免疫功能的影响[J]. *实用癌症杂志*, 2015, 30(5): 658-661.
- [6] 程井军, 王述菊, 朱雪萍, 等. 正肝化症汤治疗中晚期原发性肝癌临床观察[J]. *山西中医*, 2016, 32(2): 13-15.
- [7] 中国抗癌协会肝癌专业委员会. 原发性肝癌诊断标准[J]. *中华肝脏病杂志*, 2000, 8(3): 135-135.
- [8] 杨艳荣. 培美曲塞与吉西他滨联合顺铂治疗晚期肺腺癌疗效及安全性比较[J]. *新乡医学院学报*, 2015, 32(12): 1103-1105.
- [9] 陶海云, 万里新, 魏光敏, 等. 艾迪注射液联合肝动脉化疗栓塞术治疗原发性肝癌临床研究[J]. *中医学报*, 2017, 32(7): 1157-1160.
- [10] Nishikawa H, Osaki Y, Kita R, et al. Comparison of transcatheter arterial chemoembolization and transcatheter arterial chemotherapy infusion for patients with intermediate-stage hepatocellular carcinoma[J]. *Oncol Rep*, 2014, 31(1): 65-72.
- [11] 曹贵文, 杜苗苗, 崔新江, 等. TACE 联合 ^{125}I 放射性粒子植入序贯治疗近心旁原发性肝细胞肝癌效果观察[J]. *山东医药*, 2017, 57(10): 55-57.
- [12] 侯传伟, 郑黎明, 赵雷, 等. 艾迪注射液联合 5-氟尿嘧啶对原发性肝癌患者 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. *实用癌症杂志*, 2017, 32(11): 1851-1854.
- [13] 覃岭, 左罗, 何峰, 等. TACE 联合艾迪注射液治疗原发性肝癌的临床观察[J]. *中医药导报*, 2017, 23(3): 54-56.
- [14] 王秀娟. 正肝化症汤对中晚期原发性肝癌患者的治疗效果分析[J]. *中医临床研究*, 2016, 8(30): 114-115.
- [15] 杨世荣, 王嵘, 柴丽霞, 等. 艾迪注射液联合三维适形放疗治疗中晚期原发性肝癌临床观察[J]. *陕西中医*, 2017, 38(11): 1495-1496.
- [16] 窦新立, 周凤鑫, 陈立军, 等. 血清中 AFP、CEA 和 GGT 联合检测在原发性肝癌中的诊断价值[J]. *中国实验诊断学*, 2014, 18(7): 1131-1132.
- [17] Weiss W, Eder G, Kroiss A, et al. Clinical Significance of Liver Scintigraphy Using ^{67}Ga and AFP Determination as Screening for Primary Cancer of the Liver[J]. *Scandinavian Journal of Immunology*, 2010, 8(8): 417-419.
- [18] Chen Q W, Cheng C S, Chen H, et al. Effectiveness and Complications of Ultrasound Guided Fine Needle Aspiration for Primary Liver Cancer in a Chinese Population with Serum α -Fetoprotein Levels $\leq 200\text{ ng/mL}$ -A Study Based on 4,312 Patients[J]. *PLOS ONE*, 2014, 9(8): e101536.
- [19] 赵宝祥, 李华, 张亚君, 等. 血清癌胚抗原、神经元特异性烯醇化酶、microRNA-20a 和 microRNA-210 联合检测对早期小细胞肺癌的诊断价值[J]. *新乡医学院学报*, 2019, 36(5): 452-454.
- [20] Burga R A, Thorn M, Nguyen C T, et al. Liver Myeloid-Derived Suppressor Cells Expand in Response to Tumor-Associated GM-CSF Secretion and Suppress Anti-CEA Genetically Modified T Cells[J]. *Journal of Surgical Research*, 2014, 186(2): 634-634.
- [21] 董欣敏, 张剑, 金雨. 原发性肝癌患者 CEA、AFP、CA199 和铁蛋白检测的意义[J]. *实用肝脏病杂志*, 2014, 17(3): 295-296.

(2018-12-14 收稿 责任编辑: 杨阳)

(上接第 2982 页)

- [14] 段宜珂. 疏肝调神法针刺治疗慢性浅表性胃炎(肝胃不和型)的临床观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
- [15] 陈明, 李松, 陈平湖. 对慢性浅表性胃炎实施胃脘胶囊治疗的药理学机制分析[J]. *中国实用医药*, 2015, 10(12): 198-199.
- [16] 王欢, 李成光, 李林. 加味四逆散治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床疗效观察[J]. *中医药导报*, 2015, 21(7): 65-67.
- [17] 刘付成. 中医柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证的疗效观察[J]. *当代医学*, 2015, 21(8): 155-156.

- [18] 吕娅丽, 任霞. 柴胡舒肝散加味治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎临床研究[J]. *新中医*, 2017, 49(7): 47-49.
- [19] 郭虹忆, 龙润, 杨静, 等. 柴苓益胃汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎临床疗效及机制探讨[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2018, 24(5): 166-170.
- [20] 刘艳红. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和型疗效观察[J]. *实用中医药杂志*, 2017, 33(6): 653.

(2018-12-31 收稿 责任编辑: 杨觉雄)