

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0043-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.013

# 枫蓼肠胃康颗粒与雷贝拉唑联合抗菌药物治疗慢性胃炎的临床疗效

郑清燕 林光甫

(泉州师范学院医疗所, 福建 泉州 362000)

〔摘要〕 目的: 探讨枫蓼肠胃康颗粒与雷贝拉唑联合抗菌药物治疗慢性胃炎的临床疗效。方法: 选取泉州师范学院医疗所 2018 年 6 月至 2020 年 6 月期间收治的 84 例慢性胃炎患者, 随机分为对照组与观察组, 各 42 例。对照组患者采用雷贝拉唑联合抗菌药物治疗, 观察组患者在对照组的基础上联合枫蓼肠胃康颗粒治疗。比较两组患者的临床疗效, 治疗前后中医证候积分、胃肠激素水平变化及不良反应发生率等。结果: 观察组患者治疗总有效率为 90.48%, 高于对照组的 69.05%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的各项中医证候积分均较治疗前降低, 且治疗后观察组患者的各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗 4、8 周时观察组患者的幽门螺杆菌 (Hp) 感染转阴率为 71.43%、92.86%, 均高于对照组的 50.00%、73.81%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的胃泌素 (GAS) 均高于治疗前, 胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII) 低于治疗前, 且治疗后观察组患者的 GAS 高于对照组, PGI、PGII 低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 枫蓼肠胃康颗粒与雷贝拉唑联合抗菌药物治疗慢性胃炎效果显著, 能促进 Hp 感染转阴, 调节胃肠激素分泌, 且不良反应发生率低, 安全性良好。

〔关键词〕 慢性胃炎; 枫蓼肠胃康颗粒; 雷贝拉唑

〔中图分类号〕 R 573.3 〔文献标识码〕 B

慢性胃炎是临床常见的消化系统疾病, 以食欲减退、上腹部隐痛不适等为主要临床表现, 其病因复杂, 病情进展缓慢且易反复发作, 对患者的身心健康造成严重影响。相关资料显示, 随着生活节奏的加快及不良饮食习惯的增加, 慢性胃炎发病率呈逐年上升趋势。目前, 临床针对慢性胃炎多采用对症支持治疗为主, 其中抗菌药物对幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 的清除效果良好, 但随着抗菌药物的不合理应用, 导致其耐药性也不断增加, 已成为临床治疗中十分棘手的问题。雷贝拉唑是一种质子泵类抑制剂, 可作用于胃壁细胞, 发挥抑制胃酸分泌的作用, 其在临床应用中联合抗菌药物治疗可进一步增强对 Hp 的清除效果<sup>[1]</sup>。近年来, 随着中医学的不断发展, 中医药被广泛应用于慢性胃肠疾病的临床治疗中, 枫蓼肠胃康颗粒是一种中成药制剂, 由辣蓼、牛耳枫等成分组成, 具有清热除湿、消食导滞的功效, 已被临床证实改善慢性胃肠疾病患者临床症状方面具有显著效果<sup>[2-3]</sup>。因此, 本研究旨在探讨枫蓼肠胃康颗粒与雷贝拉唑联合抗菌药物治疗慢性胃炎在改善患者临床症状、胃肠激素及 Hp 转阴等方面的应用效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取泉州师范学院医疗所 2018 年 6 月至 2020 年 6 月期间收治的 84 例慢性胃炎患者, 随机分为对照组与观察组, 各 42 例。对照组男 25 例, 女 17 例; 年龄 23~56 岁, 平均年龄 ( $34.15 \pm 4.63$ ) 岁; 病程 1~12 年, 平均病程 ( $4.32 \pm 1.38$ ) 年; 体质量指数  $17 \sim 28 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$ , 平均体质量指数 ( $24.25 \pm 3.18$ )  $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ ; 胃炎类型: 萎缩性胃炎 13 例, 非萎缩性胃炎 29 例。观察组男 28 例, 女 14 例; 年龄 19~58 岁, 平均年龄 ( $35.04 \pm 4.81$ ) 岁; 病程 1~11 年, 平均病程 ( $4.66 \pm 1.40$ ) 年; 体质量指数  $18 \sim 27 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$ , 平均体质量指数 ( $24.06 \pm 3.10$ )  $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ ; 胃炎类型: 萎缩性胃炎 15 例, 非萎缩性胃炎 27 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断及辨证 参照《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[4]</sup> 相关诊断标准; 中医辨证参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》<sup>[5]</sup> 中脾胃湿热证的相关标准。

1.2.2 纳入标准 (1) 均符诊断及辨证标准, 且 Hp

〔收稿日期〕 2022-05-09

〔作者简介〕 郑清燕, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合内科。

感染呈阳性；(2) 临床资料完整；(3) 患者均知情同意。

1.2.3 排除标准 (1) 溃疡病等其他胃肠道功能紊乱病者；(2) 合并胃癌或其他部位恶性肿瘤者；(3) 本研究治疗用药过敏或禁忌证者；(4) 既往1月内接受抗Hp感染治疗者；(5) 肝肾功能严重损害者；(6) 精神异常、治疗依从性差者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用雷贝拉唑联合抗菌药物治疗，具体为克拉霉素片(意大利 Abbott S.P.A., 国药准字 J20050067) 口服, 0.25 g · 次<sup>-1</sup>, 2次 · d<sup>-1</sup>; 阿莫西林胶囊(海王福药制药有限公司, 国药准字 H35020305) 口服, 0.5 g · 次<sup>-1</sup>, 2次 · d<sup>-1</sup>; 雷贝拉唑(卫材药业有限公司, 国药准字 J20080041) 口服, 10 mg · 次<sup>-1</sup>, 1次 · d<sup>-1</sup>, 可根据患者病情变化增加至 20 mg · 次<sup>-1</sup>, 1次 · d<sup>-1</sup>。4周为1个疗程, 连续治疗2个疗程。

1.3.2 观察组 联合枫蓼肠胃康颗粒(海口制药厂有限公司, 国药准字 Z10910055) 开水冲服, 3 g · 次<sup>-1</sup>, 3次 · d<sup>-1</sup>; 4周为1个疗程, 连续治疗2个疗程。

1.4 观察指标

(1) 中医证候积分改善情况, 包括胃脘隐痛、恶心呕吐、大便稀溏, 分为轻、中、重3个标准, 分别计2、4、6分。胃脘隐痛: 疼痛轻、时间短、无需服药计2分; 疼痛时间长、尚能忍受计4分; 疼痛难忍, 需服药后缓解计6分。恶心呕吐: 有恶心感、无呕吐计2分; 偶有恶心呕吐, ≤3次 · d<sup>-1</sup>计4分; 恶心呕吐次数>3次 · d<sup>-1</sup>计6分。大便稀溏: 大便不成型计2分; 大便稀溏, 2~3次 · d<sup>-1</sup>计4分; 大便稀溏, ≥4次 · d<sup>-1</sup>计6分<sup>[6]</sup>。(2) Hp感染转阴率: 分别于治疗4周、8周后采用<sup>14</sup>C尿素呼气试验进行检测, 诊断标准: 衰变数<200 dpm为Hp感染阴性。(3) 胃肠激素: 分别于治疗前后采集两组静脉血5 mL, 离心处理后, 取上清于-80℃冰箱保存; 采用放射免疫法检测血清胃泌素(gastrin, GAS)及胃蛋白酶原I(pepsinogen I, PGI)、胃蛋白酶原II(pepsinogen II, PGII)。(4) 记录两组患者不良反应发生率, 包括胃肠道反应、头痛、白细胞减少、胆红素升高等。

1.5 疗效评定

显效: 食欲减退、上腹部隐痛不适等症状明显缓解, 中医证候积分较治疗前减少>80%; 有效: 食欲减退、上腹部隐痛不适等症状较治疗前改善, 中医证候积分减少30%~80%; 无效: 症状无改善, 甚至加重。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%<sup>[6]</sup>。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 90.48%, 高于对照组的 69.05%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n=42, n(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	8(19.05)	21(50.00)	13(31.95)	29(69.05)
观察组	12(28.57)	26(61.91)	4(9.52)	38(90.48) <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者的各项中医证候积分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后两组患者的各项中医证候积分均较治疗前降低, 且治疗后观察组患者的各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n=42,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	胃脘隐痛	恶心呕吐	大便稀溏
对照组	治疗前	4.66 ± 1.29	4.81 ± 0.95	4.57 ± 1.05
	治疗后	2.84 ± 0.75 <sup>b</sup>	3.06 ± 0.66 <sup>b</sup>	3.40 ± 0.81 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	4.71 ± 1.34	4.76 ± 0.90	4.61 ± 1.12
	治疗后	2.26 ± 0.83 <sup>bc</sup>	2.43 ± 0.58 <sup>bc</sup>	2.35 ± 0.66 <sup>bc</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者不同时段 Hp 感染转阴率比较

治疗 4、8 周时观察组患者的 Hp 感染转阴率为 71.43%、92.86%, 均高于对照组的 50.00%、73.81%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者不同时段 Hp 感染转阴率比较 (n=42, n(%))

组别	治疗 4 周	治疗 8 周
对照组	21(50.00)	31(73.81)
观察组	30(71.43) <sup>d</sup>	39(92.86) <sup>d</sup>

注: Hp—幽门螺杆菌。与对照组同时段比较, <sup>d</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较

治疗后两组患者的 GAS 均高于治疗前, PGI、PGII 低于治疗前, 且治疗后观察组患者的 GAS 高于对照组, PGI、PGII 低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较 (n=42,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	GAS/ng · L <sup>-1</sup>	PGI/μg · L <sup>-1</sup>	PGII/μg · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	8.33 ± 2.06	285.21 ± 30.25	31.06 ± 5.27
	治疗后	17.11 ± 4.63 <sup>e</sup>	136.83 ± 22.01 <sup>e</sup>	18.53 ± 4.37 <sup>e</sup>
观察组	治疗前	8.15 ± 2.17	290.86 ± 32.33	30.78 ± 5.19
	治疗后	23.66 ± 5.29 <sup>ef</sup>	98.10 ± 18.65 <sup>ef</sup>	13.75 ± 3.42 <sup>ef</sup>

注: GAS—胃泌素; PGI—胃蛋白酶原 I; PGII—胃蛋白酶原 II。与同组治疗前比较, <sup>e</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>f</sup>*P* < 0.05。

### 2.5 两组患者不良反应比较

两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 5。

表 5 两组患者不良反应比较 ( $n = 42$ , 例)

组别	胃肠道反应	头痛	白细胞减少	胆红素轻度升高	总发生 /n (%)
对照组	3	2	1	1	7(16.67)
观察组	2	1	1	2	6(14.29)

### 3 讨论

目前, 临床关于慢性胃炎的发病机制尚未完全阐明, 多数学者考虑主要与免疫、环境、药物等多种因素共同作用有关<sup>[7-8]</sup>。本病病情进展缓慢且易反复发作, 若不能及时诊断和治疗, 随病情进展可增加癌变的风险, 对患者预后造成严重不良影响。雷贝拉唑是临床治疗 Hp 感染的常用药物, 可作用于胃黏膜, 通过抑制胃壁细胞 H<sup>+</sup>、K<sup>+</sup> 酶, 抑制胃酸分泌, 从而提高对 Hp 的清除效果。既往研究表明, 雷贝拉唑与其他药物联合应用, 可提高 Hp 的清除效果, 进而提高临床治疗效果<sup>[9-10]</sup>。

中医学认为, 慢性胃炎属于“胃脘痛”范畴, 常因素体虚弱, 复感湿热邪毒, 由表入里, 湿热困阻中焦, 相互搏结, 损伤脾胃, 导致脾失健运, 传导失司而发病。治则上当以清热燥湿、益气健脾。枫蓼肠胃康颗粒是一种中成药制剂, 由辣蓼、牛耳枫等成分组成, 其中辣蓼具有祛风利湿、解毒消肿的功效; 牛耳枫具有清热解毒、祛风活血的功效。两药配伍寒温并用、辛开苦降, 既能清热化湿、又能消积行滞。现代药理研究表明, 枫蓼肠胃康颗粒具有良好的抗炎、解痉、保护胃黏膜的作用, 对治疗胃肠疾病具有良好的疗效<sup>[11]</sup>。本研究结果显示, 观察组患者治疗总有效率、Hp 感染清除率均高于对照组, 治疗后中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。与黄丽华等<sup>[12]</sup>研究结果基本相符, 其研究结果显示, 采用枫蓼肠胃康颗粒联合枸橼酸铋雷尼替丁三联疗法治疗的慢性胃炎患者治疗有效率、Hp 转阴率分别为 93.85%、78.46%, 均高于采用枸橼酸铋雷尼替丁三联疗法单独治疗的 81.54%、61.54%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。进一步说明, 在常规西医治疗基础上, 联合枫蓼肠胃康颗粒治疗慢性胃炎效果显著, 能促进 Hp 感染转阴。分析其作用机制可能是, 雷贝拉唑具有良好的 Hp 清除效果, 蓼肠胃康颗粒具有抗菌、保护胃黏膜的功效, 两药联合应用可发挥协同效应, 进一步提高临床治疗效果。

现代医学认为, Hp 感染是影响慢性胃炎发生、发展的重要因素<sup>[13-14]</sup>。正常生理情况下, 胃内酸性环境有利于维持体液、人体内环境的稳态, Hp 感染后可损伤胃黏膜屏障, 导致消化道黏膜防御和攻击系统失衡, 胃肠激

素表达异常。血清 GAS 是胃肠道内常见激素, 主要由 G 细胞分泌, 其水平与胃部功能密切相关。临床研究表明, 与健康人群相比, 慢性胃炎患者血清 GAS 水平呈下降趋势, 且与 Hp 感染程度呈负相关<sup>[15]</sup>。PG 主要由胃黏膜分泌酸腺上主细胞分泌, 包括 PGI 和 PGII, 当胃黏膜损伤程度加重后, PGI 和 PGII 表达水平明显升高。由此可见, 血清 GAS、PGI 和 PGII 可作为临床诊断慢性胃炎发生、发展的敏感指标。本研究结果显示, 观察组患者治疗后 GAS 水平高于对照组, PGI、PGII 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。提示联合枫蓼肠胃康颗粒治疗可调节胃肠激素水平, 改善胃部功能。这可能与枫蓼肠胃康颗粒具有良好的抗菌、保护胃黏膜的作用有关, 且无明显不良反应增加。

综上所述, 枫蓼肠胃康颗粒与雷贝拉唑联合抗菌药物治疗慢性胃炎效果显著, 能促进 Hp 感染转阴, 调节胃肠激素分泌, 且不良反应发生率低, 安全性良好。另外, 本研究纳入样本量偏小, 且仅限于一家医院, 代表性不足; 未进行远期随访, 结果可能存在一定偏差。因此, 后期需扩大样本量, 延长随访时间, 以进一步论证中西医联合治疗慢性胃炎的应用效果。

### 〔参考文献〕

- (1) Kishikawa H, Ojio K, Nakamura K, et al. Previous *Helicobacter pylori* infection-induced atrophic gastritis: A distinct disease entity in an understudied population without a history of eradication (J). *Helicobacter*, 2020, 25(1): 1-12.
- (2) 季文媛, 卫佳琪, 刘炜. 黛力新联合枫蓼肠胃康颗粒治疗胃食管反流病重叠肠易激综合征疗效观察 (J). *现代中西医结合杂志*, 2019, 28(8): 836-841.
- (3) 黄腾, 王孟清, 杜幼蕊, 等. 枫蓼肠胃康颗粒治疗小儿急性腹泻 (湿热泻)120 例随机双盲多中心临床研究 (J). *中医杂志*, 2021, 62(4): 318-323.
- (4) 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): 24-36.
- (5) 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 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): 3060-3064.
- (6) 陈朝聪, 蔡水苗, 刘海珊. 质子泵抑制剂联合抗生素治疗对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素 SIL-2R CRP 水平及免疫功能的影响 (J). *河北医学*, 2020, 26(3): 429-432.
- (7) 张小春, 吴菲, 梅婷, 等. 幽门螺杆菌感染慢性胃炎患者 ZO-1、Fas、Runx3 蛋白表达变化及与组织病理特征关系 (J). *中华医院感染学杂志*, 2020, 30(16): 2401-2404.
- (8) 阳红娟, 赵宇琳. 幽门螺杆菌感染所致胃肠道疾病的发病机制、治疗方法及不良反应研究 (J). *当代医药论丛*,



- 2020, 18(11): 19-20.
- (9) 李明, 朱飞, 殷继鹏, 等. 雷贝拉唑联合法莫替丁治疗十二指肠溃疡的效果及对患者氧化应激指标水平的影响 (J). 中国医药, 2021, 16(5): 721-724.
- (10) 王春燕, 张静, 赵红艳, 等. 雷贝拉唑三联与四联疗法治疗 Hp 感染伴消化性溃疡的疗效、安全性及药物经济学分析 (J). 中国临床研究, 2018, 31(10): 1379-1382.
- (11) 孙亚峰, 朱素华, 常超, 等. 枫蓼肠胃康颗粒联合阿尔维林治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2020, 35(10): 1994-1997.
- (12) 黄丽华, 谭礼让, 温思炯. 枫蓼肠胃康颗粒联合枸橼酸铋雷尼替丁三联疗法治疗慢性胃炎的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2019, 34(11): 3333-3337.
- (13) 冯媛媛, 刘宣, 周利红, 等. 幽门螺杆菌感染对慢性胃炎胃黏膜病理变化及舌苔分布情况的影响 (J). 中华中医药杂志, 2021, 36(6): 3192-3195.
- (14) 高慧涛. 慢性萎缩性胃炎不同镜下分型及病理类型与幽门螺杆菌感染的相关性及血清胃功能状态分析 (J). 山西医药杂志, 2021, 50(11): 1834-1836.
- (15) 张艇, 杨艳. 血清胃泌素 17 与胃蛋白酶原联合检测在慢性萎缩性胃炎诊断中的价值 (J). 安徽医学, 2020, 41(9): 1045-1047.

(文章编号) 1007-0893(2022)13-0046-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.014

## 中医辨证饮食管理对 2 型糖尿病患者 血糖血脂代谢、BMI 的影响

杨 洋 朱茜茜

(商丘市中医院, 河南 商丘 476000)

**[摘要]** **目的:** 探讨中医辨证饮食管理对 2 型糖尿病 (T2DM) 患者血糖血脂代谢、身体质量指数 (BMI) 的影响。  
**方法:** 选取商丘市中医院 2019 年 1 月至 2020 年 2 月期间收治的 80 例 T2DM 患者, 采用简单随机分组的方式将患者分为观察组和对照组, 各 40 例。对照组患者在常规药物治疗的基础上采用传统饮食管理, 观察组患者在常规药物治疗的基础上采用中医辨证饮食管理。在实施管理前及管理 3 个月后, 抽取患者空腹静脉血, 进行空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (2h PBG)、三酰甘油 (TG)、总胆固醇 (TC)、糖化血红蛋白 (HbA1c) 水平的检测, 观察其血糖血脂代谢相关指标的变化情况; 测量其 BMI; 并在实施管理前后对其中医证候积分进行统计。**结果:** 治疗后两组患者的 FBG、2h PBG、TG、TC、HbA1c 水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的 FBG、2h PBG、TG、TC、HbA1c 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的 BMI 均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的 BMI 低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的口苦、食欲不振及面色萎黄证候积分均有不同程度下降, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者间的口苦、食欲不振及面色萎黄证候积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 中医辨证饮食管理可有效改善 T2DM 患者的血糖血脂代谢功能, 控制体质量增长。

**[关键词]** 2 型糖尿病; 中医辨证; 饮食管理

**[中图分类号]** R 587.1 **[文献标识码]** B

### Effects of TCM Syndrome Differentiation Diet Management on Blood Glucose and Blood Lipid Metabolism and BMI of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

YANG Yang, ZHU Qian-qian

(Shangqiu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Shangqiu 476000)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the effects of TCM (traditional Chinese medicine) syndrome differentiation diet management on blood glucose and blood lipid metabolism and body mass index (BMI) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients.

**[收稿日期]** 2022 - 04 - 18

**[作者简介]** 杨洋, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科。