

# 胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎患者的效果观察

张树新

(北京京顺医院消化内科, 北京 101300)

**摘要:** **目的** 探讨慢性萎缩性胃炎患者应用胃复春片联合兰索拉唑的临床治疗效果及其对血清学相关指标的影响, 为临床治疗该疾病提供参考依据。**方法** 将2018年1月至2021年12月北京京顺医院收治的慢性萎缩性胃炎患者(156例)按随机数字表法分为对照组与联合组, 各78例。两组患者均采用常规抑酸、抗炎及清淡饮食等治疗, 对照组患者在此基础上联合兰索拉唑治疗, 联合组患者在上述治疗的基础上联合胃复春片治疗, 两组患者均连续治疗8周。比较两组患者临床疗效, 治疗前后临床症状评分, 血清学相关指标, 以及胃肠黏膜病理评分。**结果** 治疗后, 联合组患者临床总有效率高于对照组; 治疗后两组患者纳差、口苦口干、胃脘胀满、隐痛、乏力、胃中嘈杂评分, 血清白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、人可溶性白介素-2受体(SIL-2R)、胃泌素(GAS)水平, 以及腺体萎缩、肠上皮化生评分均低于治疗前, 且联合组低于对照组; 血清胃泌素-17(G-17)水平均高于治疗前, 且联合组高于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 胃复春片联合兰索拉唑对慢性萎缩性胃炎患者的治疗效果显著, 有利于改善临床证候, 减轻炎症反应, 并改善胃肠激素的分泌与胃肠黏膜情况。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎; 胃复春片; 兰索拉唑; 炎症反应

**中图分类号:** R573.3

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.18.0081.04

慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体发生萎缩, 是一种伴或不伴肠化生和(或)假幽门腺化生的慢性胃部疾病。慢性萎缩性胃炎为癌前病变, 故临床需尽早进行治疗, 以免进展为胃癌。兰索拉唑为质子泵抑制剂, 不仅可有效抑制胃酸的分泌, 且在一定程度上避免了患者炎症反应的加重, 但对机体胃痛、食欲下降等症状的改善效果不明显, 且对胃肠黏膜的修复效果不佳<sup>[1]</sup>。中医认为, 慢性萎缩性胃炎属于“胃痞”范畴, 脾胃虚弱、饮食不节、邪毒侵袭等为该疾病的主要病因, 病机为脾胃升降失司、血气瘀滞; 胃复春片由红参、香茶菜、麸炒枳壳等组成, 有清热解郁, 调节脾胃的功效, 可减轻慢性萎缩性胃炎患者的炎症反应<sup>[2]</sup>, 但其对患者的胃肠黏膜影响情况需进一步分析。基于此, 本研究主要探讨慢性萎缩性胃炎患者采用胃复春片与兰索拉唑联合治疗的临床效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按随机数字表法将北京京顺医院2018年1月至2021年12月收治的156例慢性萎缩性胃炎患者分为对照组与联合组。对照组(78例)中男、女患者分别为46、32例; 年龄25~67岁, 平均(51.36±2.63)岁; 病程1~12年, 平均(5.86±0.47)年。联合组(78例)中男、女患者分别为44、34例; 年龄25~68岁, 平均(51.53±2.57)岁; 病程1~12年, 平均(5.92±0.49)年。

对比两组患者一般资料, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 组间可比。纳入标准: 与《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[3]</sup>《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》<sup>[4]</sup>中的诊断标准相符, 且经胃镜检查确诊者; 存在胃痛、腹胀、反酸症状者; 对兰索拉唑、胃复春无过敏史者等。排除标准: 药物代谢异常者; 肾、肝等重要器官损伤者; 吞咽困难、凝血功能异常者; 依从性差, 不配合研究者; 哺乳期、妊娠期、备孕妇女; 疑似胃黏膜增生、癌变或严重胃溃疡者等。所有患者均签署知情同意书, 本研究经院内医学伦理委员会批准。

**1.2 治疗方法** 予以所有患者抑酸、抗炎及清淡饮食等常规治疗, 对照组患者在此基础上加用30 mg 兰索拉唑肠溶片(福建乐尔康药业有限公司, 国药准字H20094096, 规格: 15 mg/片)治疗, 1次/d。联合组患者基于此加服胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司, 国药准字Z20040003, 规格: 0.36 g/片)治疗, 1.44 g/次, 3次/d, 所有患者均连续治疗8周。

**1.3 观察指标** ①治疗结束后, 参考《慢性萎缩性胃炎的中医证治》<sup>[5]</sup>中的评定标准评估两组患者的治疗效果, 显效: 内镜下观察胃黏膜组织基本正常, 纳差、隐痛、乏力、胃脘胀满证候消失, 腺体萎缩症状消失或减轻 $\geq 2$ 级; 有效: 胃黏膜组织明显改善, 中医证候有所缓解, 1级 $\leq$ 腺体萎缩减轻 $< 2$ 级; 无效: 胃黏膜组织与中医证候

均无改善,腺体萎缩未减轻甚至加重。总有效率 = 显效率 + 有效率。②按照患者的实际病情评价治疗前后纳差、口苦口干、胃脘胀满、隐痛、乏力、胃中嘈杂症状,并根据症状持续性发生或症状表现显著、症状间断发生或症状表现较为严重、症状偶尔发生或症状表现较轻、症状表现不明显分别评为3、2、1、0分,分值越高则症状越严重<sup>[6]</sup>。③抽取两组患者治疗前后空腹静脉血3 mL,离心10 min(转速为3 500 r/min)后取血清,采用酶联免疫吸附实验法测定血清白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、人可溶性白介素-2受体(SIL-2R)、胃泌素-17(G-17)、胃泌素(GAS)水平。④分别于治疗前后,根据胃镜活检对两组患者胃黏膜萎缩、肠上皮化生情况进行评价,均分为轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分),分值越高提示患者胃黏膜病变越严重<sup>[7]</sup>。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件分析数据,计数资料(临床疗效)以[例(%)]表示,行 $\chi^2$ 检验;经K-S检验证实符合正态分布的计量资料(临床症状评分、血清学相关指标、胃肠黏膜病理评分)以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 联合组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	78	35(44.87)	30(38.46)	13(16.67)	65(83.33)
联合组	78	47(60.26)	27(34.62)	4(5.13)	74(94.87)
$\chi^2$ 值					5.347
$P$ 值					<0.05

2.2 两组患者临床症状评分比较 治疗后两组患者纳差、口苦口干、胃脘胀满、隐痛、乏力、胃中嘈杂评分均较治

表2 两组患者临床症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	纳差		口苦口干		胃脘胀满	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	78	2.41 $\pm$ 0.35	1.45 $\pm$ 0.24*	1.98 $\pm$ 0.41	1.15 $\pm$ 0.25*	2.43 $\pm$ 0.28	2.03 $\pm$ 0.17*
联合组	78	2.34 $\pm$ 0.31	0.84 $\pm$ 0.15*	2.07 $\pm$ 0.38	0.68 $\pm$ 0.16*	2.48 $\pm$ 0.29	1.24 $\pm$ 0.11*
$t$ 值		1.322	19.035	1.422	13.985	1.095	34.457
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

  

组别	例数	隐痛		乏力		胃中嘈杂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	78	2.15 $\pm$ 0.62	1.42 $\pm$ 0.40*	1.85 $\pm$ 0.63	0.98 $\pm$ 0.24*	1.74 $\pm$ 0.65	1.28 $\pm$ 0.29*
联合组	78	2.33 $\pm$ 0.59	1.05 $\pm$ 0.24*	1.97 $\pm$ 0.65	0.52 $\pm$ 0.12*	1.79 $\pm$ 0.68	0.74 $\pm$ 0.14*
$t$ 值		1.857	7.005	1.171	15.140	0.469	14.810
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ 。

疗前降低,且联合组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表2。

2.3 两组患者血清学相关指标比较 治疗后两组患者血清IL-8、TNF- $\alpha$ 、SIL-2R、GAS水平均较治疗前降低,且联合组低于对照组;血清G-17水平均较治疗前升高,且联合组高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表3。

2.4 两组患者胃肠黏膜病理评分比较 治疗后两组患者腺体萎缩、肠上皮化生评分均较治疗前降低,且联合组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表4。

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎是由幽门螺旋杆菌感染、不良饮食习惯等导致的胃黏膜腺体细胞萎缩、肠上皮化生,患者因胃肠道不适,常出现产生纳差、口苦口干、胃脘胀满、胃中嘈杂等症。兰索拉唑为质子泵抑制剂,主要通过抑制胃壁细胞质子泵而减少胃酸的分泌,减轻慢性萎缩性胃炎患者的临床症状,并降低胃酸反流损伤的风险,但其对慢性萎缩性胃炎患者胃肠黏膜的改善效果不佳<sup>[8]</sup>。

祖国医学认为,慢性萎缩性胃炎属“胃脘痛”“胃痛”等范畴,病因为脾胃虚弱,主要与外邪犯胃、情志失和等有关,血瘀也是该疾病发生发展甚至恶变的关键环节,故应以行气止痛、健脾和胃等为主要治疗手段。胃复春片是一种中药复方制剂,其中红参能补气滋阴、健胃,香茶菜清热利湿,活血散瘀,麸炒枳壳可调气,故胃复春能强健脾胃、活血解毒,并改善慢性萎缩性胃炎患者纳差、口苦口干、胃脘胀满、隐痛等临床证候,临床疗效良好<sup>[9]</sup>。本研究中,治疗后与对照组比,联合组的治疗总有效率较高,各项临床症状评分较低,表明胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效显著,且有利于改善机体的中医证候。慢性萎缩性胃炎患者由于胃上皮细胞受

表3 两组患者血清学相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-8(pg/mL)		TNF- $\alpha$ (pg/mL)		SIL-2R(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	78	19.47 $\pm$ 2.53	14.68 $\pm$ 1.95*	43.57 $\pm$ 2.74	34.57 $\pm$ 1.83*	379.49 $\pm$ 36.40	346.69 $\pm$ 26.49*
联合组	78	19.94 $\pm$ 2.67	10.31 $\pm$ 1.26*	43.68 $\pm$ 2.96	16.19 $\pm$ 1.18*	382.74 $\pm$ 32.95	306.83 $\pm$ 21.76*
<i>t</i> 值		1.128	16.624	0.241	74.549	0.585	10.269
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

  

组别	例数	G-17(ng/L)		GAS(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	78	264.03 $\pm$ 27.59	295.30 $\pm$ 31.69*	232.46 $\pm$ 43.96	164.20 $\pm$ 37.40*
联合组	78	261.49 $\pm$ 29.53	348.82 $\pm$ 40.55*	233.57 $\pm$ 46.39	142.96 $\pm$ 32.58*
<i>t</i> 值		0.555	9.185	0.153	3.782
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\**P*<0.05。IL-8：白细胞介素-8；TNF- $\alpha$ ：肿瘤坏死因子- $\alpha$ ；SIL-2R：人可溶性白介素-2受体；G-17：胃泌素-17；GAS：胃泌素。

表4 两组患者胃肠黏膜病理评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	腺体萎缩		肠上皮化生	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	78	2.64 $\pm$ 0.25	1.74 $\pm$ 0.20*	2.35 $\pm$ 0.22	1.69 $\pm$ 0.14*
联合组	78	2.59 $\pm$ 0.22	1.32 $\pm$ 0.14*	2.31 $\pm$ 0.20	1.26 $\pm$ 0.11*
<i>t</i> 值		1.326	15.194	1.188	21.330
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\**P*<0.05。

损，胃部有着较强的炎症反应，血清 IL-8、TNF- $\alpha$  作为常见的炎症因子，可直接反映患者病情的严重程度；而 GAS 主要由肠道黏膜内的 G 细胞分泌，当慢性萎缩性胃炎患者出现炎症反应时，细胞受损，其水平升高，使病情加重；SIL-2R 属于一种重要的免疫抑制剂，当慢性萎缩性胃炎患者受炎症反应影响时，会激活大量 T 淋巴细胞，使 SIL-2R 水平升高，降低患者免疫力<sup>[10]</sup>；另外，疾病进展中，胃黏膜发生萎缩，导致胃窦部 G 细胞数量减少，机体分泌 G-17 的能力随之下降，加重病情<sup>[11]</sup>。现代药理研究表明，红参含丰富的人参皂苷，具有抗肿瘤、抗氧化的作用，并可抑制胃上皮细胞损伤，进而减少因胃上皮细胞受损造成的炎症因子大量分泌现象<sup>[12]</sup>；香茶菜含延命草素，可抑制幽门螺旋杆菌的生长，进而减少慢性萎缩性胃炎患者的胃实质性损伤，促进胃黏膜再生，并对致癌物质 N-甲基-N'-硝基-N-亚硝基胍 (MNNG) 的分泌有抑制作用，降低胃癌发生风险，且对胃蛋白酶活性无明显影响，进而调节血清 GAS、G-17 的分泌，有助于促进患者病情转归<sup>[13]</sup>。本研究中，治疗后与对照组比，联合组患者血清 IL-8、TNF- $\alpha$ 、SIL-2R、GAS 水平均较低，血清 G-17 水平较高，说明胃复春片联合兰索拉唑能够减轻慢性萎缩性胃炎患者的炎症反应，改善胃肠激素的分泌。本研究还发现，治疗后，联

合组患者的腺体萎缩、肠上皮化生评分均低于对照组，表明胃复春片联合兰索拉唑有利于改善慢性萎缩性胃炎患者的胃肠黏膜情况。其原因在于，胃复春中枳壳的主要活性成分为挥发油，具有清除机体储存杂质，增强细胞物质代谢的作用，用于慢性萎缩性胃炎可有效减少胃肠黏膜细胞的异常增殖与凋亡，抑制腺体萎缩及肠上皮生化，促进疾病恢复<sup>[14]</sup>。

综上，胃复春片联合兰索拉唑对慢性萎缩性胃炎的临床疗效显著，有助于缓解患者的临床症状，降低炎症反应，改善胃肠激素的分泌，进而改善患者胃肠黏膜情况，具有较高的临床应用价值。

#### 参考文献

- [1] 王桂峰. 胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1757-1760.
- [2] 殷裔昌, 杨晓军, 骆嘉俊, 等. 香砂六君子丸联合胃复春治疗胃溃疡的临床疗效及对患者胃肠道功能和炎性因子的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(1): 89-92.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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(2): 121-131.
- [5] 蔡慎初, 宋慧娟. 慢性萎缩性胃炎的中医证治 [M]. 上海: 上海科学普及出版社, 2006: 45-63.
- [6] 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 [J]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749-753.
- [7] 朱永钦, 朱永苹, 黄连梅, 等. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展 [J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 322-

# 疏肝利胆排石汤对腹腔镜胆囊切除术后急性结石性胆囊炎患者治疗的有效性探讨

李韶银

(泗洪东方医院中医外科, 江苏 宿迁 223941)

**摘要:** **目的** 探讨疏肝利胆排石汤对腹腔镜胆囊切除术后急性结石性胆囊炎患者中医证候与血清学相关指标的影响, 为临床治疗该疾病提供参考依据。**方法** 按随机数字表法将 2020 年 1 月至 2022 年 1 月泗洪东方医院收治的急性结石性胆囊炎患者 62 例分为对照组和观察组, 各 31 例。所有患者入院后均实施腹腔镜胆囊切除术, 对照组患者术后进行常规西医治疗 (包括抗感染、胃肠外营养、禁食、补液等), 观察组则在对照组基础上服用 3 个月的疏肝利胆排石汤治疗, 两组患者均于术后 3 个月入院复诊。对两组患者治疗后临床疗效, 机体恢复情况, 治疗前后中医症状积分, 血清总胆红素 (TBiL)、总胆汁酸 (TBA)、丙氨酸氨基转移酶 (ALT)、 $\gamma$ -谷氨酰转氨酶 (GGT), 以及胃泌素 (GAS)、促胃动素 (MOT)、生长抑素 (SST)、血管活性肠肽 (VIP) 水平进行对比。**结果** 治疗后, 观察组患者的临床总有效率高于对照组, 排气、进食、肠鸣缓解、腹胀缓解、排便、住院时间均短于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者腹胀、纳差、呕吐、腹痛评分, 以及血清 TBiL、TBA、ALT、GGT、SST、VIP 水平均降低, 且观察组低于对照组; 血清 GAS、MOT 水平均升高, 且观察组高于对照组 (均  $P < 0.05$ )。**结论** 疏肝利胆排石汤对腹腔镜胆囊切除术后急性结石性胆囊炎患者的治疗效果显著, 有利于促进机体恢复, 改善肝胆功能, 促进胃肠道功能快速恢复。

**关键词:** 急性结石性胆囊炎; 腹腔镜胆囊切除术; 疏肝利胆排石汤

**中图分类号:** R657.4+1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.18.0084.04

急性结石性胆囊炎是一种急腹症, 通常由肠道菌群侵袭或结石嵌顿引发上腹部疼痛急性发作, 其诱发的疼痛极易扩散至机体背部、肩胛及右肩等, 严重影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。腹腔镜胆囊切除术手术视野清晰, 可在直视情况下进行操作, 因而被临床广泛应用于急性结石性胆囊炎的治疗中, 但部分患者术后会出现上腹部隐痛、上腹部饱胀感等症状, 影响患者胃肠功能的恢复<sup>[2]</sup>。中医学中并无结石性胆囊炎的病名, 通常将其归属于“胆胀”“胁痛”等范畴, 采用辨证论治理论进行治疗, 以祛湿排石、疏肝利胆为主要治疗原则, 疏肝利胆排石汤中含有柴胡、鸡内金、枳实、延胡索等多种中药成分, 具有化积排石、散瘀止痛、疏肝利胆之功效<sup>[3]</sup>。故而, 本研究旨在探讨急性结

石性胆囊炎患者在腹腔镜胆囊切除术后采用疏肝利胆排石汤的治疗效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按随机数字表法将 2020 年 1 月至 2022 年 1 月泗洪东方医院收治的急性结石性胆囊炎患者 62 例分为两组。对照组 (31 例, 术后予以常规治疗) 中男、女患者分别为 13、18 例; 年龄 35~68 岁, 平均 (50.78 ± 9.12) 岁; 病程 3 个月~6 年, 平均 (3.68 ± 0.36) 年。观察组 (31 例, 术后常规治疗 + 疏肝利胆排石汤) 中男、女患者分别为 12、19 例; 年龄 33~69 岁, 平均 (50.62 ± 9.06) 岁; 病程 1 个月~5 年, 平均 (3.52 ± 0.44) 年。对比两组患者一般资料, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间具

**作者简介:** 李韶银, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 中医外科疾病的诊治。

- 325.
- [8] 宋敏, 陈晓娟. 香砂养胃丸联合兰索拉唑治疗脾虚气滞型慢性萎缩性胃炎的临床观察 [J]. 中国药房, 2017, 28(36): 5095-5097.
- [9] 姚鹏, 冯璐, 郝莉莉, 等. 西尼必利联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2020, 35(12): 2441-2445.
- [10] 李加虎, 张德乐, 赵剑峰, 等. 胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清相关指标的影响 [J]. 西部医学, 2019, 31(7): 1043-1047.

- [11] 方小鹤, 赵平, 王江滨. 血清胃泌素 17 在慢性萎缩性胃炎患者中的表达水平及意义 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(5): 1290-1291.
- [12] 温富春, 纪凤兰, 丁涛, 等. 紫红参提取物抗肿瘤作用的实验研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(2): 200-202.
- [13] 李萍, 李园, 李可歆, 等. 基于生物分子网络探讨胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(1): 48-53.
- [14] 周德胜. 麸炒枳壳的炮制工艺及其缓和药性的初步研究 [J]. 现代中医药, 2018, 38(6): 137-139, 151.