

# “养胃消疣颗粒”治疗非幽门螺杆菌相关性疣状胃炎 120 例临床研究

徐兆山 田 敏 陈 勇 黄福斌 黄 河 杨睿芊 王 霞 张 阳

(盐城市中医院消化科,江苏盐城 224002)

**摘 要** 目的:观察养胃消疣颗粒治疗非幽门螺杆菌相关性疣状胃炎的临床疗效。方法:将符合病例入选标准的 240 例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组服用我院研制的养胃消疣颗粒,对照组口服奥美拉唑,2 组均连用 8 周后观察并比较临床疗效。结果:治疗组患者胃脘痛、胀满、厌食、嗝气症状疗效均明显优于对照组( $P<0.05$ , $P<0.01$ );治疗组治疗后疣状结节数较治疗前明显减少( $P<0.01$ ),其中非完全型疣状结节疗效明显优于对照组( $P<0.01$ );2 组总体疗效比较,治疗组明显优于对照组( $P<0.01$ )。结论:养胃消疣颗粒治疗非幽门螺杆菌相关性胃炎临床疗效确切,值得推广运用。

**关键词** 养胃消疣颗粒 疣状胃炎 疣状结节

中图分类号 R573.390.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)04-0036-03

疣状胃炎是慢性胃炎的特殊类型,是一种在内镜下、X 线和组织学上都具有特征性改变的胃黏膜病变,内镜下表现为隆起性糜烂,顶部有脐状凹陷呈疣状外观,多呈圆形或类圆形,直径大多 $<10\text{mm}$ <sup>[1]</sup>。疣状胃炎的病因和发病机制尚未完全阐明,有研究表明 Hp 细胞毒素相关蛋白 A 与疣状胃炎关系很密切<sup>[2]</sup>,疣状胃炎患者合并 Hp 感染的概率为 52%~93%。也有一些观点认为其发生与中毒、摄入有害物质、内分泌异常、免疫功能低下等因素有关<sup>[3]</sup>。我们曾用自拟乌贝消疣颗粒治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性疣状胃炎取得了较好疗效<sup>[4]</sup>,但是在临床工作发现,部分疣状胃炎患者与 Hp 感染无关,从 2011 年 1 月至 2013 年 10 月,以自拟养胃消疣颗粒治疗非 Hp 相关性疣状胃炎,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 240 例均为我院门诊和住院疣状胃炎患者,根据随机数字表法分为治疗组和对照组各 120 例,治疗组男 56 例,女 64 例;年龄最小 21 岁,最大 69 岁,平均年龄 $(41.5\pm 9.5)$ 岁;完全型 42 例,不完全型 78 例;病程 6 个月~7 年,平均病程 $(3.3\pm 1.1)$ 年。对照组男 66 例,女 54 例;年龄最小 20 岁,最大 71 岁;平均年龄 $(40.2\pm 9.1)$ 岁;完全型 36 例,不完全型 84 例;病程 8 个月~6 年,平均病程 $(3.1\pm 1.2)$ 年。2 组一般情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准:内镜下表现为胃窦、胃体单发或多发的疣状隆起,伴或不伴有糜烂(病变隆起较低,顶部脐状凹陷大而浅属于不完全

型;病变隆起起始部较高,顶部脐样凹陷小而深或脐样凹陷消失而呈息肉样属于完全型)<sup>[5]</sup>;经  $^{14}\text{C}$  尿素呼气试验检查均为幽门螺杆菌感染阴性。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>,符合以下标准:患者自觉胃脘痛、胀满、嘈杂,厌食,嗝气,且反复发作 2 个月以上。

**1.3 排除标准** 不符合纳入标准者,对养胃消疣颗粒过敏者;妊娠、准备妊娠或哺乳期妇女;合并肝脏、心脏、脑部、血液系统等严重合并症者;不能配合检查或不能按规定服药而影响疗效者;有上消化道手术史者。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 予养胃消疣颗粒(中药颗粒剂系江阴天江药业有限公司生产),药物组成:党参 10g,白术 10g,黄芪 15g,乌贼骨 10g,瓦楞子 15g,延胡索 10g,川连 5g,白芍 10g,白及 10g,牡蛎 20g,莪术 6g,丹参 10g,川朴 10g,甘草 5g。每次 1 包,每日 3 次,饭前温开水冲服,连用 8 周。

**2.2 对照组** 奥美拉唑胶囊(江苏省常州市四药制药有限公司生产,批号 20100719、20120120) 每次 20mg,每日 2 次,连用 8 周。

2 组患者在治疗期间均要求停用其他药物。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标和方法

**3.1.1 疣状结节数目** 治疗前后内镜下观察 2 组患者黏膜情况及疣状结节数目(完全型和不完全型

基金项目:盐城市 2011 年度医学科技发展计划项目(YK2011030)

分别统计)。

**3.1.2 临床症状评分** 将患者症状分为胃脘痛、胀满、嘈杂、厌食、暖气 5 项进行观察,并制定评分标准:无症状患者为 0 分;偶有症状或每天出现症状 1~2 次,症状轻微者为 1 分;每天出现症状 3~5 次以上,症状较重,但尚能忍受者为 2 分;每天出现症状 5 次以上,症状严重,难以忍受者为 3 分。

同时观察 2 组患者有无与治疗药物有关的不良反应及轻重程度、持续时间等。

### 3.2 疗效评定标准

**3.2.1 单项症状疗效评定标准** 显效:该症状消失或减轻 $\geq 2$ 分者;有效:虽有症状,但该症状减轻 1 分者;无效:该症状没有减轻或反而加重者。

**3.2.2 总体疗效评定标准** 临床治愈:临床症状消失,胃镜下乳头状或痘疹样隆起消失,胃黏膜呈红白相间;显效:治疗后症状积分下降  $2/3$ ,胃镜下乳头状或痘疹样隆起低平,脐样凹陷及凹陷处糜烂消失;有效:治疗后症状积分下降  $1/3$ ,但胃镜下乳头状或痘疹样隆起依然,脐样凹陷处糜烂好转;无效:治疗后症状积分下降 $<1/3$ 或停药后即复发,胃镜下观察无改变。<sup>[6]</sup>

**3.3 统计学方法** 数据统计运用 SPSS 13.0 软件,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,计量资料两两比较用  $t$  检验,两样本率的比较用  $\chi^2$  检验。

### 3.4 治疗结果

**3.4.1 2 组患者治疗后单项症状疗效比较** 见表 1。经统计学比较,治疗组胃脘痛、胀满、厌食、暖气症状疗效明显优于对照组( $P<0.05$ ),对嘈杂症状的改善组间无统计学差异( $P>0.05$ )。

**3.4.2 2 组患者治疗前后疣状结节数目比较** 见表 2。治疗组治疗后完全型和不完全型疣状结节数目均较治疗前明显减少( $P<0.01$ ),对照组治疗后不完全型疣状结节数目较治疗前明显减少( $P<0.01$ );治疗组治疗后不完全型疣状结节数目明显低于对照组( $P<0.01$ )。

**3.4.3 2 组患者治疗后总体疗效比较** 见表 3。

**4 讨论**

疣状胃炎在第十届世界胃肠病大会上被列为具有高度癌变倾向的疾病之一<sup>[7]</sup>。由于本病因尚未十分清楚,现代医学将其纳入慢性胃炎治疗,抑酸剂和胃黏膜保护剂是目前现代医学保守内科治疗疣状胃炎的主要方法,但其治疗单一,远期疗效不确定。疣状胃炎按其形态特征

和病理演变可分为完全型和不完全型。其中不完全型(或未成熟型)多由炎症水肿引起,病变隆起较低,顶部脐状凹陷大而浅,易于消退;而完全型(或成熟型)多由不完全型转变而来,隆起病灶主要为组织增生而致,不易消退,隆起起始部较陡,隆起较高,顶部脐样凹陷小而深,或脐样凹陷消失而呈息肉样<sup>[8]</sup>。

据临床观察疣状胃炎临床表现多为胃痛、胃胀、嘈杂、暖气、厌食等,属于中医学“胃痛”范畴。本病多因机体感受外邪,或饮食不节,或情志抑郁,或久病体虚,以致脾失健运,胃失和降,湿邪内生,日久聚湿生痰,郁而化热,气机阻滞,血运不畅,痰瘀湿热互结于中焦而发病,乃本虚标实证。部分患者以邪实为主,热郁、痰阻、血瘀为其标,兼有本虚;部分患者以本虚为主,脾胃气虚为其本,兼有标实。我们发现非 Hp 相关性疣状胃炎往往以本虚为主,选用养胃消疣颗粒,以培本补虚,兼以清热化痰、消积祛瘀。方中党参甘温补中,健脾和胃促运;白术甘温性缓,补脾燥湿,健脾力强;黄芪甘微温,是健脾补肺、益气扶正之要药。上三药共奏补中益气、培本补虚之效。再加咸寒之牡蛎软坚散结消疣、制酸止痛,四药共为君药,共奏益气祛邪之功,且有补有散,以补为主。乌贼骨、瓦楞子、白及三药齐用制酸止痛敛疮、化痰散结、消痰软坚;丹参、莪术、延胡索畅胃络,通血脉,助血行,

表 1 治疗组与对照组单项症状疗效比较 例(%)

| 症状  | 组别  | 例数  | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效         |
|-----|-----|-----|----------|----------|----------|-------------|
| 胃脘痛 | 治疗组 | 120 | 54(45.0) | 59(49.2) | 7(5.8)   | 113(94.2)*  |
|     | 对照组 | 120 | 50(41.7) | 51(42.5) | 19(15.8) | 101(84.2)   |
| 胀满  | 治疗组 | 120 | 55(45.8) | 55(45.8) | 10(8.3)  | 110(91.7)** |
|     | 对照组 | 120 | 36(30.0) | 52(43.3) | 32(26.7) | 88(73.3)    |
| 嘈杂  | 治疗组 | 120 | 45(37.5) | 60(50.0) | 15(12.5) | 105(87.5)   |
|     | 对照组 | 120 | 46(38.4) | 58(48.3) | 16(13.3) | 104(86.7)   |
| 厌食  | 治疗组 | 120 | 40(33.3) | 75(62.5) | 5(4.2)   | 115(95.8)** |
|     | 对照组 | 120 | 25(20.8) | 65(54.2) | 30(25.0) | 90(75.0)    |
| 暖气  | 治疗组 | 120 | 60(50.0) | 52(43.3) | 8(6.7)   | 112(93.3)** |
|     | 对照组 | 120 | 30(25.0) | 56(46.7) | 34(28.3) | 86(71.7)    |

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ 。

表 2 治疗组与对照组治疗前后疣状结节数目比较 个/例(总例数)

| 组别  | 时间  | 例数  | 完全型                              | 不完全型                              |
|-----|-----|-----|----------------------------------|-----------------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 120 | 7.6 $\pm$ 2.4(42)                | 9.5 $\pm$ 2.8(78)                 |
|     | 治疗后 | 120 | 5.5 $\pm$ 2.7(42) <sup>###</sup> | 2.2 $\pm$ 1.5(78) <sup>####</sup> |
| 对照组 | 治疗前 | 120 | 6.8 $\pm$ 2.8(36)                | 8.8 $\pm$ 3.9(84)                 |
|     | 治疗后 | 120 | 5.9 $\pm$ 2.4(36)                | 4.8 $\pm$ 1.6(84) <sup>##</sup>   |

注:与本组治疗前比较,### $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P<0.01$ 。

表 3 治疗组与对照组治疗后总体疗效比较 例

| 组别  | 例数  | 临床治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率    |
|-----|-----|------|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 120 | 41   | 47 | 22 | 10 | 91.7%** |
| 对照组 | 120 | 20   | 26 | 39 | 35 | 70.8%   |

注:\*\*与对照组比较, $P<0.01$ 。

止腹痛。6味臣药,软坚散结、活血止痛,与君药配伍,有补有攻,标本兼治。佐药有川连清热泻火,川朴行气消积、燥湿除满,白芍缓急止痛。甘草调和诸药。本方能起到促进胃黏膜血液循环,促进炎症吸收、消退,加快糜烂病灶的愈合等作用,从而有效改善患者胃脘痛、食后腹胀、嘈杂、胃纳减少、嗝气等症状。

本研究结果表明,养胃消疣颗粒治疗非Hp相关性疣状胃炎总体疗效优于使用奥美拉唑的对照组,其对胃脘痛、胀满、厌食、嗝气症状改善亦明显优于对照组,而在改善患者嘈杂症状方面2组疗效相当,考虑嘈杂症状本身与胃酸相关,而质子泵抑制剂正好能发挥其持久的抑酸作用,故疗效明显。同时我们通过对疣状胃炎进行完全型和不完全型分组观察发现,2组药物对不完全型疣状结节均有较好的治疗作用,治疗组优于对照组;对完全型疣状结节治疗组疗效较好,对照组则效果不明显,治疗后组间比较差异无统计学意义。其原因可能因为不完全型由炎症水肿引起,而完全型多由不完全型转变而来,隆起病灶主要为组织增生,不易消退。

综上,养胃消疣颗粒对非Hp相关性疣状胃炎疗效肯定,且患者依从性好,值得临床推广。由于目前对疣状胃炎的病因和发病机理的认识尚不完全清楚,导致其疗效判定的标准亦缺乏统一性、权威性,故而无法进行横向比较。

## 参考文献

- [1] 柳恕中.疣状胃炎的临床和内窥镜观察[J].中华消化杂志,1983,3(2):75.
- [2] 张玲霞,白骊群,白西平,等.幽门螺杆菌细胞毒素相关蛋白A与疣状胃炎的关系[J].中国煤炭工业医学杂志,2002,5(9):910.
- [3] 付峻林,吴云林.疣状胃炎的历史、现状与思考[J].国外医学(消化系疾病分册),2005,25(3):155.
- [4] 徐兆山,吴淑华,黄福斌,等.乌贝消疣颗粒治疗幽门螺杆菌相关性疣状胃炎120例临床观察[J].中医杂志,2010,51(8):698.
- [5] 中华医学会消化内镜学分会.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,21(2):77.
- [6] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M].1993:74.
- [7] 夏玉亭,于中麟.胃炎临床研究进展[M].上海:上海科学技术出版社,2003:374.
- [8] 张荫昌,张文范.疣状胃炎的诊断和病理[J].中国医科大学学报,1980,9(3):15.

第一作者:徐兆山(1956—),男,医学硕士,主任中医师,长期从事脾胃内科临床及科研工作。

通讯作者:陈勇,医学硕士,主治中医师。dycy1978@sohu.com

收稿日期:2015-11-11

编辑:吴宁

(上接第35页)

病理生理学的差异产生能谱衰减曲线的差异。气阴两虚证与阴虚内热证均存在阴虚的病理基础,故而能谱参数无显著性差异。由于本研究病例数量较少,且纳入患者均为晚期,不可避免存在选择性偏倚,能谱CT碘含量与肺癌中医证型的相关性仍需要多中心大样本的临床试验予以证明。

## 参考文献

- [1] 陈万青,张思维,曾红梅,等.中国2010年恶性肿瘤发病与死亡[J].中国肿瘤,2014,23(1):1.
- [2] 关念波,刘浩.肺癌中医药治疗的研究进展及展望[J].临床肿瘤学杂志,2013,18(3):264.
- [3] 王雪梅.CT能谱成像在定量鉴别诊断肺内良恶性病变中的应用价值初探[D].银川:宁夏医科大学,2013.
- [4] 吴百华.宝石CT能谱成像对肺癌放疗临床疗效的评估[D].长春:吉林大学,2013.
- [5] 黄玮.宝石能谱CT成像在鉴别不同病理类型肿瘤及其转移淋巴结中的作用[D].合肥:安徽医科大学,2013.
- [6] 戴随,赵静,李会强.非小细胞肺癌中医证型与肿瘤标志物关系研究[J].陕西中医,2014,35(3):312.
- [7] 贾桂婵,褚东宁.肺癌X线征象和病理分型与中医证型

关系分析[J].浙江中西医结合杂志,2001,11(2):107.

- [8] 王蕾,宁小晓,李和根,等.肺癌患者中医证型与其组织类型、临床分期及肿瘤标志物的相关性分析[J].检验医学,2013,28(5):387.
- [9] 周伟生,杨贤卫,何蓉.中晚期周围型肺癌临床分期病理分型与中医证型相关性研究[J].中医药学刊,2006,24(8):1436.
- [10] 曾亮,奚肇庆,吴承玉.原发性支气管肺癌中医证型与螺旋CT表现及病理分型的相关性分析[J].辽宁中医杂志,2009,36(11):1842.
- [11] 高剑波.新编胸腹部能谱CT临床影像学[M].郑州:郑州大学出版社,2012:4.
- [12] 刘光明,张念志.晚期非小细胞肺癌中医证型与血清OPN、MMP-9、VEGF的相关性研究[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(11):140.

第一作者:卢成美(1990—),女,硕士研究生,研究方向为中西医结合肿瘤诊治。

通讯作者:方文岩,本科学历,主任医师,硕士研究生导师。fangwydr@163.com

收稿日期:2015-11-22

编辑:吴宁