

# 慢萎散治疗胃阴不足证慢性萎缩性胃炎的临床分析

宁玉凤\*, 杨翠兰, 李福善  
(青海省中医院, 西宁 810000)

**[摘要]** **目的:**探讨慢萎散治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)胃阴不足证的疗效以及对血清蛋白酶原 I (PG I)和胃泌素(GS)水平的影响。**方法:**选择符合条件的病例 110 例,按数字表法随机分为观察组和对照组各 55 例;对照组口服维酶素片 0.2 g,4 片/次,3 次/d;观察组在对照组治疗的基础上给予慢萎散治疗;将慢萎散中药粉碎成细粉,每次 9 g,温开水冲服,3 次/d;所有患者均连续治疗 3 个月。比较两组治疗前后中医(TCM)症状积分、胃黏膜组织病理评分和治疗后临床疗效;检测两组患者血清 PG I 和 GS 水平。**结果:**观察组治疗后各中医症状评分均明显低于对照组( $P < 0.01$ );观察组总有效率为 90.74%,对照组为 75.93%,观察组优于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗后黏膜炎症、炎症活动度、腺体减少和肠上皮化生评分均明显低于对照组( $P < 0.01$ );治疗后观察组 PG I 和 GS 水平均明显高于对照组,比较差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论:**慢萎散治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证可明显改善患者临床症状、体征和胃黏膜组织病理评分,提高临床治疗效果,其作用可能与升高血清 PG I 和 GS 水平相关。

**[关键词]** 慢性萎缩性胃炎;慢萎散;胃阴不足证;蛋白酶原 I;胃泌素

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)13-0173-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2016130173

## Clinical Analysis of Manwei San in Treating Stomach Yin Deficiency Syndrome of Chronic Atrophic Gastritis

NING Yu-feng\*, YANG Cui-lan, LI Fu-shan

(Chinese Medicine Hospital in Qinghai Province, Xining 810000, China)

**[Abstract]** **Objective:** To investigate clinical efficacy of Manwei San in treating stomach Yin deficiency syndrome of chronic atrophic gastritis (CAG) and its influence on serum levels of Proteinase I (PG I) and gastrin (GS). **Method:** One hundred ten CAG cases were randomly divided into observation group (55 cases) and control group (55 cases) referring to random number table. Cases in control group received Vitacoenzyme tablets 0.2 g (4 tablets/time, *tid*). Patients in observation group was treated with Manwei san, and Chinese herbal medicines were smashed and orally took with water (9 g/time, *tid*). Course of treatment was for 3 months for all cases. Scores of symptoms of traditional Chinese medicine (TCM) and pathology scores of gastric mucosa were compared between both groups pre-post treatment, and clinical efficacy was analysed after treatment. Serum levels of PG I and GS were detected in two groups before and after treatment. **Result:** Scores of TCM in observation group were obviously lower than those of control group ( $P < 0.01$ ). The total efficacy of observation group was 90.74%, and control group was 75.93% with statistical difference between both groups ( $P < 0.05$ ). After treatment, scores of inflammation of the mucosa, inflammation activity, reducing of gland, and intestinal metaplasia were remarkably lower than control group ( $P < 0.01$ ). Compared to control group, serum levels of PG I and GS in observation group was obviously increased with statistical difference after treatment ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Manwei san could evidently improve clinical symptoms and signs, pathology scores of gastric

**[收稿日期]** 20150914(216)

**[基金项目]** 西宁市卫生计生厅医学基金项目(2013ZYXD312)

**[通讯作者]** \* 宁玉凤,主治医师,从事中医内科脾胃病的临床工作, Tel:13897580705, E-mail:ningyufeng926@163.com

mucosa, and clinical efficacy in treating stomach Yin deficiency syndrome of CAG, and its action may be related with elevating PG I and GS content in serum.

**[Key words]** chronic atrophic gastritis; Manwei San; stomach Yin deficiency syndrome; proteinase I; gastrin

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化科常见病,治愈率低,易复发;该病临床以胃黏膜固有腺体减少甚至消失为病理特点,WHO 将其定义为胃癌的癌前状态<sup>[1]</sup>;调查显示,CAG 癌变率为 2.55% ~ 7.46%<sup>[2]</sup>。而在我国范围内,随着生活习惯和饮食结构的改变,胃癌的发病率正逐年上升,胃癌的死亡率已位居恶性肿瘤的第二位,对人类的生存健康构成了严重威胁<sup>[3]</sup>。因此,如何有效治愈 CAG,防治其发生癌变具有重要的临床意义。

目前,现代医学治疗 CAG 尚缺乏有效的治疗方法。而中医药治疗该病具有独特优势,具有辨证论治、个性化和不良反应少等特点<sup>[4]</sup>。临床研究也证实,中医药对 CAG 能够延缓萎缩进展,甚或逆转萎缩<sup>[4]</sup>。慢萎散是青海省中医院治疗 CAG 的协定方,具有益气养阴、健脾消胀、通络止痛之功效,笔者及科室医务人员长期用于 CAG 胃阴不足证的治疗获得良好效果。同时本研究也对其效用机制进行了初步探讨。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究符合条件的病例共 110 例,均为青海省中医院消化科 2012 年 5 月—2014 年 12 月收治 CAG 患者,疗程期间脱落 2 例,实际完成 108 例。参见数字表法随机分为观察组和对照组各 54 例。观察组男性 31 例,女性 23 例;年龄 43 ~ 64 岁,平均(56.78 ± 6.12)岁;病程 3.5 ~ 7.1 年,平均(5.3 ± 1.7)年;轻度 11 例,中度 27 例,重度 16 例;对照组男性 29 例,女性 25 例;年龄 45 ~ 63 岁,平均(55.43 ± 6.68)岁;病程 3 ~ 7.5 年,平均(5.6 ± 1.9)年;轻度 12 例,中度 28 例,重度 14 例;两组之间在性别、年龄、病程和病情一般资料比较差异均无统计学意义,具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 CGA 西医诊断标准** 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>标准进行;内镜诊断标准根据《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗试行意见》<sup>[6]</sup>标准进行。

**1.2.2 胃阴不足证诊断标准** 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>标准。①主证:胃脘痞闷不适或灼痛;舌红少津,苔少。②次证:饥不欲食或嘈杂,口干,大便干燥,形瘦食少,脉细。证候确

定:主证必备,加次证 2 项以上即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合 CGA 诊断者;②符合胃阴不足证诊断标准者;③年龄 35 ~ 70 岁;④病程 > 6 个月;⑤患者自愿接受本治疗方案,并签署协议书。

**1.4 排除标准** ①不符合以上诊断标准者;②合并胃溃疡等其他胃病者;③合并肝、肾和免疫系统等疾病或精神患者;④妊娠或哺乳期妇女;④近期服用其他药物治疗者。

**1.5 治疗方法** 对照组口服维酶素片(北海阳光药业有限公司,国药准字 H45021183) 0.2 g, 4 片/次, 3 次/d。观察组在对照组治疗的基础上给予慢萎散治疗;方药组成:黄芪、党参、太子参、山药、蒲公英、焦白术各 30 g, 乌梅、鸡内金、炒山楂各 20 g, 黄连 8 g, 甘草 10 g, 白芍 9 g, 神曲 10 g, 香橼 15 g, 莪术 10 g;将上述中药粉碎,经 100 目过筛成细粉,分装密封,经射线照射消毒;每次 9 g 温开水冲服,3 次/d,所有患者均连续治疗 3 个月。疗程期间要求生活规律、劳逸结合,宜清淡饮食,忌食用烧烤、腌制和油炸食品,禁烟酒,并停用影响本研究疗效的其它药物。

**1.6 观察指标** ①中医(TCM)症状评价,按照《中药新药临床研究指导原则》标准。评价指标包括胃脘痞闷,口干,大便干燥,胃中嘈杂和食少 5 个方面,均按 4 级计分:0 分(无),1 分(轻度),2 分(中度),3 分(重度)。②胃黏膜组织病理评分,参照《全国慢性胃炎研讨会共识意见》<sup>[7]</sup>(2000 年)与新悉尼系统评分法<sup>[8]</sup>指定;评价内容包括黏膜炎症,炎症活动度,腺体减少或萎缩和肠上皮化生 4 个方面,均按 4 级评分,无(0 分)、轻度(1 分)、中度(2 分)和重度(3 分)。③检测两组血清蛋白酶原 I(PG I)和胃泌素(GS)水平,均采用酶联免疫吸附法测定,PGI 试剂盒(上海广锐生物科技有限公司,货号 1490);GS 试剂盒(深圳欣博盛生物科技有限公司,货号 ADI-900-026)。

**1.7 疗效评定标准** 依据《中药新药临床研究指导原则》规定。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 ≥ 95%;显效:症状、体征显著改善,70% ≤ 证候积分减少 < 95%;有效:症状、体征有所好转,30% ≤ 证候积分减少 < 70%;无效:症状、体征均无显著改善,甚或加重,证候积分减少 < 30%。

总有效率 = 临床痊愈 + 显效 + 有效

**1.8 统计学处理** 数据应用 SPSS 15.0 软件包进行分析, 计量资料应用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较应用  $t$  检验, 用  $\chi^2$  检验进行计数资料分析, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 两组患者中医症状评分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

Table 1 Comparison of TCM symptom scores between both groups ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

组别	时间	胃脘痞闷	口干	大便干燥	胃中嘈杂	食少
对照	治疗前	2.66 ± 0.52	2.57 ± 0.55	2.50 ± 0.53	2.63 ± 0.59	2.71 ± 0.62
	治疗后	1.57 ± 0.42 <sup>1)</sup>	1.52 ± 0.47 <sup>1)</sup>	1.49 ± 0.43 <sup>1)</sup>	1.44 ± 0.41 <sup>1)</sup>	1.52 ± 0.48 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	2.71 ± 0.58	2.51 ± 0.50	2.56 ± 0.44	2.52 ± 0.51	2.68 ± 0.58
	治疗后	0.95 ± 0.25 <sup>1,2)</sup>	0.85 ± 0.21 <sup>1,2)</sup>	0.88 ± 0.22 <sup>1,2)</sup>	0.86 ± 0.27 <sup>1,2)</sup>	0.92 ± 0.26 <sup>1,2)</sup>

注: 与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>  $P < 0.01$  (表 3, 4 同)。

**2.2 两组患者治疗后临床疗效比较** 观察组临床总有效率为 90.74%, 对照组为 75.93%, 观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

Table 2 Comparison of clinical therapeutic efficacy between both groups after treatment ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

组别	临床痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	9	20	12	13	75.93
观察	14	18	17	5	90.74 <sup>1)</sup>

注: 与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者胃黏膜组织病理评分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

Table 3 Comparison of pathology scores of gastric mucosa between both groups ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

组别	时间	胃黏膜炎症	炎症活动度	腺体	肠上皮化生
对照	治疗前	2.26 ± 0.33	2.21 ± 0.34	2.31 ± 0.53	1.82 ± 0.34
	治疗后	1.61 ± 0.25 <sup>1)</sup>	1.59 ± 0.26 <sup>1)</sup>	1.65 ± 0.44 <sup>1)</sup>	1.33 ± 0.28 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	2.31 ± 0.30	2.23 ± 0.37	2.27 ± 0.29	1.84 ± 0.31
	治疗后	1.02 ± 0.22 <sup>1,2)</sup>	1.12 ± 0.20 <sup>1,2)</sup>	1.17 ± 0.31 <sup>1,2)</sup>	1.01 ± 0.15 <sup>1,2)</sup>

表 4 两组患者治疗前后血清 PGI 和 GS 水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

Table 4 Comparison of serum levels of PGI and GS between both groups ( $\bar{x} \pm s, n = 54$ )

组别	时间	PGI / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	GS / $\text{pmol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照	治疗前	78.69 ± 8.99	3.25 ± 0.78
	治疗后	110.25 ± 11.34 <sup>1)</sup>	5.16 ± 1.22 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	79.17 ± 9.21	3.17 ± 0.62
	治疗后	126.31 ± 12.49 <sup>1,2)</sup>	8.82 ± 2.12 <sup>1,2)</sup>

### 3 讨论

现代医学对 CAG 的病因和病机尚不完全清楚, 一般认为其可能与生活饮食、营养不良、炎症和免疫等因素有关。中医学将 CAG 属“胃脘痛”、“胃痛”、

## 2 结果

**2.1 两组患者中医症状评分比较** 两组患者治疗后主要中医症状评分均明显降低 ( $P < 0.01$ ); 观察组治疗后各中医症状评分均明显低于对照组, 比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 见表 1。

**2.3 两组患者胃黏膜组织病理评分比较** 两组患者治疗后胃黏膜炎症、炎症活动度、腺体减少和肠上皮化生评分均明显减少 ( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组黏膜炎症、炎症活动度、腺体减少和肠上皮化生评分均明显低于对照组, 比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 见表 3。

**2.4 两组患者血清 PGI 和 GS 水平比较** 两组患者治疗后血清 PGI 和 GS 水平均明显上升 ( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组 PGI 和 GS 水平均明显高于对照组, 比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 见表 4。

“嘈杂”等范畴, 认为患者素体阴虚, 或饮食失宜等因素均可使胃阴不足, 胃失濡润; 胃阴受损, 则腐熟水谷功能减退; 胃阴不足, 则络脉失养, 引起胃黏膜腺体供血不足, 腺体萎缩, 导致 CAG 发生; 因此, 脾胃虚弱、胃阴不足为 CAG 的基本病机。胃为阳土, 喜润恶燥, CAG 胃阴不足证的治疗当以甘凉濡润为主; 《临证指南医案》曰: “宜用甘药以养胃之阴”, “甘凉益胃阴以制龙相, 胃阴自立”。

慢萎散作为本院治疗 CAG 的经验方, 前期临床实践已证实其疗效显著。方中黄芪、党参、白术益气健脾, 太子参、山药性味甘平, 补中益气, 养阴生津; 甘草、白芍酸甘化阴, 缓急止痛; 乌梅、山楂、神曲消导生津开胃, 合鸡内金助运以增食欲; 莪术破血行

气,消积止痛;黄连、蒲公英清泄胃热而不伤阴;香橼理气宽中。全方共奏益气养阴、健脾消胀、通络止痛之效,全药配伍恰当,疗效显著。

维酶素片是西医临床治疗 CAG 常用药,其治疗效果已被研究证实<sup>[9]</sup>。本研究中对照组采用维酶素片治疗,与治疗前比较,CAG 患者的临床症状、体征和胃黏膜组织病理评分均有明显改善,与以往文献报道相似。因此,中西医结合联合应用,药效协同,治疗效果更佳。本组结果显示,治疗后观察组中医症状评分和胃黏膜组织病理评分均明显低于对照组;治疗后的疗效分析发现,观察组总有效率为 90.74%,显著优于对照组,组间比较差异有统计学意义。

研究发现,检测血清 PG I 和 GS 水平是评估 CAG 病程进展和预后的重要指标。PG I 作为胃液中胃蛋白酶的无活性前体物质的一种,仅仅在胃黏膜腺体分泌,血清 PG I 水平能够提示胃黏膜中腺体和细胞的数量,是评估胃体分泌功能的重要生物学标志<sup>[10]</sup>。GS 作为胃肠激素的一种,由胃 G 细胞分泌,可刺激胃黏膜生长;在胃黏膜萎缩时,黏膜内腺体减少,故 GS 水平相应下降;因此,检测血清 GS 水平能反映胃萎缩情况<sup>[11]</sup>。本研究结果显示,慢萎散治疗 CAG 胃阴不足证可明显增加患者血清 PG I 和 GS 水平;提示慢萎散治疗 CAG 胃阴不足证患者可能具有保护胃黏膜和防治胃黏膜腺体损伤的作用,从而促进了血清 PG I 和 GS 水平的增加,达到治疗效果。

综上,本研究显慢萎散治疗 CAG 胃阴不足证可明显改善患者中医临床主要症状、体征,降低患者胃黏膜组织病理评分,提高治疗效果;上述作用可能与升高 CAG 患者血清 PG I 和 GS 水平有关,为本课题组的下一步研究提供了方向。

[参考文献]

- [1] 于佳宁,林海燕. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2013,19(9):1025-1026.
- [2] 易平钰,朱方石. 慢性萎缩性胃炎中医治法分布及方剂运用规律[J]. 世界华人消化杂志,2011,16(36):3696-3699.
- [3] 胡膺,房静远,萧树东. 新世纪里胃癌的发病率能进一步降低吗? [J]. 胃肠病学,2013,18(1):2-5.
- [4] 刘明,刘霞. 健脾益胃、活血化瘀中药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J]. 中国中药杂志,2012,37(22):3361-3364.
- [5] 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]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [6] 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试行意见[J]. 中华消化内镜杂志,2004,21(2):77-78.
- [7] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志,2000,20(3):199-201.
- [8] 杉山,敏郎,姚楨. 慢性胃炎的新分类—悉尼系统与改订悉尼系统[J]. 日本医学介绍,1997,18(12):536-539.
- [9] 付强,王祖龙,蒋士卿. 黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证 30 例[J]. 中医杂志,2013,54(18):1600-1601.
- [10] Sipponen P, Ranta P, Helske T, et al. Serum levels of amidated gastrin-17 and pepsinogen I in atrophic gastritis; an observational case-control study[J]. Scand J Gastroenterol,2002,37(7):785-791.
- [11] Moore A R, Boyce M, Steele I A, et al. Netazepide, a gastrin receptor antagonist, normalises tumour biomarkers and causes regression of type 1 gastric neuroendocrine tumours in a nonrandomised trial of patients with chronic atrophic gastritis[J]. PLoS One, 2013,8(10):e76462.

[责任编辑 何希荣]