

# “公英益胃汤”联合常规西药治疗慢性胃炎合并抑郁 32 例临床研究

何占德 刘富群

(盱眙县中医院, 江苏盱眙 211700)

**摘要** 目的:观察公英益胃汤联合常规西药对慢性胃炎合并抑郁的治疗效果。方法:将60例患者随机分为对照组28例和治疗组32例。对照组给予西医常规治疗方案,治疗组在西医常规治疗基础上加用公英益胃汤,总疗程12周。分别于治疗前后观察2组患者中医证候积分及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的变化。结果:治疗12周后,治疗组中医证候积分明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组中医证候疗效总有效率87.5%,明显优于对照组的57.14%;治疗组相比对照组,更能改善患者的HAMD评分( $P<0.05$ )。结论:公英益胃汤联合常规西药可以显著改善肝胃气滞型慢性胃炎患者临床症状及显著缓解抑郁情绪,临床使用安全。

**关键词** 慢性胃炎;抑郁;公英益胃汤;验方;中西医结合疗法

中图分类号 R573.305 文献标志码 A 文章编号 1672-397X (2020) 10-0036-03

慢性胃炎是消化科最常见的疾病之一,据统计全球约超过一半人患有不同程度的慢性胃炎,且每年数百万人因胃炎导致癌症和溃疡而死亡<sup>[1]</sup>。长期的疾病折磨不仅对患者身体造成生理损害,亦给患者带来严重的心理负担,出现不同程度的抑郁或焦虑情绪。现有临床数据显示,慢性胃炎合并抑郁情绪呈现发病率高,患者及医务人员知晓率低,常规治疗方案达标率低等特点<sup>[2-3]</sup>。因此,寻找安全有效,既能改善患者胃肠道症状又能改善患者抑郁、焦虑情绪的药物是当下的研究热点之一。公英益胃汤由我院全国基层名老中医顾克明所创,长期应用于临床治疗痞满、胃胀、胃痛等脾胃病患者,疗效较好<sup>[4]</sup>。基于此,笔者于2017年6月至2018年9月期间,在常规西药基础上,采用公英益胃汤治疗慢性胃炎合并抑郁患者32例,取得较好效果,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所有病例均为2017年6月至2018年9月期间我院脾胃病科门诊及住院患者,共60例,且经过院伦理委员会批准(编号:20170012),采用Excel随机数字表法分为2组。对照组28例:男13例,女15例;平均年龄(43.4±11.2)岁;平均病程(9.6±5.3)年;平均汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分(21.8±1.6)分。治疗组32例:男19例,女13例;平均年龄(42.5±13.3)岁;平均病程(10.2±5.3)年;平均HAMD评分(21.2±1.8)分。2组患者一般资料经统计学处理无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 慢性胃炎西医诊断标准** 参考2013年《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[5]</sup>中相关标准,且与电子内镜及病理检查结果符合。

**1.2.2 抑郁症诊断标准** 抑郁量表筛查,以《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》(Chinese Classification of Mental Disorders Version 3, CCMD-3)为主要筛查工具<sup>[6]</sup>,以心境低落为主,并至少有下列中的4项:(1)兴趣丧失、无愉快感;(2)精力减退或疲乏感;(3)精神运动性迟滞或激越;(4)自我评价过低、自责,或有内疚感;(5)联想困难或自觉思考能力下降;(6)反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为;(7)睡眠障碍,如失眠、早醒,或睡眠过多;(8)食欲降低或体重明显减轻;(9)性欲减退。以上症状使患者社会功能受损,给本人造成痛苦或不良后果,并且症状持续2周以上者方可确诊。

**1.2.3 中医证候诊断标准** 参照《证候类中药新药临床研究技术指导原则》中肝胃气滞证诊断标准<sup>[7]</sup>。主症:胃脘胀满或胀痛,胁肋部胀满不适或疼痛。次症:症状因情绪因素诱发或加重;暖气频作。舌脉:舌淡红、苔薄白,脉弦。

**1.3 纳入标准** (1)年龄≥18岁;(2)胃镜及病理明确诊断为慢性胃炎,且中医辨证为肝胃气滞证;(3)自愿参加并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1)严重的心、肝、肾等原发病者;(2)对公英益胃汤中药物过敏者;(3)合并明确的胃

肠道恶性肿瘤病史者;(4)合并有器质性精神障碍、精神疾病家族史、抑郁病史及自杀倾向者;(5)妊娠妇女或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准 (1)受试期间发生严重不良事件,考虑与本研究有关者;(2)患者依从性差,不能配合后续研究及检查;(3)其他不可抗拒的非治疗因素中止研究者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗方案。参照《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》<sup>[8]</sup>中治疗方案,并遵循个体化、针对病因治疗。对幽门螺杆菌(Hp)阳性的慢性胃炎,参考《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》<sup>[9]</sup>,均进行Hp根除治疗;伴胆汁反流者加用促动力药和(或)结合胆酸作用的胃黏膜保护剂;胃黏膜糜烂和(或)出现上腹痛和上腹烧灼感等症者,应用胃黏膜保护剂、抗酸剂;以上腹饱胀、恶心或呕吐等为主要症状者加用促动力药;进食后腹胀、纳差者,加用消化酶制剂。

2.2 治疗组 在对照组基础上,加用公英益胃汤口服。方药组成:蒲公英15 g,郁金15 g,紫苏梗30 g,鸡内金30 g,川楝子9 g,香橼皮9 g,炒延胡索9 g,橘叶9 g,炒谷芽15 g,炒麦芽15 g,炒神曲21 g,生甘草6 g。用法:每日1剂,水煎,每次200 mL,分早晚2次服用。

2组均于治疗12周后进行疗效观察。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标

3.1.1 汉密尔顿抑郁量表评分 由固定的一名专业心理咨询医师运用HAMD量表对患者的抑郁症状进行评定<sup>[10]</sup>,2组分别于治疗前及治疗后12周进行评定并比较。

3.1.2 中医证候积分 参照2002年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[11]</sup>拟定。主症按无症状、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分,次症按无症状、轻度、中度、重度分别计0、1、2、3分,各项证候积分叠加成为中医证候总积分。2组分别于治疗前及治疗12周进行疗效评定并比较。

3.1.3 安全性评价 2组患者在治疗前及治疗12周后进行血常规、尿常规、肝肾功能等检查,每月电话回访1次询问治疗过程中出现的不适症状,并做相应记录。

3.2 疗效评定标准 中医证候疗效评价标准参考文献<sup>[12]</sup>拟定,采用尼莫地平法进行疗效评估。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:主要症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;有效:主要症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;无效:主要症状、体征无明显改善甚

或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。附尼莫地平算法:疗效指数(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据由SPSS 20.0统计软件处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较采用 $t$ 检验,计数资料以百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组治疗前后中医证候积分比较 所有患者治疗前中医证候积分无明显差异( $P > 0.05$ )。经治疗12周后,对照组中医证候积分虽然较治疗前明显下降,但无显著性差异( $P > 0.05$ );治疗组中医证候积分较治疗前明显改善,且有显著性差异( $P < 0.05$ );治疗组患者中医证候积分改善比对照组更明显,2组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	28	16.83 $\pm$ 2.35	10.50 $\pm$ 1.91
治疗组	32	17.15 $\pm$ 1.48	6.75 $\pm$ 1.82*

注:与对照组比较,# $P < 0.05$ ;与治疗前比较,\* $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组中医证候疗效比较 经12周治疗,对照组28例,临床痊愈1例,显效3例,有效12例,无效12例,总有效率57.14%。治疗组32例,临床痊愈3例,显效9例,有效16例,无效4例,总有效率87.50%。治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

3.4.3 2组HAMD评分比较 所有患者治疗前HAMD评分无明显差异( $P > 0.05$ )。治疗12周后,对照组HAMD评分较治疗前无明显改善( $P > 0.05$ ),治疗组HAMD评分较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ),且与对照组比较改善更明显( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后HAMD评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	28	21.83 $\pm$ 1.57	19.50 $\pm$ 1.29
治疗组	32	21.15 $\pm$ 1.84	15.67 $\pm$ 1.58*

注:与对照组比较,# $P < 0.05$ ;与治疗前比较,\* $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组安全性评价 治疗过程中,对照组出现恶心1例、皮疹1例,不良反应发生率0.71%;治疗组发生恶心1例,不良反应发生率为0.31%,2组之间比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。此外,2组患者治疗后进行血常规、尿常规及肝肾功能检查均未发现明显异常。

## 4 讨论

慢性胃炎是一个多发性、进展性及伴随终生的炎症性疾病,且90%以上的慢性胃炎是由于Hp感染导致<sup>[1]</sup>,临床治疗主要以改善症状、抗Hp感染及预防胃肠道肿瘤发生为主,往往容易忽略患者的精

神、心理状态。但最近的一项研究显示,在确诊慢性胃炎的成年人中,焦虑和情感障碍的患病率高达27.0%和20.1%。因此,在慢性胃炎患者的治疗过程中,既要重视疾病本身的治疗,也要重视患者的心理治疗<sup>[11]</sup>。中医学对慢性胃炎的诊断主要以症状诊断为主,常将其归为“胃痛”“痞满”“反酸”“嘈杂”等范畴。中医学认为胃属“六腑”,以通为用、和降为顺,因滞而病,气滞是其重要的发病病机之一,与肝脏关系密切<sup>[13-14]</sup>,而肝气郁结,肝失调达,情志致病,日久发为郁病,因此治疗上常肝胃同治。

公英益胃汤是顾克明老先生的验方,顾老认为治疗胃炎不可过用苦寒药物,应以甘寒药物为主,蒲公英性甘、平,五行属土,故选为本方君药,紫苏、郁金行气、解郁、宽中,川楝子、延胡索、金橘叶疏肝理气、止痛,鸡内金、炒谷芽、神曲健脾消食。诸药平和,无明显寒凉偏性。此外,顾老临证时针对Hp感染伴糜烂患者,喜用半枝莲、贝母等药物;慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生时,多用僵蚕、白矾等;伴胆汁返流者,在原方基础上加用乌贼骨、白芍,加重甘草用量,效法芍药甘草汤<sup>[15]</sup>。

本研究结果显示,治疗12周后,2组均可显著降低中医证候积分,且治疗组积分明显低于对照组,提示公英益胃汤可明显缓解慢性胃炎患者的临床症状。在HAMD评分方面,治疗组可显著降低HAMD评分,且明显低于对照组( $P<0.05$ ),提示公英益胃汤有助改善患者抑郁情绪。

由于时间有限,本研究未对公英益胃汤改善患者抑郁症状的机制做进一步研究。目前研究认为抑郁症状与胃肠道疾病、自身免疫性疾病、心血管疾病、神经退行性疾病、2型糖尿病以及癌症等多种慢性炎症性疾病同时存在,长期慢性炎症是这些疾病的重要发病机制之一<sup>[16]</sup>。因此,抑郁症可能是慢性炎症综合征的神经精神病学表现。现代药理学研究显示,公英益胃汤中多种单体或化合物,如柴胡皂苷<sup>[17]</sup>、 $\beta$ -谷甾醇与谷甾醇等<sup>[18]</sup>,均可以通过抗炎,调节脑内多巴胺、5羟色胺和去甲肾上腺素、脑源性神经营养因子等起到抗抑郁作用。因此,我们后续试验会进一步研究明确公英益胃汤改善抑郁症状的具体机制。综上,公英益胃汤可以有效缓解慢性胃炎患者的消化道症状及抑郁情绪,临床使用安全有效,具有较好的应用前景。

## 参考文献

[1] SIPPONEN P, MAAROOS H I. Chronic gastritis[J]. Scand J Gastroenterol, 2015, 50 (6): 657.  
 [2] LÖWE B, SPITZER R L, WILLIAMS J B, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap

and functional impairment[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2008, 30 (3): 191.

[3] JIANG R H, YU X, MA H, et al. The prevalence of depression and anxiety in gastrointestinal out-patients of tertiary general hospitals in Beijing[J]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi, 2009, 48 (5): 399.  
 [4] 赵娟, 顾克明. 顾克明经验方公英益胃汤治疗肝胃不和型痞满证的临床观察[J]. 江西中医药, 2019, 50 (1): 32.  
 [5] 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.  
 [6] CHEN Y F. Chinese classification of mental disorders CCMD-3): towards integration in international classification[J]. Psychopathology, 2002, 35 (2/3): 171.  
 [7] 黄蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26 (21): 107.  
 [8] 房静远, 杜奕奇, 吕宾, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22 (11): 670.  
 [9] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组, 全国幽门螺杆菌研究协作组. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2017, 22 (6): 346.  
 [10] WHO. 中国精神疾病分类方案与诊断标准第3版(CCMD-3)[M]. 济南: 山东科技出版社, 2001: 140.  
 [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 134.  
 [12] SUN Y, WANG S, QI M, et al. Psychological distress in patients with chronic atrophic gastritis: the risk factors, protection factors, and cumulative effect[J]. Psychol Health Med, 2018, 23 (7): 797.  
 [13] 张声生, 唐旭东, 卞立群, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (7): 3060.  
 [14] 唐旭东, 董建华. “通降论”学术思想整理[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18 (2): 45.  
 [15] 顾克明, 赵娟, 顾志鸿. 证治偶记[M]. 南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2018: 24.  
 [16] FEHÉR J, KOVÁCS I, BALACCO GABRIELI C. Role of gastrointestinal inflammations in the development and treatment of depression[J]. Orvosi Hetilap, 2011, 152 (37): 1477.  
 [17] 江楠, 于靖, 刘腾, 等. 中药柴胡皂苷药理作用的研究进展[J]. 环球中医药, 2018, 11 (5): 796.  
 [18] 李灵, 陈健, 郭炜, 等. 基于网络药理学中药郁金治疗抑郁症作用机制研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22 (2): 121.  
 第一作者: 何占德(1973—), 男, 本科学历, 副主任医师, 研究方向为中西医结合治疗消化系统疾病。  
 通讯作者: 刘富群, 男, 医学博士, 副主任医师。Liufuqun506@163.com

收稿日期: 2020-05-14

编辑: 傅如海