

· 临床研究 ·

基于“虚-瘀-毒”论治脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎的临床研究

林剑良¹, 戈焰², 蔡伟才¹, 张松杰¹, 吴庆湘¹, 梁满光¹

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510405; 2. 广东省第二中医院脾胃科, 广东广州 510095)

摘要:【目的】观察紧扣“脾虚-血瘀-毒垢”(简称“虚-瘀-毒”)病机, 运用具有补脾活血、解毒除垢作用的白莲治萎方(由白花蛇舌草、半枝莲、黄芪、郁金、丹参等中药组成)治疗脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效。【方法】将76例脾胃虚弱证CAG患者随机分为治疗组和对照组, 每组各38例。治疗组给予口服白莲治萎方加减治疗, 对照组给予口服胃复春片治疗, 疗程为24周。观察2组患者治疗前后中医证候评分、组织病理学评分以及血清胃蛋白酶原I(PG I)、胃蛋白酶原II(PG II)及其比值(PG I/PG II)的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效和安全性。【结果】(1)治疗后, 治疗组的总有效率为94.74%(36/38), 对照组为71.05%(27/38), 组间比较, 治疗组的疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的各项中医证候评分及其总评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善胃胀、胃痛、纳呆、便溏、嗝气、反酸评分及其总评分方面均明显优于对照组($P < 0.05$), 而在改善倦怠乏力、食后脘闷评分方面则与对照组相近($P > 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的胃黏膜炎症、萎缩、肠上皮化生、异型增生等各项组织病理学评分及其总评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组的降低作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的血清PG I、PG I/PG II水平均较治疗前升高($P < 0.05$), PG II水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组对PG I、PG I/PG II水平的升高作用和对PG II水平的降低作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(5)Pearson相关性分析结果显示: 患者的组织病理学评分与PG I/PG II在治疗前后均呈中等程度的负相关关系($P < 0.01$)。(6)治疗过程中, 2组患者均无明显不良反应发生, 患者的血常规、肝肾功能等安全性指标也均无异常。【结论】白莲治萎方可明显减轻脾胃虚弱证CAG患者的不适症状, 改善胃黏膜的癌前状态, 调节胃蛋白酶原水平, 疗效显著, 安全性良好。

关键词:“虚-瘀-毒”; 白莲治萎方; 慢性萎缩性胃炎; 脾胃虚弱证; 补脾活血; 解毒除垢; 临床研究

中图分类号: R259.733

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2023)03-0556-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2023.03.005

Clinical Study on the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis of Spleen-Stomach Weakness Syndrome from the Perspective of the Pathogenesis of Deficiency, Stasis, and Toxin

LIN Jian-Liang¹, GE Yan², CAI Wei-Cai¹, ZHANG Song-Jie¹,
WU Qing-Xiang¹, LIANG Man-Guang¹

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 2. Dept. of Spleen and Stomach, Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of *Bailian Zhiwei* Prescription (mainly composed of *Hedyotis Diffusae Herba*, *Scutellariae Barbatae Herba*, *Astragali Radix*, *Curcumae Radix* and *Salviae Miltiorrhizae Radix et Rhizoma*, with the actions of tonifying spleen and activating blood, removing toxin residue) in treating chronic atrophic gastritis (CAG) of spleen-stomach weakness syndrome from the perspective of the pathogenesis of spleen deficiency, blood stasis, and toxin residue (“deficiency, stasis, and toxin” for short). **Methods** Seventy-six CAG patients with spleen-stomach weakness syndrome were randomly divided into the treatment group and the

收稿日期: 2022-06-14

作者简介: 林剑良(1996-), 男, 在读硕士研究生; E-mail: 296450281@qq.com

通信作者: 戈焰(1963-), 女, 主任中医师; E-mail: geyandoctor@126.com

基金项目: 科技部“十一五”国家科技支撑计划项目(编号: 2007BA110B01-067)

control group, with 38 cases in each group. The treatment group was given oral administration of modified *Bailian Zhiwei* Prescription, while the control group was given oral use of *Weifuchun* Tablets. Both groups were treated for a period of 24 weeks. Before and after treatment, the changes in the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, histopathological scores and serum pepsinogen I (PG I), pepsinogen II (PG II) and PG I/PG II levels of the patients in the two groups were observed. Moreover, the clinical efficacy and safety of the two groups were evaluated. **Results** (1) After treatment, the overall effective rate of the treatment group was 94.74% (36/38) and that of the control group was 71.05% (27/38), and the intergroup comparison showed that the efficacy of the treatment group was significantly superior to that of the control group ($P < 0.05$). (2) After treatment, the scores of various TCM symptoms and the overall TCM syndrome scores in both groups were significantly improved compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group was more effective on improving the scores of gastric distension, stomachache, poor appetite, loose stool, belching, and acid reflux as well as the overall TCM syndrome scores than the control group ($P < 0.05$), while had the similar effect to the control group on improving the scores of tiredness and fatigue and stuffiness after eating ($P > 0.05$). (3) After treatment, the scores of histopathological changes of inflammation, gastric atrophy, intestinal epithelial metaplasia and heterogeneous hyperplasia in the gastric mucosa and the total histopathological scores were significantly decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on reducing the above scores in the treatment group was significantly superior than that in the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, the serum PG I and PG I/PG II levels were increased ($P < 0.05$) and the PG II level was decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group had stronger effect on increasing PG I and PG I/PG II levels and on decreasing PG II level than the control group ($P < 0.05$). (5) The results of Pearson correlation analysis showed that the histopathological scores were moderately negatively correlated with PG I/PG II before treatment and after treatment ($P < 0.01$). (6) During the treatment, no significant adverse reactions occurred in the two groups, and no abnormalities were found in the safety indicators of blood routine test and liver and kidney function. **Conclusion** *Bailian Zhiwei* Prescription has significant effect on alleviating the discomforts of CAG patients of spleen-stomach weakness syndrome, improving the precancerous state of gastric mucosa and regulating the level of pepsinogens with good safety profile.

Keywords: deficiency, stasis and toxin; *Bailian Zhiwei* Prescription; chronic atrophic gastritis (CAG); spleen-stomach weakness syndrome; tonifying spleen and activating blood; removing toxic residue; clinical study

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜因重复受到各种因素的损伤,从而引起固有腺体的减少或伴腺体肠上皮化生的一种慢性消化系统疾病^[1],属癌前病变。目前,西医针对CAG以对症治疗为主,存在疗效欠佳、药物副作用较大等不足,而中医药在缓解CAG患者症状、改善病理改变方面具有独特优势,且不良反应较少^[2-3]。邱健行教授系首届全国名中医,在治疗CAG方面具有丰富临床经验。邱教授认为该病病机为“脾虚-血瘀-毒垢”(简称“虚-瘀-毒”)相互影响所致,治疗上宜补脾活血、解毒除垢,在此

认识基础上将自拟的白莲治萎方加减运用于临床,屡奏良效。基于此,本研究运用随机对照方法,进一步观察白莲治萎方治疗CAG的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2020年6月至2021年12月在广东省第二中医院脾胃病科就诊的76例组织病理诊断为CAG,中医证型为脾胃虚弱证的患者作为研究对象,采用随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组,每组各38例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准：参考《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[1]中有关CAG的诊断标准，最终以组织病理学诊断为确诊依据。中医辨证标准：参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[4]中脾胃虚弱证的辨证标准。

1.3 纳入标准 ①符合上述CAG的诊断标准；②中医证型为脾胃虚弱证；③18岁 < 年龄 < 70岁；④组织病理学结果的日期为纳入前近3个月内；⑤自愿参加本研究并签署相关知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①合并幽门螺旋杆菌(Hp)感染的患者；②合并胃溃疡、胃黏膜重度异型增生或可疑恶变的患者；③有腹腔手术史的患者；④有严重精神疾患或器质性病变的患者；⑤妊娠期或哺乳期妇女；⑥对本研究所用药物过敏的患者。

1.5 脱落与剔除标准 ①不符合纳入标准而被误纳入的患者；②依从性差，未按研究要求服药或自行停药的患者；③疗效指标等相关临床资料不齐全的患者；④出现不良反应且难以耐受，不能再继续接受治疗的患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 给予口服胃复春片治疗。用法：胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司生产，由红参、香茶菜、枳壳等中药组成；批准文号：国药准字Z2004003；规格：0.36 g/片)，口服，每次4片，每天3次，于饭前服用。疗程为24周。

1.6.2 治疗组 给予口服白莲治萎方加减治疗。白莲治萎方的组成：白花蛇舌草30 g，半枝莲30 g，黄芪20 g，太子参15 g，白术15 g，石斛20 g，丹参20 g，郁金15 g，三棱12 g，陈皮10 g，厚朴20 g，延胡索20 g，甘草6 g。随症加减：纳呆严重者，加布渣叶15 g、鸡内金20 g；便溏严重者，加凤尾草10 g、火炭母10 g；反酸严重者，加海螵蛸20 g、浙贝母10 g。上述中药均由广东省第二中医院中药房提供。每日1剂，常规煎取400 mL，分2次于早晚饭后温服。疗程为24周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]，对胃胀、胃痛、纳呆、便溏、倦怠乏力、食后脘闷、暖气、反酸等证候进行评分，根据证候的严重程度分为无、轻度、中度、重度4级，分别计为0、1、2、3分。证候总评分为各项证候评分之和。观察2组患者治疗前后各项中医证候评分及其总评分的变化情况。

1.7.2 组织病理学结果评分 分别于治疗前和治疗24周后对患者的胃黏膜炎症、萎缩、肠上皮化生、异型增生的病变程度进行评分，根据病变程度分为无、轻度、中度、重度4级，分别计为0、1、2、3分。组织病理学总评分为各项病变评分之和。观察2组患者治疗前后各项病变评分及其总评分的变化情况。

1.7.3 血清胃蛋白酶原检测 分别于治疗前和治疗24周后检测患者血清胃蛋白酶原I(PG I)、胃蛋白酶原II(PG II)水平，并计算其比值(PG I/PG II)。观察2组患者治疗前后血清PG I、PG II及PG I/PG II水平的变化情况。

1.7.4 临床疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]，根据治疗前后中医证候评分的变化情况判定疗效，采取尼莫地平法计算证候评分减少率：证候评分减少率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。具体疗效标准：痊愈：症状基本消失，证候评分减少率≥95%；显效：症状明显改善，70%≤证候评分减少率<95%；有效：症状有所好转，30%≤证候评分减少率<70%；无效：症状无明显改善或加重，证候评分减少率<30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7.5 安全性评价 观察2组患者治疗过程中是否出现新发不适症状、过敏反应等，以及血常规、肝功能、肾功能等安全性指标的变化情况，记录治疗期间的药物不良反应。

1.8 统计方法 应用SPSS 25.0软件进行数据统计分析。计量资料符合正态分布者用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述，组间比较采用 t 检验；不符合正态分布者用中位数和四分位数间距 $[M(IQR)]$ 表示，组间比较采用秩和检验。计数资料用率或构成比描述，组间比较采用 χ^2 检验。相关性分析应用Pearson相关分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组38例患者中，男19例，女19例；平均年龄(48.66±10.27)岁；平均病程(4.11±2.20)年。对照组38例患者中，男16例，女22例；平均年龄(49.42±9.04)岁；平均病程(4.15±2.00)年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后中医证候评分比较 表1结果显示: 治疗前, 2组患者的胃胀、胃痛、纳呆、便溏、倦怠乏力、食后脘闷、嗝气、反酸等各项中医证候评分及其总评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 2组患者的各项中医证候评分及其总评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善胃胀、胃痛、纳呆、便溏、嗝气、反酸评分及其总评分方面均明显优于对照组($P < 0.05$), 而在改善倦怠乏力、食

后脘闷评分方面则与对照组相近($P > 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后组织病理学评分比较 表2结果显示: 治疗前, 2组患者的胃黏膜炎症、萎缩、肠上皮化生、异型增生等组织病理学评分及其总评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 2组患者的各项组织病理学评分及其总评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组慢性萎缩性胃炎(CAG)患者治疗前后中医证候评分比较

Table 1 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of patients with chronic atrophic gastritis(CAG) before and after treatment [M(IQR), 分]

组别	时间	例数/例	胃胀	胃痛	纳呆	便溏	倦怠乏力	食后脘闷	嗝气	反酸	总评分
治疗组	治疗前	38	2.00(2.00)	2.00(2.00)	2.00(1.00)	2.00(1.25)	2.00(2.00)	2.00(1.25)	2.00(1.00)	2.00(1.00)	16.50(7.00)
	治疗后	38	0.50(1.00) ^{①②}	0.00(1.00) ^{①②}	0.50(1.00) ^{①②}	1.00(1.00) ^{①②}	0.50(1.00) ^①	1.00(1.00) ^①	0.50(1.00) ^{①②}	0.00(1.00) ^{①②}	4.00(2.00) ^{①②}
对照组	治疗前	38	2.00(1.00)	2.00(1.00)	2.00(1.00)	2.00(2.00)	2.00(2.00)	2.00(2.00)	2.00(1.00)	2.00(1.00)	16.00(5.00)
	治疗后	38	1.00(2.00) ^①	1.00(1.00) ^①	1.00(2.00) ^①	1.00(2.00) ^①	1.00(1.00) ^①	1.00(1.00) ^①	1.00(0.00) ^①	1.00(1.00) ^①	7.00(4.50) ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表2 2组慢性萎缩性胃炎(CAG)患者治疗前后组织病理学评分比较

Table 2 Comparison of histopathological scores between the two groups of patients with chronic atrophic gastritis(CAG) before and after treatment [M(IQR), 分]

组别	时间	例数/例	炎症	萎缩	肠上皮化生	异型增生	总评分
治疗组	治疗前	38	5.00(3.00)	8.00(4.00)	4.00(2.00)	0.50(2.00)	14.00(7.50)
	治疗后	38	0.00(2.00) ^{①②}	0.00(3.00) ^{①②}	1.00(1.00) ^{①②}	0.00(0.00) ^{①②}	2.00(2.25) ^{①②}
对照组	治疗前	38	4.00(3.00)	7.00(5.25)	4.50(1.25)	1.00(2.00)	12.50(7.00)
	治疗后	38	2.00(2.25) ^①	3.00(3.25) ^①	2.00(1.25) ^①	0.00(1.25) ^①	5.00(6.25) ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后血清PG I、PG II、PG I/PG II水平比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者血清PG I、PG II、PG I/PG II水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 2组患者的血清PG I、PG I/PG II水平均较治疗前

升高($P < 0.05$), PG II水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组对PG I、PG I/PG II水平的升高作用及对PG II水平的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者临床疗效比较 表4结果显示: 治疗

表3 2组慢性萎缩性胃炎(CAG)患者治疗前后血清PG I、PG II、PG I/PG II水平比较

Table 3 Comparison of serum PG I, PG II and PG I/PG II levels between the two groups of patients with chronic atrophic gastritis (CAG) before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数/例	PG I/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)	PG II/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)	PG I/PG II
治疗组	治疗前	38	59.98 \pm 9.06	16.88 \pm 2.68	3.69 \pm 1.00
	治疗后	38	93.93 \pm 8.93 ^{①②}	11.50 \pm 2.71 ^{①②}	8.57 \pm 2.06 ^{①②}
对照组	治疗前	38	58.94 \pm 8.34	17.15 \pm 2.36	3.51 \pm 0.74
	治疗后	38	72.84 \pm 10.68 ^①	13.94 \pm 2.37 ^①	5.37 \pm 1.25 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表4 2组慢性萎缩性胃炎(CAG)患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with chronic atrophic gastritis (CAG) [例(%)]

组别	例数/例	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	38	6(15.79)	18(47.37)	12(31.58)	2(5.26)	36(94.74) ^①
对照组	38	2(5.26)	10(26.32)	15(39.47)	11(28.95)	27(71.05)

注：① $P < 0.05$ ，与对照组比较

24周后，治疗组的总有效率为94.74%(36/38)，对照组为71.05%(27/38)，组间比较(χ^2 检验)，治疗组的疗效明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 组织病理学评分与PG I/PG II的相关性 采用Pearson分析对组织病理学评分与PG I/PG II水平进行相关性分析，结果显示：治疗前后均呈中等程度的负相关关系(治疗前： $r = -0.620$ ， $P < 0.01$ ；治疗后： $r = -0.581$ ， $P < 0.01$)。结果见图1、图2。

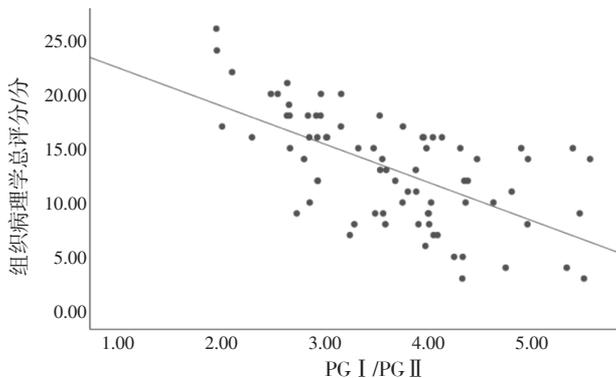


图1 治疗前慢性萎缩性胃炎(CAG)患者组织病理学评分与PG I/PG II相关图

Figure 1 Correlation between histopathological scores and PG I/PG II before treatment in chronic atrophic gastritis(CAG) patients

2.7 2组患者不良反应发生情况 治疗过程中，2组患者均无明显不良反应发生，患者的血常规、肝肾功能等安全性指标也均无异常。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎(CAG)属胃的癌前病变，其发病与幽门螺杆菌(Hp)感染、药物因素、烟酒嗜好、生理心理及遗传因素等密切相关。西医方面，尚无针对CAG的特效治疗方法，目前的治疗手段主要为调节生活方式、药物治疗及内镜手术等，其中药物治疗以根除Hp、护胃、抑制胆汁反

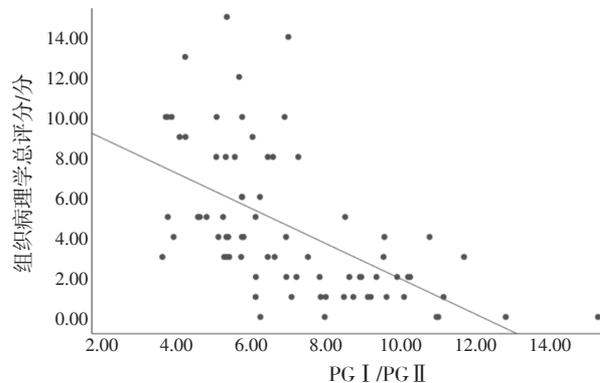


图2 治疗后慢性萎缩性胃炎(CAG)患者组织病理学评分与PG I/PG II相关图

Figure 2 Correlation between histopathological scores and PG I/PG II after treatment in chronic atrophic gastritis(CAG) patients

流等为主^[4]。由于内镜手术治疗需要达到手术指征及具有一定的风险，仅作为重度异型增生患者的首选^[6]；而西医药物治疗停药后症状易反复，且长期应用发生不良反应的风险较高^[7]。因此，应用中医药治疗CAG得到越来越多学者的关注，并初步证明中医药治疗手段对改善CAG临床症状及病理改变的疗效甚佳，具有良好的应用前景。本研究对照组中所应用的胃复春片在临床中常用于CAG的治疗，其可通过促进病变胃黏膜的血液循环，从而达到修复与再生黏膜的效果，具有较好的疗效^[8]，故本研究选其作为对照药。

邱健行教授认为，本病发病责之于脾胃气阴不足，运化失常，致胃络瘀阻，瘀久成毒。气滞、湿浊、瘀血等病理产物堆积到一定程度，则成“毒垢”，有如茶垢、牙垢与水垢一般，阻滞气血经络，诸滞碍胃，导致胃络失养而发为本病，其主要病机为“虚-瘀-毒”相互影响。现代各医家对本病的病因病机、治则治法亦有各自见解，当中也有部分医家主张以“补脾活血”为治法，这与邱健行教授之见解有所见略同之处。《黄帝内

经》云：“谷气通于脾……五脏皆得胃气，乃能通利”。脾胃受损，气机、水液无以正常运行输布，脏腑经络失养，胃黏膜亦濡养不足，从而导致胃黏膜萎缩等病理改变的发生。《金匱要略》中指出：“腹不满，其人言我满，为有瘀血。”腹胀不适在CAG患者中常发，且病程缠绵，病久入血，瘀血内生，久成毒垢。一些学者发现，通过补脾活血治疗本病可达显效。如曾薇薇等^[9]发现，口服理气通络愈萎汤后，治疗组症状及病理改善程度均较奥美拉唑组明显，且安全性良好。赵劲枝等^[10]以四君子汤合失笑散为主方治疗CAG，在改善临床症状、胃蛋白酶原及胃泌素水平方面都表现出积极的临床意义。

白莲治萎方为邱健行教授投身杏林数十载总结出的治疗CAG的经验方。邱教授认为，其病机总不离“虚-瘀-毒”。“虚”为脾气虚弱、胃阴亏虚，正气不足，邪留滞于其虚，当以黄芪、白术、太子参、石斛益脾之气，养胃之阴，乃能“四季脾旺不受邪”。“瘀”为气血阻滞日久，胃络瘀阻，当以郁金、丹参、三棱、延胡索以祛瘀通络，其中郁金为气中血药，丹参系血中气药，邱教授将其称作“金丹”；滞为瘀之因，瘀为滞之果。“金”主气滞，“丹”主血瘀，二药相须，配伍功专活血行气之延胡索、三棱以加强破瘀通络之功，令气血行则瘀痛消。《金匱要略心典》指出，“毒，邪气蕴结不解之谓”。“毒”为瘀阻久滞而成毒垢，故用重剂“白莲”（白花蛇舌草、半枝莲）彰显解毒除垢之效，两药为全方核心药对，既可活血解毒，又无黄芩、黄连苦寒之弊，剂量须用至30g及以上，方可大力驱解毒邪而不碍正。厚朴、陈皮调理脾胃枢机，复其升清降浊。甘草调和诸药，兼顾脾胃。该方清补兼施，务令正复邪去，共奏补脾活血、解毒除垢之功效。

现代药理研究证实，健脾类中药可通过诱导胃肠细胞迁移的机制，从而达到强化黏膜屏障能力，促进细胞更新和胃黏膜恢复的作用^[11]。石斛含有抗肿瘤活性成分，同时具有抗疲劳、促进腺体分泌的作用，可改善CAG的气虚表现及胃黏膜上皮和腺体萎缩的病理状态^[12]。郁金、三棱、延胡索、厚朴及陈皮均被发现含有抗炎抑癌的活性成分^[13-17]，对于改善CAG的慢性炎症及癌前状态有着

积极的治疗意义；且临床研究^[18-19]发现，在治疗CAG的方剂中配伍三棱，效果显著。白花蛇舌草、半枝莲具有确切的抗肿瘤效果，是临床上公认的抗肿瘤药对，常相须配伍用于肿瘤相关疾病的治疗，二者合用可增强免疫、抑制癌细胞复制及激活癌细胞凋亡机制^[20]。

本研究结果显示，从疗效方面看，治疗组的总有效率为94.74% (36/38)，对照组为71.05% (27/38)，组间比较，治疗组的疗效明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，且治疗过程中未见明显不良反应，说明白莲治萎方治疗脾胃虚弱证CAG疗效确切，安全性良好。从临床症状方面看，2组均可改善CAG患者的临床症状($P < 0.05$)，且治疗组在改善胃胀、胃痛、纳呆、便溏、嗝气、反酸评分及其总评分方面均明显优于对照组($P < 0.05$)，而在改善倦怠乏力、食后脘闷评分方面则与对照组相近($P > 0.05$)。从组织病理学方面看，治疗后2组患者的组织病理状态均有所改善($P < 0.05$)，且治疗组的改善作用均明显优于对照组($P < 0.05$)，说明白莲治萎方在改善CAG癌前状态方面明显优于胃复春片。从PG I、PG II水平方面看，治疗后2组患者的血清PG I、PG I/PG II水平均较治疗前升高($P < 0.05$)，PG II水平均较治疗前降低($P < 0.05$)，且治疗组对PG I、PG I/PG II水平的升高作用及对PG II水平的降低作用均明显优于对照组($P < 0.05$)；同时，相关性分析结果显示：患者的组织病理学评分与PG I/PG II在治疗前后均呈中等程度的负相关关系($P < 0.01$)，与前人研究结果^[21-23]一致，表明白莲治萎方在改善具有一定诊断意义的胃蛋白酶原水平方面较胃复春作用更显著。

综上所述，邱健行教授强调紧扣“虚-瘀-毒”病机，谨记扶正祛邪，清补兼施，以白莲治萎方治疗脾胃虚弱证CAG患者，临床疗效显著，可有效缓解临床症状，改善胃黏膜组织病理学改变及胃蛋白酶原水平，其疗效明显优于使用胃复春片治疗，且具有较高的安全性，值得临床推广应用。但由于研究条件及样本数量限制，本研究结果可能存在偏倚，且本研究未能进行后期随访观察其复发情况，存在一定局限性，需在日后的研究中加以改进。

参考文献:

- [1] 李军祥, 陈諳, 吕宾, 等. 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.
- [2] 杜艳茹, 李佃贵, 王春浩, 等. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变浊毒内蕴证患者119例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 31-33, 37.
- [3] 郑逢民, 郑乐乐, 郑中坚. 消痞愈萎汤联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜肠上皮化生或异型增生64例临床观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(4): 311-314.
- [4] 张声生, 李乾构, 唐旭东, 等. 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.
- [5] 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.
- [6] 陈凡. 慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(6): 346-348.
- [7] 张薇, 王海音, 苗新芳. 长期应用质子泵抑制剂的不良反应[J]. 医药论坛杂志, 2014, 35(2): 141-144.
- [8] 朱亮亮, 田金徽, 拜争刚, 等. 胃复春治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(1): 81-87.
- [9] 曾微微, 麦联任, 张玲. 理气通络愈萎汤治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(3): 136-139.
- [10] 赵劲枝, 周玉梁. 四君子汤合失笑散治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(22): 3813-3816.
- [11] 胡灿, 李茹柳, 王静, 等. 黄芪和白术提取物对IEC-6细胞迁移的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2011, 22(1): 60-65.
- [12] 李玲, 邓晓兰, 赵兴兵, 等. 铁皮石斛化学成分及药理作用研究进展[J]. 肿瘤药学, 2011, 1(2): 90-94.
- [13] 宋保兰. 陈皮药理作用[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(8): 132-133, 160.
- [14] 张淑洁, 钟凌云. 厚朴化学成分及其现代药理研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(5): 838-843.
- [15] 袁晓旭, 杨明明, 赵桂琴. 郁金化学成分及药理作用研究进展[J]. 承德医学院学报, 2016, 33(6): 487-489.
- [16] 冯娅茹, 张文婷, 李二文, 等. 三棱化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2017, 48(22): 4804-4818.
- [17] 尚坤, 李敬文, 常美月, 等. 延胡索药理作用研究[J]. 吉林中医药, 2019, 39(1): 108-110.
- [18] 赵刚, 邹迪新. 三棱莪术粉治疗62例慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(11): 192-193.
- [19] 吴得志, 何斌, 张平. 当归三棱莪术汤治疗慢性萎缩性胃炎60例[J]. 陕西中医, 1997, 18(11): 493.
- [20] 罗金强, 刘宏斌. 半枝莲、白花蛇舌草抗肿瘤的研究进展[J]. 现代肿瘤医学, 2014, 22(2): 481-484.
- [21] 曹勤, 冉志华, 萧树东. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17和幽门螺杆菌IgG抗体筛查萎缩性胃炎和胃癌[J]. 胃肠病学, 2006, 11(7): 388-394.
- [22] 陈智周, 范振符. 胃蛋白酶原I、II在早期胃癌普查中的意义[J]. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(1): 5-7.
- [23] 赵建业, 朱春平, 李兆申. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17、幽门螺杆菌抗体检测对萎缩性胃炎和胃癌的诊断价值[J]. 胃肠病学, 2016, 21(6): 376-379.

【责任编辑: 陈建宏】

《广州中医药大学学报》2023年征订启事

《广州中医药大学学报》(ISSN 1007-3213/CN 44-1425/R)是由广东省教育厅主管、广州中医药大学主办的综合性中医药学术类刊物, 国内外公开发行人。本刊为中国科技核心期刊、T2级优秀中医药科技期刊、RCCSE中国核心学术期刊(A)、中文核心期刊(2011年版)、国家期刊方阵双效期刊, 先后被国内外多个重要检索系统/数据库收录, 并多次获国家、省部级优秀期刊奖项。

本刊为广大临床、教学、科研工作者提供学术交流平台, 全方位、多角度报道中医药领域各学科具有前瞻性、创新性和较高学术水平的科研成果和临床诊疗经验, 主要开设的栏目有: 中医理论探讨、中医药临床研究、中西医结合研究、针灸与经络、中药药理、中药资源研究、南药园地、名医经验传承、中医证候研究、专家论坛、新学科与新技术、中医文献研究、中医药文化和岭南医学研究等。既可作为国内外中医药高校教师和研究人员进行中医药研究的参考, 又可为临床医生诊疗疾病以及药物研究人员进行中药开发提供思路。

本刊2019年1月起改为月刊, 于每月20日出版。邮局发行, 邮发代号: 国内为46-275, 国外为M7077。每期定价20.00元(未含邮费)。编辑部地址: 广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼722室, 《广州中医药大学学报》编辑部, 邮编: 510006; 联系人: 吴老师; 电话: (020)39354129; E-mail: gzzyxb@gzucm.edu.cn; 投稿网址: <http://xb.zyxy.com.cn>。欢迎投稿! 欢迎订阅! 欢迎广告刊登!

· 《广州中医药大学学报》编辑部 ·