

连朴饮联合黎药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床疗效观察

马贞¹, 彭亚婷², 荣立洋¹

(1. 三亚市中医院, 海南三亚 572000; 2. 广州中医药大学, 广东广州 510006)

摘要:【目的】观察连朴饮联合黎药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的临床疗效。【方法】将70例经胃镜、病理检查确诊为慢性萎缩性胃炎,同时伴有幽门螺杆菌(Hp)感染,且中医辨证为脾胃湿热证的患者,随机分为治疗组和对照组,每组各35例。治疗组给予连朴饮联合黎药治疗,对照组给予荆花胃康胶丸、硫糖铝分散片配合三联疗法(胶体果胶铋胶囊、阿莫西林胶囊、甲磺酸左氧氟沙星片)治疗。4周为1个疗程,共治疗3个疗程。观察2组患者治疗前后中医证候积分和胃蛋白酶原(PG I、PG II和PG I/PG II)的变化情况,评价2组患者的中医证候疗效、胃镜疗效、Hp感染疗效及用药安全性。【结果】(1)治疗12周后,治疗组和对照组的中医证候疗效总有效率分别为88.6%(31/35)、62.9%(22/35),胃镜疗效总有效率分别为85.7%(30/35)、62.9%(22/35),治疗组的中医证候疗效和胃镜疗效均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后,除对照组的嗝气、恶心呕吐无显著性改善($P > 0.05$)外,2组患者的各项证候积分均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且治疗组对胃脘痞满、胃脘胀痛、胃脘灼热感、嗝气、恶心呕吐、口干口苦等证候积分的改善作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后,2组患者PG I、PG I/PG II均较治疗前明显升高($P < 0.05$),PG II均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组对PG I、PG I/PG II的升高作用和对PG II的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗12周后,治疗组的Hp转阴率为22.9%(8/35),明显低于对照组的91.4%(32/35),差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗期间,2组患者均未出现明显的不良反应,血、尿常规和肝肾功能等安全性指标也均未见明显异常。【结论】连朴饮联合黎药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证患者疗效确切,可有效改善患者的临床症状和胃镜征象,但在抗Hp感染方面无优势。

关键词: 连朴饮; 黎药; 慢性萎缩性胃炎; 脾胃湿热证; 幽门螺杆菌(Hp)感染; 临床观察

中图分类号: R259.733

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)02-0236-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.02.003

Clinical Observation of *Lianpu* Decoction Combined with the Li Minority Medicine for the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Spleen and Stomach Damp-heat Syndrome

MA Zhen¹, PENG Ya-Ting², RONG Li-Yang¹

(1. Sanya Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sanya 572000 Hainan, China; 2. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of *Lianpu* Decoction combined with the Li minority medicine for the treatment of chronic atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome. **Methods** Seventy cases of chronic atrophic gastritis complicated with *Helicobacter pylori* (Hp) infection were confirmed by gastroscopy and pathological examination, and the patients were all differentiated as the spleen and stomach damp-heat syndrome. The 70 cases of chronic atrophic gastritis patients were randomly divided into treatment group and control group, and each group had 35 cases. The treatment group was treated with *Lianpu* Decoction combined with the Li minority medicine, while the control group was treated with *Jing Hua Weikang* Capsules and Sucralfate Dispersible Tablets combined with triple therapy (Colloidal Pectin Bismuth Capsules, Amoxicillin Capsules, Levofloxacin Mesylate Tablets). Four weeks constituted one course of treatment, and the treatment for

收稿日期: 2020-04-16

作者简介: 马贞(1984-),女,硕士,主治医师; E-mail: knockout_1@163.com

通讯作者: 荣立洋(1990-),男,硕士,住院医师; E-mail: 234940824@qq.com

基金项目: 海南省自然科学基金项目(编号: 817387)

the two groups lasted 3 courses. Before and after treatment, the scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome and the levels of pepsinogens (PG) of PG I, PG II and PG I/PG II in the two groups were observed. After treatment, the clinical efficacy for TCM syndrome, efficacy for gastroscopy, efficacy for Hp infection, and the clinical safety in the two groups were compared. **Results** (1) After treatment for 12 weeks, the total effective rates of TCM syndrome in the treatment group and the control group were 88.6% (31/35) and 62.9% (22/35) respectively, and the total effective rates of gastroscopy were 85.7% (30/35) and 62.9% (22/35) respectively. The clinical efficacy for TCM syndrome and efficacy for gastroscopy in the treatment group were superior to those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, except that the symptoms of belching, nausea and vomiting in the control group showed no obvious changes ($P > 0.05$), the scores of other clinical symptoms in the two groups were all improved in comparison with those before treatment ($P < 0.05$). And the treatment group had stronger effect on improving the scores of epigastric fullness and oppression, epigastric distention and pain, epigastric burning sensation, belching, nausea and vomiting, and dryness and bitterness in the mouth than the control group, the differences being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the levels of PG I and PG I/PG II in the two groups were obviously increased, and PG II was lowered in comparison 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 lowering the PG II level than the control group, the differences being statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment for 12 weeks, the Hp-eradication rate in the treatment group was 22.9% (8/35), and was much lower than that in the control group (91.4%, 32/35), the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5) During the trial, no obvious adverse reaction occurred in the two groups, or no abnormal changes were found in the routine test for the blood and urine and in the hepatic and renal function examination. **Conclusion** *Lianpu* Decoction combined with the Li minority medicine exerts certain effect for the treatment of chronic atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome, and the combined therapy can significantly relieve the clinical symptoms and improve the gastroscopic signs, but has no obvious advantage for improving Hp infection.

Keywords: *Lianpu* Decoction; the Li minority medicine; chronic atrophic gastritis; spleen and stomach damp-heat syndrome; *Helicobacter pylori* (Hp) infection; clinical observation

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是世界公认的胃癌前病变。目前, 西医主要以对症治疗如抑制或中和胃酸、缓解症状、保护胃黏膜等, 同时改善胃黏膜炎症、根除幽门螺杆菌(Hp)感染, 严重者可选择性服用环氧化酶-2(COX-2)抑制剂以求逆转胃黏膜重度炎症、肠上皮化生、萎缩及异型增生, 但疗效并不理想。中医药是中华民族伟大宝库, 拥有治疗脾胃系疾病的独特优势。黎族主要聚居于海南省, 黎药作为传统的民族医药, 至今仍发挥着重要作用。黎医认为, 慢性胃炎为“胃肠风”“胃风症”, 病机为邪风入胃, 肝郁乘脾胃, 脾胃失运, 胃风瘀滞。本研究采用经典方剂连朴饮联合黎药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证患者, 取得了良好的治

疗效果, 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2016年6月至2019年6月在三亚市中医院消化内科门诊及病房经胃镜、病理检查确诊为慢性萎缩性胃炎, 同时伴有Hp感染(碳14尿素呼气试验阳性), 且中医辨证为脾胃湿热证的患者, 共70例。按患者就诊先后顺序, 采用随机数字表将患者随机分为治疗组 and 对照组, 每组各35例。本研究符合医学伦理学要求并获得三亚市中医院伦理委员会的审核批准。

1.2 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)》^[1]。西医诊断标准: ①内镜诊断: 黏膜萎缩呈灰白、灰黄或灰色且深浅不

一,范围呈弥漫或局部;黏膜变薄而凹陷,边界不清;腺窝增生或肠上皮化生,黏膜粗糙不平。②病理诊断:黏膜肌层增厚及炎症,腺体萎缩或肠上皮化生。中医诊断标准:脾胃湿热证型。主症:胃脘痞胀或疼痛。次症:①口苦口臭;②恶心或呕吐;③胃脘灼热;④大便黏滞或稀溏。舌脉:舌质红,苔黄厚或腻,脉滑数。主症和舌象必备,加次症2项以上,参考脉象,即可辨证为脾胃湿热证。

1.3 纳入标准 ①符合上述慢性萎缩性胃炎诊断标准;②伴有Hp感染(碳14尿素呼气试验阳性);③中医证型为脾胃湿热证型;④年龄为18~70岁;⑤治疗前1个月内未服用任何影响试验结果的中药或西药;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①合并有消化性溃疡、胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变的患者;②合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病患者;③精神病患者;④妊娠或准备妊娠及哺乳期妇女;⑤过敏体质和对多种药物过敏的患者;⑥依从性差,未按规定进行治疗,或自行加用其他有治疗作用的药物,从而影响疗效判定的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予荆花胃康胶丸、硫糖铝分散片配合三联疗法治疗。①荆花胃康胶丸(天士力医药集团股份有限公司生产,批准文号:国药准字Z10970067;规格:每粒80 mg),餐前1 h口服,每次2粒,每日3次,4周为1个疗程,共治疗3个疗程。②硫糖铝分散片(丽珠集团丽珠制药厂生产,批准文号:国药准字H200404473;规格:每片0.5 g),餐前1 h将药片置少许温水中摇匀后饮用,每次2片,每日3次,4周为1个疗程,共治疗3个疗程。③三联疗法:胶体果胶铋胶囊(华北制药股份有限公司生产,批准文号:国药准字H20063479;规格:每粒50 mg),餐前1 h口服,每次3粒,每日3次;阿莫西林胶囊(哈药集团制药总厂生产,批准文号:国药准字H23020932;规格:每粒0.25 g),每次0.5 g,每日3次,餐前1 h口服;甲磺酸左氧氟沙星片(华润双鹤药业股份有限公司生产,批准文号:国药准字H10980067;规格:每片0.1 g),每次2片,每日2次,餐前1 h口服。三联疗法连续使用2~4周。

1.5.2 治疗组 给予连朴饮联合黎药治疗。以连朴饮为基础方:黄连6 g,姜半夏、石菖蒲、厚朴各12 g,淡豆豉15 g,炒栀子9 g,芦根30 g。随症加减:疼痛明显者加槟榔皮、海南地不容、九里香各12 g,胃胀明显者加马蹄金、黑面神、土沉香、海南砂仁、水三七各12 g,腹泻、湿热偏重者加牛耳枫、辣蓼、蛇果草各9 g,脾胃虚弱纳呆少食者加五指毛桃、牛大力、土党参、五指山参各12 g。每日1剂,常规煎煮2次(每次煎取约200 mL),分2次于餐后30 min服用。4周为1个疗程,共治疗3个疗程。服药期间宜清淡饮食,忌食辛辣、油腻、生冷坚硬食物,戒烟戒酒,并保持情志舒畅。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]、《中医消化病诊疗指南》^[3]和《胃肠疾病中医症状评分表》^[4],观察2组患者治疗前后胃脘痞满、胃脘胀痛、胃脘灼热感、泛酸、嗝气、恶心呕吐、口干口苦等证候积分的变化情况。证候积分按正常、轻度、中度、重度4级分别计0、2、4、6分。分值越高,表示病情越重。

1.6.2 胃镜疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]。①痊愈:胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度;②显效:胃镜复查黏膜慢性炎症好转;③有效:胃镜复查黏膜病变范围缩小1/2以上;④无效:达不到上述有效标准或恶化者。

1.6.3 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]。采用尼莫地平法计算证候积分减少率:证候积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。①痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;②显效:症状、体征明显改善,70%≤证候积分减少<95%;③有效:症状、体征均有好转,30%≤证候积分减少<70%;④无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

1.6.4 胃蛋白酶原检测 采用酶联免疫法(ELISA)检测2组患者治疗前后胃蛋白酶原PG I、PG II,并计算PG I/PG II值。

1.6.5 Hp感染疗效评定 采用碳14尿素呼气试验观察2组患者治疗前后Hp感染转阴情况,评价2组患者的Hp感染疗效(转阴率)。检测方法:于清晨空腹温水送服碳14尿素胶囊1粒,15 min后向集卡气中吹气,上机检测。当碳14呼气试验结

果 ≥ 100 dpm/mmol CO₂时判定为阳性。

1.6.6 安全性评价 观察2组患者治疗前后血、尿常规和肝肾功能等安全性指标的变化情况,观察是否有新发症状体征的出现,记录治疗期间的药物不良反应。

1.7 统计方法 使用SPSS 24.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组慢性萎缩性胃炎患者基线资料比较 治疗组35例患者中,男18例,女17例;年龄36~66岁,平均年龄(56.44 ± 7.93)岁;对照组35例患者中,男19例,女16例;年龄37~65岁,平均年龄(53.95 ± 9.63)岁。2组患者的性别、年龄等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组慢性萎缩性胃炎患者中医证候疗效比较 表1结果显示:治疗12周后,治疗组的中医证候疗效总有效率为88.6%(31/35),对照组为62.9%(22/35),组间比较,治疗组的中医证候疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组慢性萎缩性胃炎患者中医证候疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy for TCM syndrome in the chronic atrophic gastritis

		patients of the two groups				[例(%)]
组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	8(22.9)	14(40.0)	9(25.7)	4(11.4)	31(88.6) ^①
对照组	35	4(11.4)	12(34.3)	6(17.1)	13(37.1)	22(62.9)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.3 2组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后中医证候积分比较 表2结果显示:治疗前,2组患者胃脘痞满、胃脘胀痛、胃脘灼热感、泛酸、嗝气、恶心呕吐、口干口苦等中医证候积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,除对照组的嗝气、恶心呕吐无显著性改善($P > 0.05$)外,2组患者的各项证候积分均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且治疗组对胃脘痞满、胃脘胀痛、胃脘灼热感、嗝气、恶心呕吐、口干口苦等证候积分的改善作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组慢性萎缩性胃炎患者胃镜疗效比较 表3结果显示:治疗12周后,治疗组的胃镜疗效总有效率为85.7%(30/35),对照组为62.9%(22/35),组间比较,治疗组的胃镜疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后中医证候积分比较

Table 2 Comparison of the scores of TCM syndrome in the chronic atrophic gastritis patients of the two groups before and after treatment

		$(\bar{x} \pm s, \text{分})$							
组别	例数(例)	时间	胃脘痞满	胃脘胀痛	胃脘灼热感	泛酸	嗝气	恶心呕吐	口干口苦
治疗组	35	治疗前	5.81 ± 0.21	3.76 ± 0.28	2.54 ± 0.12	2.68 ± 0.13	1.75 ± 0.30	1.65 ± 0.16	3.26 ± 0.45
	35	治疗后	0.85 ± 0.34 ^{①②}	0.76 ± 0.51 ^{①②}	0.71 ± 0.29 ^{①②}	0.86 ± 0.92 ^①	0.66 ± 0.21 ^{①②}	0.32 ± 0.11 ^{①②}	0.82 ± 0.36 ^{①②}
对照组	35	治疗前	5.76 ± 0.23	3.75 ± 0.31	2.61 ± 0.20	2.67 ± 0.22	1.69 ± 0.63	1.58 ± 0.12	3.32 ± 0.48
	35	治疗后	2.35 ± 0.39 ^①	1.76 ± 0.45 ^①	1.30 ± 0.43 ^①	0.93 ± 0.84 ^①	1.38 ± 0.45	1.33 ± 0.26	1.98 ± 0.75 ^①

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

表3 2组慢性萎缩性胃炎患者胃镜疗效比较

Table 3 Comparison of clinical efficacy for gastroscopy in the chronic atrophic gastritis patients of the two groups

		[例(%)]				
组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	3(8.6)	14(40.0)	13(37.1)	5(14.3)	30(85.7) ^①
对照组	35	1(2.9)	10(28.6)	11(31.4)	13(37.1)	22(62.9)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.5 2组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后PG I、PG II和PG I/PG II比较 表4结果显示:治疗前,2组患者PG I、PG II和PG I/PG II比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者PG I、PG I/PG II均较治疗前明显升高,PG II均较治疗前明显降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组对PG I、PG I/PG II的升高作用和对PG II的降低

表4 2组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后PG I、PG II和PG I/PG II比较

Table 4 Comparison of the levels of PG I, PG II and PG I/PG II in the chronic atrophic gastritis patients of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	时间	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	35	治疗前	42.98 ± 7.46	17.84 ± 3.62	2.54 ± 0.52
	35	治疗后	54.02 ± 6.79 ^{①②}	12.21 ± 2.64 ^{①②}	4.51 ± 0.69 ^{①②}
对照组	35	治疗前	43.27 ± 7.13	17.29 ± 3.57	2.48 ± 0.79
	35	治疗后	50.26 ± 8.41 ^①	14.51 ± 3.04 ^①	3.64 ± 0.68 ^①

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

作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组慢性萎缩性胃炎患者Hp感染疗效比较 表5结果显示: 治疗12周后, 治疗组的Hp转阴率为22.9%(8/35), 明显低于对照组的91.4%(32/35), 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组慢性萎缩性胃炎患者Hp感染疗效比较
Table 5 Comparison of the Hp infection efficacy in the chronic atrophic gastritis patients of the two groups

组别	例数(例)	阴性(例)	阳性(例)	转阴率(%)
治疗组	35	8	27	22.9 ^①
对照组	35	32	3	91.4

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.6 安全性评价 治疗期间, 2组患者均未出现明显的不良反应, 血、尿常规和肝肾功能等安全性指标也均未见明显异常。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是临床消化系统常见的难治性疾病, 中医认为本病病机为本虚标实、寒热虚实错杂^[5-6]。李志更等^[7]对慢性萎缩性胃炎中医证候分布频率进行荟萃分析, 结果显示脾胃湿热证分布频率相对较多。国医大师李佃贵先生提出的“浊毒学说”^[8]认为浊毒是慢性萎缩性胃炎的主要病机之一, 毒是指热毒, 湿盛则久郁化热, 湿热瘀久则成毒。孟建宇等^[9]运用现代科学技术手段研究发现脾胃湿热证患者发生恶变率高于其他证型。

连朴饮源于《霍乱论》, 主治病因病机为湿热并重之证。本方苦温与辛温并用, 辛开苦降, 燥

湿化浊; 再合半夏和胃降逆止呕; 淡豆豉宣透郁热; 芦根清热生津; 诸药配伍, 共奏燥湿清热、化浊解毒之功效。疼痛明显者加槟榔皮、海南地不容、九里香以行气止痛, 胃胀明显者加马蹄金、黑面神、土沉香、海南砂仁、水三七以疏肝理气, 腹泻、湿热偏重者加牛耳枫、辣蓼、蛇果草以清热利湿止泻, 脾胃虚弱纳呆少食者加五指毛桃、牛大力、土党参、五指山参以补气健脾。

黎族族群的形成距今约6 000多年, 黎族医药的发展历史悠久。关于黎族医药的历史, 由于黎族没有本民族的文字, 无法记载, 只能以口传心授的形式进行传承。海南岛古称“南蛮荒地”“化外之地, 瘴疠之区”, 是多种疾病的高发区, 如疟疾、登革热以及肠道疾病等。复杂的地理与气候特征, 形成了独特的民族医学特色。黎医对发病的机理分为五种学说: 风、毒、火、淤(积)、痧。风为百病之长, 如出现肠鸣音亢进、腹痛、腹泻等胃肠疾病, 都认为是“风”作用, 因此黎医统称其为“胃肠风”“胃风症”, 病机为邪风入胃, 肝胃不和, 脾胃不健, 胃风瘀滞。黎医用于专门治疗胃肠疾病的药物约20种, 如三叉苦, 功能清热解毒、祛风除湿, 主治胃痛; 千斤拔, 功能祛风利湿、消瘀解毒, 主治消化不良、病后气虚、食欲不振; 大风子, 功能祛风、消炎、止泻, 主治腹泻; 飞龙掌血, 功能祛风、止痛、散瘀、止血, 主治胃痛等^[10]。

本研究以连朴饮联合黎药治疗脾胃湿热证慢性萎缩性胃炎患者, 并与临床常规治疗进行比较, 结果发现连朴饮联合黎药治疗慢性萎缩性胃炎疗效显著, 患者的中医证候积分明显下降, 胃镜下病理状态明显改善, PG I、PG I/PG II表达水平明显升高, PG II表达水平明显降低, 且安全性良好, 但在抗Hp感染方面中药治疗并无优势。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 21-28.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医症状评分表(2010年)[J]. 中西医结合消化杂志, 2011, 19

- (1): 66-68.
- [5] 朱永钦, 朱永苹, 黄连海, 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] 吕林, 王静, 罗仕娟, 等. 黄穗平治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(6): 1002-1004.
- [7] 李志更, 李玉波, 王俊文, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证候分布频率的Meta分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(1): 1-7.
- [8] 张纨, 娄莹莹, 史纯纯. 李佃贵教授从浊毒论治慢性萎缩性胃炎经验介绍[J]. 新中医, 2009, 41(1): 8-10.
- [9] 孟建宇, 谭杰, 郭玉婷, 等. 慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜中医微观辨证与癌前病变特征分析[J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1307-1310.
- [10] 钟捷东. 黎族医药[M]. 海口: 海南出版社, 2008: 227-237.
- 【责任编辑: 陈建宏】

哮喘中医证候与外周血及气道嗜酸性粒细胞的相关性研究

李红丽¹, 唐雪春², 任珍翠³, 陈雪叶³, 徐晓花⁴, 王青霞⁴, 湛楠楠¹

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 北京中医药大学东直门医院呼吸科, 北京 100700;

3. 中日友好医院呼吸中心临床诊察部, 北京 100029; 4. 广州中医药大学, 广东广州 510006)

摘要:【目的】探讨慢性持续期哮喘不同证候与外周血及气道嗜酸性粒细胞(EOS)的相关性, 为哮喘辨证分型提供客观参考依据。【方法】采用横断面调查研究设计, 收集122例慢性持续期哮喘患者, 观察患者的外周血及诱导痰EOS水平, 探讨支气管哮喘中医证候分布与外周血及气道EOS之间的相关性。【结果】(1)122例慢性持续期支气管哮喘患者中, 虚哮证70例, 风哮证42例, 冷哮证7例, 热哮证3例。考虑热哮证患者例数太少, 检验效能较低, 故分析时未将其纳入, 最后实际纳入统计分析的样本量为119例。(2)不同证候患者外周血和诱导痰EOS水平从高到低均依次为虚哮证>冷哮证>风哮证, 其中风哮证患者的外周血和诱导痰EOS水平均明显低于虚哮证患者, 差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 其余各个证候之间比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。【结论】不同证候哮喘患者的外周及气道变应性炎症程度分布存在差异, 外周血及诱导痰EOS水平可为哮喘辨证分型提供参考依据。

关键词: 慢性持续期; 哮喘; 中医证候; 外周血嗜酸性粒细胞; 诱导痰嗜酸性粒细胞

中图分类号: R256.12

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)02-0241-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.02.004

Study on Correlation of Traditional Chinese Medicine Syndrome Types with Eosinophils in Peripheral Blood and Airway of Asthma Patients

LI Hong-Li¹, TANG Xue-Chun², REN Zhen-Cui³, CHEN Xue-Ye³,
XU Xiao-Hua⁴, WANG Qing-Xia⁴, ZHAN Nan-Nan¹

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Dept. of Respiratory Medicine, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 3. Clinical Diagnosis Dept., Respiratory Disease Center, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China; 4. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: Objective To explore the correlation of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome types with

收稿日期: 2020-06-28

作者简介: 李红丽(1993-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 2285913604@qq.com

通讯作者: 唐雪春(1972-), 女, 主任医师; E-mail: tangxuechun@yeah.net

基金项目: 中央高校基本科研业务费专项资金资助项目(编号: 2019-JYB-XS-178)