益胃解毒汤治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察

李小飞，于毅，袁嘉嘉
（如皋市中医院消化内科，江苏 南通 226500）

摘要 目的：探讨益胃解毒汤对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎的临床治疗效果。方法：选择 2022 年 7 月—2023 年 10 月如皋市中医院收治的 78 例气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者，依照随机数字表法将其分为常规组及研究组，每组 39 例。常规组采用常规四联治疗，研究组在常规组的基础上给予益胃解毒汤治疗。观察两组患者的中医证候积分、血清学指标、恢复情况、临床疗效、不良反应发生情况。结果：治疗后，研究组患者中医证候积分低于常规组（$P<0.01$）；研究组胃蛋白酶原Ⅰ（PG－Ⅰ）、PG－Ⅰ/PG－Ⅱ均高于常规组（$P<0.01$）；治疗后，两组 IL－6、TNFR1 水平均降低（$P<0.05$），且研究组低于常规组（$P<0.01$）；两组 G－17 水平均升高（$P<0.05$），且研究组更高（$P<0.01$）；研究组患者体倦乏力、脘腹胀满、胃脘疼痛症状消失时间均低于常规组（$P<0.01$）；研究组患者治疗总有效率高于常规组（$P<0.01$）；两组不良反应总发生率差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：益胃解毒汤能够改善患者血清学指标，降低中医证候积分，缩短患者恢复时间及临床疗效，安全性较高。

关键词 益胃解毒汤；慢性萎缩性胃炎；中医证候积分；临床疗效
中图分类号：R256.3 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392(2025)03－0077－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250057

慢性萎缩性胃炎是一种慢性消化系统疾病，被认为是胃癌的前兆病变[1]，主要特征是胃黏膜腺体逐渐减少和萎缩，发病与幽门螺杆菌感染、环境和遗传因素等多种因素有关，其症状多样，可表现为消化不良、上腹痛、恶心、呕吐、胃肠道出血等[2]。目前慢性萎缩性胃炎尚无根治方法，只能通过抗幽门螺杆菌治疗、胃酸抑制剂和饮食调节等方法缓解症状、控制病情，但可能产生耐药或由于胃黏膜消失，胃酸分泌减少，导致胃酸缺乏相关的贫血和维生素 B12 吸收障碍等问题[3－5]。随着中医理论的发展，中医药手段以其独特优势逐渐被广泛应用于慢性萎缩性胃炎的临床治疗[6]。在中医学理论中，慢性萎缩性胃炎属“痞满”“胃脘痛”等范畴，其病机可归纳为“本虚”与“标实”两个方面，与“瘀、虚、毒”密切相关，气虚血瘀证是常见证型之一，治疗当以补益脾胃、活血化瘀为主要治疗原则[7－8]。基于本病中医发病机制与临床实践，如皋市中医院自拟益胃解毒汤，其由太子参、茯苓、白花蛇舌草等药物组成，具有益气补中、解毒化瘀之功效，本研究观察其对慢性萎缩性胃炎气虚血瘀证患者的治疗效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 7 月—2023 年 10 月如皋市中医院收治的气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者 78 例为研究对象，依照随机数字表法将其分为常规组和研究组，每组 39 例。常规组男 18 例，女 21 例；年龄 36～65 岁，平均年龄（54.38±5.07）岁；病程 11～32 个月，平均病程（25.18±2.37）个月；胃黏膜萎缩：轻度 19 例、中度 18 例、重度 2 例；胃黏膜肠化：无 14 例、轻度20 例、中度 5 例；胃黏膜异型增生：无 33 例、轻度 6 例。研究组男 17 例，女 22 例；年龄 35～69 岁，平均年龄（54.42±5.14）岁；病程 9～33 个月，平均病程（25.35±2.26）个月；胃黏膜萎缩：轻度 18 例、中度 18 例、重度 3 例；胃黏膜肠化：无 13 例、轻度 19 例、中度 7 例；胃黏膜异型增生：无 32 例、轻度 7 例。两组基线资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。如皋市中医院医学伦理委员会核准本研究（RGSZYYLL062）。

收稿日期：2024－02－28 **修回日期**：2024－11－22
基金项目：江苏省科技计划专项资金（重点研发计划－社会发展－面上项目）（BE2022824）；南通市科技局面上项目（MSZ2022136）
作者简介：李小飞（1984－），男，副主任中医师，研究方向：中西医结合治疗消化系统疾病。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[9]中慢性萎缩性胃炎的诊断标准。患者临床症状无特异性,可无明显症状,也可表现为非特异的消化不良症状,如上腹部不适、饱胀、疼痛等。部分患者可同时存在胃食管炎反流病,表现为发酸、烧心等。部分患者可能存在胆汁反流样表现,如口苦、嘈杂、嗳气。仅内镜检查和胃黏膜组织学检查确诊为慢性萎缩性胃炎。

1.2.2 中医辨证标准

符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》[10]与《中药新药临床研究指导原则》[11]中气虚血瘀证的辨证标准。主症:胃脘疼痛、脘腹胀满、体倦乏力;次症:面色黯淡、气短懒言、纳差、大便溏薄,舌质黯淡、或有瘀斑瘀点,舌体胖大或有齿痕、苔薄白,脉细涩或虚弱。主症与次症各具 2 项及以上者,参考舌脉,可明确辨证。

1.3 纳入标准

①符合西医慢性萎缩性胃炎的诊断标准与中医气虚血瘀证的辨证标准;②幽门螺杆菌检测阳性;③年龄 18 ~ 70 岁;④入组前两周内未使用其他药物治疗;⑤依从性强,能配合完成各项相关检查与治疗;⑥患者及家属自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①既往有胃肠道手术史者;②合并消化性溃疡等其他胃部疾病者;③胃黏膜病理检查疑有恶变或合并其他恶性肿瘤者;④合并免疫缺陷及其他系统功能严重障碍者;⑤对本研究药物过敏者;⑥患有精神疾病、意识不清或沟通障碍者;⑦存在长期酗酒、长期药物使用史者。

1.5 治疗方法

常规组采用四联疗法进行治疗,给予患者奥美拉唑肠溶胶囊(海口奇力制药股份有限公司,国药准字 H20059393,规格:20 mg)1 片/次,2 次/d,阿莫西林胶囊(海南科伦制造有限公司,国药准字 H43022211,规格:0. 25 mg)4 粒/次,2 次/d、克拉霉素缓释片(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字 H20031041,规格:0. 5 g)1 片/次,2 次/d,枸橼酸铋钾胶囊(四川华新制药有限公司,国药准字 H19983200,规格 0. 3 g),2 片/次,2 次/d。

研究组在对照组的基础上加用益胃解毒汤口服治疗,方药组成:太子参 15 g,炒白术 12 g,茯苓 15 g,陈皮 9 g,姜半夏 9 g,白芍 12 g,丹参 15 g,砂仁 3 g,三七 9 g,白花蛇舌草 15 g,仙鹤草 15 g,甘草 6 g。每日 1 剂,水煎 400 mL,分早、晚 2 次饭后 1 h 温服,统一由如皋市中医院中药房代煎。

两组均连续治疗 2 周后,研究组继续口服中药 10 周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

分别记录两组患者治疗前、治疗后主症与次症情况,按照等级症状积分法分为无(0 分)、轻(2 分)、中(4 分)、重(6 分);舌质、舌苔、脉象分为有(1 分)、无(0 分),记录各证候积分。

1.6.2 胃蛋白酶原水平

于治疗前后分别抽取两组患者空腹静脉血 5 mL,离心后取上清液,采用放射免疫试剂盒(上海赛培森生物科技有限公司)测定胃蛋白酶原Ⅰ(Pepsinogen Ⅰ,PG - Ⅰ)、胃蛋白酶原Ⅱ(Pepsinogen Ⅱ,PG - Ⅱ)水平,操作按照说明书执行。

1.6.3 血清学指标

于治疗前后分别抽取患者 5 mL 空腹静脉血,离心后,采用酶联免疫吸附法检测血清中的白细胞介素 - 6(IL - 6)、肿瘤坏死因子受体 1(TNFR1)及胃泌素 - 17(G - 17)水平。

1.6.4 恢复情况

观察两组患者治疗后体倦乏力、胃脘疼痛、脘腹胀满等临床症状消失时间。

1.6.5 临床疗效

治愈:症状及体征基本消失,中医证候积分降幅在 95% 及以上;显效:症状体征明显好转,70% ≤中医证候积分降幅 <95%;有效:症状体征较前减轻,30% ≤中医证候积分降幅 <70%;无效:症状体征未改善或恶化,中医证候积分降幅不足 30%。总有效率 =(治愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 ×100%。

1.6.6 不良反应发生情况

观察患者便秘腹泻、恶心呕吐、头晕、皮炎等不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

使用 SPSS 23. 0 统计学软件对数据进行处理。例(%)表示计数资料,应用 χ^2 检验;($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,应用 t 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

两组患者中医证候积分治疗后均降低($P < 0.05$),研究组降幅大于常规组($P < 0.01$),见表 1。

2.2 胃蛋白酶原水平

治疗后,两组患者 PG - Ⅰ水平、PG - Ⅰ/PG - Ⅱ均升高($P < 0.05$),且研究组高于常规组($P < 0.01$),见表 2。

表 1 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	39	13.52 ± 1.75	8.73 ± 2.19 *	20.38 ± 3.21	13.02 ± 2.39 *
研究组	39	12.89 ± 1.43	5.78 ± 2.01 *	21.46 ± 3.49	7.52 ± 2.18 *
t 值		1.741	6.198	1.422	10.618
P 值		0.86	0.000	0.159	0.000

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$。

表 2 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者胃蛋白酶原水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PG - Ⅰ/(μg/L)		PG - Ⅰ/PG - Ⅱ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	39	43.85 ± 4.41	58.43 ± 3.98 *	3.46 ± 1.06	5.37 ± 1.61 *
研究组	39	42.33 ± 4.34	63.02 ± 5.69 *	3.58 ± 1.13	7.05 ± 1.73 *
t 值		1.534	4.128	0.484	5.037
P 值		0.129	0.000	0.630	0.000

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$。

2.3 血清学指标

治疗后,两组 IL - 6、TNFR1 水平均降低($P < 0.05$),且研究组低于常规组($P < 0.01$);两组 G - 17 水平均升高($P < 0.05$),且研究组更高($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者血清学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL - 6/(ng/mL)		TNFR1/(pg/mL)		G - 17/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	39	49.76 ± 5.32	36.73 ± 4.57 *	153.41 ± 7.43	134.62 ± 11.67 *	201.49 ± 31.58	267.48 ± 30.19 *
研究组	39	48.96 ± 5.14	29.33 ± 3.85 *	152.17 ± 8.10	123.45 ± 10.89 *	203.47 ± 32.46	289.74 ± 33.57 *
t 值		0.675	7.734	0.705	4.370	0.215	3.079
P 值		0.501	0.000	0.483	0.000	0.831	0.003

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$。

2.4 恢复情况

治疗后,研究组体倦乏力、脘腹胀满、胃脘疼痛等症状消失时间均低于常规组($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者症状消失时间比较($\bar{x} \pm s$,d)

组别	例数	体倦乏力	脘腹胀满	胃脘疼痛
常规组	39	11.71 ± 1.28	3.65 ± 0.43	3.89 ± 0.28 *
研究组	39	8.21 ± 1.19	2.12 ± 0.31	2.35 ± 0.14 *
t 值		12.506	18.025	30.721
P 值		0.000	0.000	0.000

2.5 临床疗效

研究组患者治疗总有效率高于常规组($P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
常规组	39	2	4	9	24	15(38.46)
研究组	39	4	11	16	8	31(79.49)
χ^2 值						12.777
P 值						0.000

2.6 不良反应

两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 6。

表 6 两组气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	头晕	腹泻便秘	皮炎	总发生率
常规组	39	2	2	1	0	5(12.82)
研究组	39	1	1	2	2	6(15.38)
χ^2 值						0.106
P 值						0.745

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是胃黏膜的一种慢性炎症,属慢性胃炎的一种。幽门螺杆菌感染和自身免疫反应都会导致炎症反应,进而损害胃黏膜上皮细胞和胃腺体,长期的炎症反应会导致胃黏膜细胞减少和胃腺体萎缩,从而影响胃的正常生理功能,且胃腺内的盐酸和消化酶分泌减少会使胃酸分泌减少、胃黏液屏障减弱,增加患者患胃溃疡、胃息肉和胃癌的风险[12]。而目前此病尚无根治方法,现有治疗手段各有局限性[13],因此,探究更为安全有效的治疗方式具有重要意义。

慢性萎缩性胃炎归属于中医“胃脘痛”“痞满”范畴,中医认为本病为本虚标实之证,发病与饮食不节、正气不足、感受外邪密切相关,脾胃为后天之本,气虚血瘀证患者由于抽烟、饮酒等不良生活、饮食习惯,损

伤脾胃,导致脾胃虚弱,运化失调,正气虚损,气血津液运行失司,水谷精微濡养无力,使瘀阻脉络,久而化为热毒,进一步使胃络失去濡润从而萎缩甚至恶变,因此,治疗应当以补益脾胃、活血化瘀为主要原则[14-15]。

本研究中,治疗后研究组与常规组的中医证候积分均降低,且研究组更低;治疗后研究组体倦乏力、胃脘疼痛、脘腹胀满等症状的改善时间均短于常规组;研究组临床总有效率显著高于常规组,表明益胃解毒汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效显著,且能加速患者症状的改善。本研究的益胃解毒汤由《古今名医方论》中的香砂六君汤及《时方歌括》中的丹参饮结合单兆伟教授二参三草汤化裁而来,方中太子参为清补之品,归脾肺两经,益气生津,主脾胃虚弱,为君药;炒白术益气健脾燥湿,茯苓甘淡渗湿健脾,二者共为臣药,共同协助太子参发挥健脾和胃、增强脾胃运化的作用;陈皮理气健脾、燥湿化痰,半夏、陈皮合用又可燥湿化痰、理气和中,仙鹤草苦、涩、平,除能清热、和血外,还能健胃补虚,白花蛇舌草具有清热解毒、消痛散结、利尿除湿之功效,四者共为佐药;白芍柔肝缓中止痛,可佐制白术、陈皮、半夏之燥性,三七活血化瘀止痛,助丹参加强活血止痛之功,砂仁和胃行气止痛,可根据患者的症状和体质作为辅助用药;甘草为使药,调和诸药,使药材更好地发挥作用,同时其还具有补脾益气、清热解毒的功效,能够增强方剂的整体效果。诸药合用,共奏益气补中、清热燥湿、解毒化瘀之功,且本方兼顾慢性萎缩性胃炎“虚、瘀、毒”的特点,健脾助运兼顾阴液、活血化瘀兼顾理气、清热解毒兼顾化痰浊,可扶正祛邪,治病求本。现代药理学研究表明[16],太子参可增强免疫、调节血流动力学、减轻损伤炎症及促进胃黏膜损伤修复。丹参、白花蛇舌草主要化学成分具有抗肿瘤作用,在消化系统肿瘤中应用广泛[17-18]。IL-6、TNFR1 的炎性介质与慢性萎缩性胃炎患者的慢性炎症程度呈正相关,G-17 有助于促进胃肠道运动,与胃黏膜萎缩相关,其水平降低可对胃肠道功能造成影响。本研究中,治疗后研究组患者的炎症因子水平 IL-6、TNFR1 水平均低于治疗前且低于常规组,G-17 水平高于治疗前和常规组,表明益胃解毒汤可有效改善患者血清指标水平及胃肠道功能。白术、陈皮、甘草具有抗癌、修复胃黏膜、改善胃肠道功能、抗炎镇痛、增强免疫等多种药理作用[19-22]。半夏有止呕以及抑制胃分泌、抗溃疡、抗腹泻、调节胃肠运动、抑制胰蛋白酶活性等消化系统的药理作用,同时也具有抗肿瘤作用[23-24]。仙鹤草有抗炎、抗肿瘤、抗氧化、抗菌杀虫、促凝血和抗凝等作用,在辨证治疗消化系统疾病及肿瘤疾病中发挥良好的作用[25]。本研究中,研究组患者治疗后的 PG-Ⅰ水平及 PG-Ⅰ/PG-Ⅱ均升高,且改善幅度优于常规组,表明益胃解毒汤可有效改善患者胃蛋白酶原水平。PG-Ⅰ是由胃底腺主细胞产生的一种无活性的蛋白前体,可在胃内经胃酸作用转化为胃蛋白酶,参与蛋白质的消化过程,其水平可反应胃底腺的分泌功能;PG-Ⅱ也是一种无活性蛋白前体,主要由胃窦腺和贲门腺的黏液颈细胞分泌,与 PG-Ⅰ相比,其更多地反应胃窦腺的功能状态。CAG 患者的胃黏膜的腺体结构发生萎缩,胃腺数量减少,胃酸分泌降低,PG-Ⅰ水平也会相应减少,PG-Ⅰ/PG-Ⅱ也会相应减少。另外本研究中,两组患者在治疗过程中均出现不良反应,但两组差异无统计学意义,且均为轻症,可自行恢复,表明益胃解毒汤安全性较高。

综上所述,益胃解毒汤在临床应用中可有效促进气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者临床症状的缓解,具有保护胃黏膜、提高胃动力的功效,疗效明确且安全性高,值得临床推广。本研究的研究时长较短,在后续的研究中可增加研究时间,进一步探究益胃解毒汤在治疗慢性萎缩性胃炎方面的更多功效。

参考文献:

[1] BOTEZATU A, BODRUG N. Chronic atrophic gastritis: an update on diagnosis[J]. Med Pharm Rep, 2021, 94(1): 7-14.

[2] SHAH S C, PIAZUELO M B, KUIPERS E J, et al. AGA clinical practice update on the diagnosis and management of atrophic gastritis: expert review[J]. Gastroenterology, 2021, 161(4): 1325-1332. e7.

[3] KONG S Y, ZHANG G X, YANG Z, et al. Effects of folic acid supplementation on chronic atrophic gastritis based on MTHFR C677T polymorphism[J]. Medicine, 2023, 102(24): e33980.

[4] BARYSHNIKOVA N V, USPENSKY Y P, FOMINYKH Y A, et al. Repair stimulator alpha-glutamyl-tryptophan in the complex therapy of chronic atrophic gastritis: results of histological examination[J]. Arkh Patol, 2023, 85(3): 54-63.

[5] ABOSAMRA M, BATEMAN A C, JALAL M. Chronic atrophic gastritis-An overlooked association with severe vitamin B12 deficiency: a case report and rapid review of literature[J]. J R Coll Physicians Edinb, 2023, 53(3): 176-178.

[6] WANG L H, DING X, LI P, et al. Efficacy and safety of Weifuchun Tablet for chronic atrophic gastritis: a systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2023, 18(4): e0284411.

[7] 孔维枝,相宏杰,张海东,等. 名中医曹志群基于“虚、瘀、毒”理论防治慢性萎缩性胃炎“炎、癌”转化经验[J]. 陕西中医, 2023, 44(10): 1443-1447.

[8] 王龙华,李萍,张福文,等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(6): 1261-1265.

[9] 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.

[10] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生,唐旭东. 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.
[11] 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,2002:125 - 129.
[12] DELGADO - GUILLENA P, VELAMAZAN - SANDALINAS R, JIMÉNEZ SÁNCHEZ J, et al. History and clinical guidelines for chronic atrophic gastritis and the assessment of gastric cancer risk[J]. Gastroenterol Hepatol, 2023, 46(9): 727 - 731.
[13] 王晓楠,张亚峰,许翠萍. 慢性萎缩性胃炎的诊治进展[J]. 中南医学科学杂志,2020,48(3):323 - 326.
[14] 杨锐平,林小靖,陶春晖,等. 基于文献的慢性萎缩性胃炎中医证候特征及用药规律研究[J]. 世界中医药,2023,18(6):871 - 876.
[15] 佘荣荣,郭金伟,葛惠男. 益气活血通络方加减对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜 PTEN 及血清 IL - 6、TNF - α 的影响[J]. 浙江中医药大学学报,2023,47(1):52 - 57.
[16] 倪建成,范永飞,叶祖云. 太子参化学成分、药理作用和应用的研究进展[J]. 中草药,2023,54(6):1963 - 1977.
[17] 邓帅,周桂香,郭小峰,等. 丹参素对胃癌 AGS 细胞凋亡的影响及其机制研究[J]. 中医药导报,2023,29(4):1 - 4,23.
[18] 覃静华,陶林,廖作庄,等. 基于 LC - MS 及分子对接探讨白花蛇舌草注射液抗胃癌活性成分及作用机制[J]. 新中医,2022,54(11):179 - 183.
[19] 张楠,陶源,李春燕,等. 白术的化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2023,40(6):579 - 586.
[20] 肖先,李春燕,刘晓龙,等. 甘草的主要化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2023,40(3):280 - 285.
[21] 李茎,郑鹏,黎攀,等. 广陈皮药理作用与临床应用研究进展[J]. 吉林中医药,2022,42(9):1092 - 1095.
[22] 王光宁,史梦娜,黄月,等. 广陈皮对功能性消化不良大鼠胃肠动力的影响[J]. 医药导报,2023,42(9):1312 - 1317.
[23] 朱俊霞,史佩玉,綦向军,等. 基于网络药理学和分子对接的半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制探讨[J]. 药物评价研究,2021,44(1):98 - 110.
[24] 李哲,玄静,赵振华,等. 半夏化学成分及其药理活性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(11):154 - 158.
[25] 张慧兰,郭文晖,王旭,等. 仙鹤草化学成分和药理作用的研究进展及其质量标志物(Q - Marker)预测分析[J]. 中草药,2023,54(16):5399 - 5409.

Clinical Efficacy of Yiwei Jiedu Decoction in the Treatment of Qi Deficiency and Blood Stasis Type Chronic Atrophic Gastritis

LI Xiaofei, YU Yi, YUAN Jiajia

(*Department of Gastroenterology, Rugao City of Traditional Chinese Medicine Hospital, Nantong* 226500, *China*)

Abstract Objective: To explore the clinical therapeutic effect of Yiwei Jiedu Decoction on Qi deficiency and blood stasis type chronic atrophic gastritis. Methods: A total of 78 patients with Qi deficiency and blood stasis type chronic atrophic gastritis, admitted to Rugao City Traditional Chinese Medicine Hospital from July 2022 to October 2023, were selected and randomly divided into two groups: the conventional treatment group and the study group, with 39 cases in each group. The conventional treatment group received routine quadruple therapy, while the study group was treated with Yiwei Jiedu Decoction in addition to conventional treatment. The two groups were compared in terms of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome scores, serological indices, recovery time, clinical efficacy, and adverse reactions. Results: After treatment, the TCM syndrome score in the study group was significantly lower than that in the conventional group ($P<0.01$). The levels of gastric pepsinogen I (PG - I) and the ratio of PG - I/PG - II in the study group were significantly higher than those in the conventional group ($P<0.01$). After treatment, levels of TL - 6 and TNFR1 decreased in both groups ($P<0.05$), with the study group showing a significantly greater reduction ($P<0.01$). Both groups showed an increase in G - 17 levels ($P<0.05$), with the study group showing a higher increase ($P<0.01$). The time for symptoms such as fatigue, epigastric fullness, and stomach pain to resolve was shorter in the study group than in the conventional group ($P<0.01$). The total effective rate of treatment in the study group was higher than in the conventional group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was similar between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Yiwei Jiedu Decoction can improve the serological indices, reduce TCM syndrome scores, shorten recovery time, and enhance clinical efficacy with high safety in the treatment of Qi deficiency and blood stasis type chronic atrophic gastritis.

Key words Yiwei Jiedu Decoction; Chronic atrophic gastritis; Traditional Chinese Medicine syndrome scores; Clinical efficacy