

芍药甘草汤合一贯煎加减治疗慢性萎缩性胃炎 胃阴不足证的影响

褚雪菲, 刘道龙*, 韩广明

(三亚市中医院, 海南 三亚 572000)

[摘要] 目的:观察芍药甘草汤合一贯煎加减治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)胃阴不足证的临床疗效及对预后风险的影响。方法:将110例患者按随机数字表法分为对照组54例和观察组56例。两组均给予根除幽门螺杆菌(Hp)治疗措施。对照组口服养胃舒胶囊,3粒/次,2次/d;观察组口服芍药甘草汤合一贯煎加减,1剂/d。两组疗程均为16周。进行治疗前后胃镜病理评估,进行萎缩程度(OLGA)及肠化程度(OLGIM)分级评价,对萎缩程度,肠化程度,Hp感染,慢性炎性反应,活动性进行评分,并进行胃镜黏膜征象评分;进行治疗前后消化不良症状和胃肠病患者报告的结局指标(PRO)评分;检测治疗前后胃蛋白酶原I(PG I),PG II,促胃液素-17(G-17),细胞毒素相关蛋白(CagA)和空泡细胞毒素(VacA)。结果:观察组临床疗效高于对照组($Z=2.068, P<0.05$);观察组萎缩程度、肠化程度、慢性炎性反应和活动性评分均低于对照组($P<0.01$);观察组OLGA($Z=2.037, P<0.05$)和OLGIM($Z=2.014, P<0.05$)评估均高于对照组;观察组PG I, G-17水平和PG I/PG II均高于对照组($P<0.01$);观察组CagA和VacA阳性率均低于对照组($P<0.05$);观察组胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分均低于对照组($P<0.01$)。结论:在根除Hp的基础上,给予芍药甘草汤合一贯煎加减内服治疗CAG胃阴不足证患者,可减轻临床症状,提高患者生活质量,促进黏膜修复,改善了病理组织学病变,缩小了胃黏膜萎缩程度和范围,有利于延缓病变进展和降低癌变风险,有着较好的临床疗效,值得进一步深入研究。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;胃阴不足证;芍药甘草汤;一贯煎;萎缩程度;肠化程度

[中图分类号] R289;R256;R256.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2021)18-0107-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20210232

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20201204.1345.001.html>

[网络出版日期] 2020-12-04 15:13

Influence Modified of Shaoyao Gancaotang Combined with Yiguanjian on Chronic Atrophic Gastritis with Deficiency of Stomach Yin

CHU Xue-fei, LIU Dao-long*, HAN Guang-ming

(Sanya Traditional Chinese Medicine Hospital, Sanya 572000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe clinical effect on chronic atrophic gastritis (CAG) with deficiency of stomach Yin when modified Shaoyao Gancaotang combined with Yiguanjian used on patients, and to study influence to prognostic risk. **Method:** One hundred and ten cases patients were randomly divided into control group 54 cases and observation group 56 cases. Two groups got treatment of eradication of *Helicobacter pylori* (Hp). Patients in control group got Yangweishu capsules, 3 grains/time, 2 times/day. Patients in observation groups when Shaoyao Gancaotang combined with Yiguanjian modified, 1 dose/day. The treatment continued for 16 weeks. Before and after treatment, gastroscopy was discussed and operative link for gastritis assessment (OLGA) and operative link on intestinal-metaplasia assessment (OLGIM) were recorded, scores of atrophic degree, intestinal metaplasia degree, Hp infection, chronic inflammatory reaction, activity, endoscopic

[收稿日期] 20201016(009)

[基金项目] 海南省卫生计生行业科研项目(19A200111)

[第一作者] 褚雪菲, 硕士, 副主任医师, 从事中医内科疾病的临床工作, E-mail: 123344393@qq.com

[通信作者] *刘道龙, 硕士, 副主任医师, 从事老年疾病的临床工作, E-mail: 27992824@qq.com

mucosal signs, dyspepsia symptoms, reported outcome patients reported outcomes (PRO) of patients with gastrointestinal diseases were graded. And to test levels of pepsinogen I (PG I), PG II, gastrin-17 (G-17), cytotoxin associated gene A (CagA) and vacuolar cytotoxin (VacA). **Result:** The effect of patients treated in observation group was better than the effect of patients received measures in control group ($Z=2.068, P<0.05$). Scores of atrophic degree, intestinal metaplasia degree, chronic inflammatory reaction and activity were lower than the scores of patients received measures in control group ($P<0.01$). Levels of OLGA ($Z=2.037, P<0.05$) and OLGIM ($Z=2.014, P<0.05$) of patients treated in observation group were better than the levels of patients received measures in control group. And levels of PG I, G-17 and PG I/PG II of patients treated in observation group were higher than the dates of patients received measures in control group ($P<0.01$). Positive rates of CagA and VacA were all lower than the dates in control group ($P<0.05$). And gastroscopic mucosal signs and dyspepsia symptoms and scores of PRO were all lower than dates of patients received measures in control group ($P<0.01$). **Conclusion:** On the basis of eradicating Hp, treatment of Shaoyao Gancaotang with Yiguanjian modified can relieve the clinical symptoms, improve the quality of life of patients, promote mucosal repair, improve the pathological changes, reduce the degree and scope of gastric mucosal atrophy, which is conducive to delay the progression of lesions and reduce the risk of canceration when it used on CAG. It has good clinical efficacy and was worthy of further study

[Keywords] chronic atrophic gastritis; deficiency of stomach yin; Shaoyao Gancaotang; Yiguanjian; atrophic degree; intestinal metaplasia degree

慢性萎缩性胃炎(CAG)的患病率较高,在胃镜检出的各型胃炎中CAG占17.7%,病理诊断萎缩占25.8%,肠化生(IM)占23.6%,上皮内瘤变(IN)占7.3%,作为一种癌前疾病,伴有一定胃癌风险,因此受到临床广泛重视^[1]。CAG是幽门螺杆菌(Hp)感染,环境因素(生活、饮食方式),自身免疫及遗传等因素共同作用的结果,现代医学强调监测并预防恶变,除根除Hp外,其他化学预防措施仍然存在争议,也缺乏高质量的证据,目前无特效的防治措施^[1-2]。

CAG属于“胃脘痛”“痞满”“呃逆”等范畴,与素体脾虚、饮食不节、情志失调、药物、外邪(Hp感染)等有关,病变脏腑主要在胃,与肝、脾关系密切,多为本虚标实、虚实夹杂之证^[3]。中医药治疗CAG可控制、截断病情进展,甚至可以逆转萎缩,具有整体调理、个体化治疗、特效药直接针对病理改变及不良反应,可长期治疗的优点^[4]。多数学者认为脾胃虚弱为CAG为发病之本,“虚”主要在于脾气虚和胃阴虚,并贯穿于整个疾病的始终^[5]。国医大师路志正教授指出以阴虚为主的气阴两虚证为CAG最主要类型,治疗上强调顾护胃气,不可劫夺胃阴^[6]。黄远程等^[7]对9261例CAG患者分析显示,单纯CAG阶段以阴虚证素多见,伴IM和(或)IN者多兼有热、湿、瘀等证素。芍药甘草汤源于张仲景《伤寒论》,有柔肝舒筋、缓急止痛之功,具有解痉、镇痛、抗炎作用,临床观察显示加味芍药甘草汤用于CAG可有

效改善胃黏膜病理改变及抑制炎症因子的释放^[8]。一贯煎出自《柳洲医话》,是清·魏之秀之名方。能滋阴疏肝,具有抗炎、利胆,调控肿瘤细胞等作用,有学者观察到该方联合西医用于Hp相关性CAG提高Hp转阴率,降低药物不良反应发生率和病情复发率,改善生存质量^[9]。本研究笔者观察了芍药甘草汤合一贯煎加减治疗CAG胃阴不足证的临床疗效及对预后的影响效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究经三亚市中医院伦理委员会审查批准(批号SYZY201805011-02)。共选择2018年8月至2019年12月三亚市中医院老年病科及中医全科门诊110例患者作为受试对象。按随机数字表法分为对照组54例,男24例,女30例;年龄43~65岁,平均(52.14±7.67)岁;病程1~6个月,平均(3.11±0.42)个月;胃镜及病理类型见《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[1],见萎缩CAG31例,伴IM14例,伴IN9例;萎缩程度^[1]有轻度30例,中度24例;脱失3例,剔除3例,完成48例。观察组56例,男24例,女32例;年龄41~65岁,平均(52.65±7.24)岁;病程1~6个月,平均(3.37±0.39)个月;胃镜及病理类型^[1]见萎缩CAG34例,伴IM14例,伴IN8例;萎缩程度^[1]有轻度31例,中度25例;脱失4例,剔除4例,完成48例。两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①CAG诊断标准参照文献[1],可有非特异性消化不良症状,经胃镜及病理检查确诊为CAG;②胃阴不足证诊断标准参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[3],主证胃脘痞闷不适或灼痛。次证饥不欲食或嘈杂,口干,大便干燥,形瘦食少;舌脉,舌红少津,苔少;脉细。证型确定以主证和舌象必备,加次证2项以上,参考脉象亦可。

1.3 纳入标准 ①经胃镜及病理检查确诊为CAG;②吉姆萨染色Hp阳性;③萎缩性胃炎程度为轻、中度;④中医辨证为胃阴不足证;⑤年龄40~65岁,男女不限;⑥近4周没有采用过质子泵抑制剂(PPI),抗生素、铋剂治疗者;⑦患者同意本研究方案治疗,并取得其签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①经病理证实为胃癌者或重度萎缩性胃炎有较高癌变风险者;②急性胃炎、消化性溃疡或有胃部手术史者;③合并重要脏器严重病变,如合并心、肝、肾功能严重不全,合并胰腺炎、肝硬化等疾病者;④妊娠期或哺乳期患者;⑤同期使用影响胃肠道的药物者;⑥合并肿瘤、精神病患者。

1.5 治疗方法 参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[10]治疗Hp根除方案,给予铋剂四联方案,疗程为14d,之后再给予PPI维持4周。对照组口服养胃舒胶囊(规格0.4g/粒,合肥华润神鹿药业有限公司,国药准字Z34020734),3粒/次,2次/d。观察组口服芍药甘草汤合一贯煎加减,药物组成为白芍15g,炙甘草10g,当归10g,沙参15g,玉竹10g,太子参30g,麦冬10g,枸杞子20g,生地黄15g,佛手10g,丹参10g,川楝子3g,麸炒白术15g。随证加减,饥不欲食、纳呆加炒谷芽、炒麦芽、焦山楂各10g;嘈杂、腹胀、上腹胀满/痞满加北柴胡、枳壳各10g;灼痛明显加延胡索10g,海螵蛸10g,浙贝母10g;虚火化毒加白花蛇舌草、半枝莲各15g;1剂/d。饮片由三亚市中医院中药房提供,经刘道龙副主任医师鉴定符合2015年版《中华人民共和国药典》规定的药材标准,每剂药物均由患者自行煎药2次,加入适量清水,先用直火加热后改为文火煎煮30min,混合药液至400mL,200mL/次,分早、晚饭后30min温服。两组疗程均为16周。

1.6 观察指标 ①胃镜病理评估,胃镜下取胃不同部位若干胃活组织,进行萎缩程度(OLGA)及肠化程度(OLGIM)进行分级评价,对胃窦(包括胃角萎缩),胃体的萎缩和肠化进行评分,按无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分),根据肠化生和腺体

萎缩的比例分为0期,I期,II期,III期和IV期;其他组织学分级标准,对Hp感染、慢性炎症反应、活动性也按无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分)记分^[1,11];于治疗前后各评价1次。②采用酶联免疫吸附法检测血清胃蛋白酶原I(PGI),PGII和促胃液素-17(G-17)水平,采用免疫印迹法检测细胞毒素相关蛋白(CagA)和空泡细胞毒素(VacA),试剂盒(合肥莱尔生物科技有限公司,批号分别为201910731,201910724,2019107091,2019105483,2019105219);于治疗前后各评价1次。③胃镜黏膜征象评分^[1,3],对胃镜下糜烂、出血点、黏膜花斑/粗糙/结节状/颗粒状、血管显露等形态进行评分,评分标准为无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分),治疗前后各评价1次。④消化不良症状^[3],对胃脘疼痛、痞满、烧心、上腹不适、纳呆、餐后腹胀、暖气、恶心呕吐等症状按无、轻、中、重、极重,分别记0~4分,治疗前后各评价1次。⑤生活质量评分,采用胃肠病患者报告的结局指标(PRO)^[12]量表评分,从患者的角度评价自身健康情况及疗效,包括易疲乏、睡眠、反酸、胃痛、胃胀等37项,评价分5个层面,即从来没有(0分),偶尔(1分),有时(2分),绝大部分时间(3分),一直(4分),得分越高表示症状越重,对生活质量的负面影响越大;治疗前后各评价1次。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13]制定。临床痊愈为症状消失,胃镜复查黏膜炎症不明显,病理证实腺体萎缩,IM,IN消失,Hp阴性;显效为症状明显减轻,胃镜下黏膜炎症好转,腺体萎缩情况改善,Hp阴性;有效为症状减轻,胃镜下黏膜炎症有好转,腺体萎缩没有加重,Hp阴性;无效为症状加重,胃镜下黏膜炎症无好转,腺体萎缩加重,Hp阳性。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 20.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,均以 $P<0.05$ 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 治疗后,观察组临床痊愈27例,显效15例,有效5例,无效1例,对照组分别为16例,20例,7例和5例,经秩和检验分析,观察组明显高于对照组,比较差异有统计学意义($Z=2.068, P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后胃镜病理组织评分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者萎缩程度、肠

化程度, Hp感染、慢性炎性反应和活性评分均显著下降($P < 0.01$); 治疗后, 观察组除Hp感染外, 其他

各项评分均显著低于对照组, 比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后胃镜病理组织评分比较 ($\bar{x} \pm s, n=48$)

Table 1 Comparison of scores of gastroscopic pathology in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n=48$)

组别	时间	萎缩程度	肠化程度	Hp感染	慢性炎性反应	活性
对照	治疗前	3.97±0.46	2.47±0.32	2.05±0.21	2.14±0.25	2.01±0.22
	治疗后	2.27±0.28 ¹⁾	1.32±0.21 ¹⁾	0.24±0.07 ¹⁾	1.06±0.13 ¹⁾	0.72±0.11 ¹⁾
观察	治疗前	4.02±0.47	2.45±0.30	2.01±0.22	2.18±0.23	1.98±0.21
	治疗后	1.71±0.19 ^{1,2)}	0.96±0.15 ^{1,2)}	0.21±0.05 ¹⁾	0.78±0.10 ^{1,2)}	0.52±0.09 ^{1,2)}

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表4~6同)。

2.3 两组患者治疗前后OLGA评估比较 治疗后, 两组患者OLGA评估均有显著提高($P < 0.01$); 治疗后, 观察组OLGA评估均明显高于对照组($Z=2.037, P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后OLGA评估比较

Table 2 Comparison of OLGA in two groups before and after treatment

组别	时间	0期	I期	II期	III期	IV期
对照	治疗前	6	12	16	10	4
	治疗后	20	17	6	5	0
观察	治疗前	6	10	17	10	5
	治疗后	32	10	5	1	0

2.4 两组患者治疗前后OLGIM评估比较 治疗后, 两组患者OLGIM评估均显著提高($P < 0.01$); 治疗后, 观察组OLGIM评估均明显高于对照组($Z=$

2.014, $P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后OLGIM评估比较

Table 3 Comparison of OLGIM in two groups before and after treatment

组别	时间	0期	I期	II期	III期	IV期
对照	治疗前	10	16	13	9	0
	治疗后	27	15	5	1	0
观察	治疗前	9	19	10	10	0
	治疗后	37	9	2	0	0

2.5 两组患者治疗前后PG I, PG II, G-17水平和PG I/PG II变化比较 与本组治疗前比较, 治疗后两组患者PG I, PG II, G-17水平和PG I/PG II均显著升高($P < 0.01$); 治疗后, 观察组PG I, G-17水平和PG I/PG II均显著高于对照组($P < 0.01$), 治疗后两组PG II组间差异无统计学意义。见表4。

表4 两组患者治疗前后PG I, PG II, G-17水平和PG I/PG II变化比较 ($\bar{x} \pm s, n=48$)

Table 4 Comparison of changes of levels of PG I, PG II, G-17 and PG I/PG II in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n=48$)

组别	时间	PG I / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	PG II / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	G-17/ $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	PG I/PG II
对照	治疗前	54.64±7.86	8.27±1.19	8.64±1.18	6.65±0.92
	治疗后	90.22±10.71 ¹⁾	10.73±1.43 ¹⁾	10.26±1.43 ¹⁾	9.04±1.03 ¹⁾
观察	治疗前	53.73±7.49	8.20±1.15	8.71±1.09	6.56±0.86
	治疗后	103.15±11.24 ^{1,2)}	10.94±1.49 ¹⁾	12.47±1.56 ^{1,2)}	10.31±1.12 ^{1,2)}

2.6 两组患者治疗前后CagA和VacA阳性率比较 治疗后两组患者CagA和VacA阳性率均显著下降($P < 0.01$); 治疗后, 观察组CagA和VacA阳性率均显著低于对照组($P < 0.01$)。见表5。

2.7 两组患者治疗前后胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分比较 与本组治疗前比较, 治疗后两组患者胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分均显著下降($P < 0.01$); 治疗后, 观察组胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分均低于对照组, 比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表6。

表5 两组患者治疗前后CagA和VacA阳性率比较

Table 5 Comparison of positive rates of CagA and VacA in two groups before and after treatment

组别	时间	CagA	VacA
对照	治疗前	41(82.00)	31(62.00)
	治疗后	14(28.00) ¹⁾	12(24.00) ¹⁾
观察	治疗前	43(82.69)	34(65.38)
	治疗后	6(11.54) ^{1,2)}	4(7.69) ^{1,2)}

3 讨论

胃癌在我国发病率高居第二位, 存在正常黏膜→

表6 两组患者治疗前后胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分
($\bar{x}\pm s, n=48$)

Table 6 Comparison of gastroscopic mucosal signs and dyspepsia symptoms and scores of PRO in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=48$)

组别	时间	胃镜黏膜征象	消化不良症状	PRO
对照	治疗前	14.25±1.86	15.79±2.16	75.85±10.36
	治疗后	5.12±0.83 ¹⁾	6.98±0.87 ¹⁾	24.61±3.99 ¹⁾
观察	治疗前	14.43±1.92	16.02±2.24	74.29±9.86
	治疗后	3.65±0.57 ^{1,2)}	3.75±0.53 ^{1,2)}	18.30±2.92 ^{1,2)}

慢性胃炎→萎缩→IM→IN→胃癌的级联发展过程,现代学者将CAG(伴有或不伴有IM)也视为的胃癌前病变,轻度异型增生者,大多在治疗后逆转,多数学者支持肠化分型对胃癌风险预测的价值,一般认为OLGA,OLGIM为Ⅲ期/Ⅳ期属于高危人群^[2,14]。在胃癌发生过程,除Hp感染外,生活方式,PG I,PG I/PG II,G-17等诸多高风险因素也有一定作用,应直起重视^[1,14]。临床将根除Hp作为一级防治措施,但也有研究指出Hp是CAG进展的风险因素,而非萎缩黏膜发生癌变的风险因素^[15],CAG和胃癌为多因素、多机制的疾病,且因Hp耐药率逐渐升高和易复发,现有措施难以从根本上缓解症状、改善胃黏膜病变。

中医认为概括CAG的病机特点为本虚标实,本虚主要在于胃阴亏虚和脾胃虚寒,调查显示胃阴不足型CAG最为多见^[16],单纯CAG阶段以阴虚证素多见^[7]。多因饮食不节,水饮内停,酿湿生热,阻于中焦,损伤胃阴,耗伤脾气或久病气血亏虚,虚热内生,灼热耗津,胃阴亏虚或情志不畅,肝气郁而化火,灼伤胃阴;胃阴不足,胃络失于润养,则可见固有腺体萎缩/减少,胃黏膜红白相间或以白为主等失于“滋养”的表现^[16,17]。标实主要在于湿、热、毒、瘀等,这些病理要素是促进CAG进展,伴发IM,IN的重要机制^[5,7]。脾虚生湿,郁久化热,湿浊深伏于胃络,日久化毒,肉腐成疡,蕴结成积,胃络失和,则CAG化生为IM,IN;或久病入络,瘀血阻滞,而见黏膜以颗粒样或结节状增生,见肠上皮化生或不典型增生,日久成积聚之证^[18]。因此治疗要顾护胃阴(气),还要兼顾湿、热、毒、瘀等病理因素。

芍药甘草汤合一贯煎加减以白芍滋阴养血、柔肝止痛,沙参养阴清热、益胃生津,麦冬养阴生津,石斛益胃生津、滋阴清热,枸杞子以滋阴、生地黄清热生津、滋阴养血,玉竹滋阴润燥、生津止渴,太子参益气健脾、滋阴润燥,麸炒白术健脾益气,香橼、

佛手疏肝理气消滞,当归补血活血、调经止痛,丹参活血散瘀,通经止痛,炙甘草补气健脾和胃,以少量川楝子疏肝泄热、理气止痛,遂肝木条达之性。全方共奏养阴和胃、益气健脾、理气疏肝、活血止痛之功。养胃舒胶囊具有扶正固本,滋阴养胃,行气消导之功,为上市中成药,与本方功能主治基本相同,因此选择为阳性对照药物。

CAG癌变风险的评估包括萎缩的范围与程度, Hp感染状况、年龄及胃癌家族史等综合因素^[3], OLGA, OLGIM分级分期系统能反映胃炎患者的胃黏膜萎缩程度和范围,较有利于胃癌风险分层, OLGA分期系统使用简便,可反映萎缩性胃炎的严重程度和患癌风险,OLGIM分期系统则有较高的医师间诊断一致率,二者联合使用可更精确地预测胃癌风险^[1,3]。PG I,PG II,G-17的检测可能有助于判断有无胃黏膜萎缩和程度,PG水平反映胃黏膜的功能状态,胃黏膜萎缩,则PG分泌减少,特别是PG I减少,使PG I/PG II降低,有助于胃癌高危人群的风险分层^[1,3]。CAG患者胃窦G细胞的数量减少,因而分泌G-17水平下降,引起胃酸和胃蛋白酶分泌功能减弱^[19]。

Hp感染的严重程度除了病理组织学评分外,还可采用幽门螺杆菌毒力因子如CagA, VacA等,这2个因子是引发胃癌的高危因子,临床将CagA和(或) VacA阳性定为I型Hp抗体,CagA可通过引起促炎因子的表达,引起严重的黏膜损伤与转化,并使上皮结构丧失,从而导致萎缩、肠化生; VacA可起细胞空泡变性、诱导细胞凋亡,引起严重的慢性炎症反应^[20-21]。

本组资料显示治疗后观察组萎缩程度、肠化程度、慢性炎症反应和活动性评分均低于对照组, OLGA和OLGIM评估均高于对照组,PG I,G-17水平和PG I/PG II均高于对照组,胃镜黏膜征象、消化不良症状和PRO评分均低于对照组, CagA和VacA阳性率均低于对照组,临床疗效高于对照组,以上结果表明在根除Hp的基础上,给予芍药甘草汤合一贯煎加减治疗CAG胃阴不足证患者,可减轻临床症状,提高患者生活质量,促进黏膜修复,改善了病理组织学病变,缩小了胃黏膜萎缩程度和范围,从而起到延缓了病变的进展、降低癌变风险,有着较好的临床疗效,值得进一步深入研究。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 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]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [2] 房静远, 陈紫暄, 高琴琰. 重视慢性萎缩性胃炎癌变的预警、早诊与预防[J]. 中华消化杂志, 2018, 38(3): 145-148.
- [3] 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.
- [4] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 36-40.
- [5] 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): 322-325.
- [6] 苏泽琦, 于春月, 张文君, 等. 国医大师路志正治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J]. 现代中医临床, 2017, 24(3): 34-36.
- [7] 黄远程, 潘静琳, 黄超原, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究[J]. 中医杂志, 2019, 60(20): 1778-1783.
- [8] 储文梅. 芍药甘草汤加味治疗萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 四川中医, 2019, 37(5): 104-106.
- [9] 刘祥树. 一贯煎联合三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(20): 2214-2217.
- [10] 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]. 中华消化杂志, 2017, 37(6): 364-378.
- [11] CAPELLE L G, de VRIES A C, HARINGSMA J, et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis[J]. *Gastrointest Endosc*, 2010, 71(7): 1150-1158.
- [12] 周炜, 李玉潇, 张艺璇, 等. 经络诊察取穴法针刺治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(9): 928-932.
- [13] 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: 124-129.
- [14] 朱静怡, 翟惠虹, 李鹏. 慢性萎缩性胃炎的诊断与随访[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(1): 71-74.
- [15] SONG J H, KIM S G, JIN E H, et al. Risk factors for gastric tumorigenesis in underlying gastric mucosal atrophy[J]. *Gut Liver*, 2017, 11(5): 612-619.
- [16] 赵长普, 尹金磊, 党中勤, 等. 中医微观辨证法分析慢性萎缩性胃炎胃黏膜组织发生癌变的风险[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(5): 1181-1183.
- [17] 晁俊, 刘绍能. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机及证候研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(8): 133-136.
- [18] 赵兵, 崔一鸣, 陈璐, 等. 基于萎缩、肠化、异型增生严重程度影响因素的Logistic回归探讨慢性萎缩性胃炎的预防[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(5): 2145-2153.
- [19] YU G, WANG G X, WANG H G, et al. The value of detecting pepsinogen and gastrin-17 levels in serum for pre-cancerous lesion screening in gastric cancer [J]. *Neoplasma*, 2019, 66(4): 637-640.
- [20] LINK A, LANGNER C, SCHIRRMESTER W, et al. Helicobacter pylori vacA genotype is a predominant determinant of immune response to helicobacter pylori CagA [J]. *World J Gastroenterol*, 2017, 23(26): 4712-4723.
- [21] 白海燕, 郝旭蕊, 李娜, 等. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染患者的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(3): 326-330.

[责任编辑 何希荣]