中图分类号：R932；R285.6　　文献标志码：A　　文章编号：1006－4931(2025)09－0089－04
doi:10.3969/j.issn.1006－4931.2025.09.019

升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎临床观察*

王　影，石淑琴，沈建华，朱　青，庞　敏

（安徽省淮北市濉溪县中医医院，安徽 淮北　235100）

摘要：目的　探讨升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎（CAG）的临床疗效。**方法**　选取医院2021年6月至2023年12月收治的CAG患者120例，按随机数字表法分为对照组和研究组，各60例。两组患者均予雷贝拉唑钠肠溶片，研究组患者加用升阳益胃汤。两组患者均连续治疗4周。**结果**　研究组总有效率为93.33%，显著高于对照组的80.00%（$P<0.05$）。治疗后，两组患者的胃黏膜组织学指标（胃窦黏膜萎缩、肠上皮化生、炎性反应、病变活动度）积分，中医证候（胃脘疼痛、倦怠乏力、食少纳呆、口苦）积分均显著低于治疗前（$P<0.05$），且研究组均显著低于对照组（$P<0.05$）；两组患者胃泌素17（G17）、胃蛋白酶原Ⅰ（PGⅠ）、胃蛋白酶原Ⅱ（PGⅡ）水平和PGR（PGⅠ/PGⅡ）均显著高于治疗前（$P<0.05$），且研究组均显著高于对照组（$P<0.05$）。研究组和对照组患者不良反应发生率相当（18.33%比21.67%，$P>0.05$）。**结论**　升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗CAG的临床疗效良好，可改善患者的胃黏膜组织学指标和中医证候，调节胃肠激素水平，且安全性良好。

关键词：升阳益胃汤；雷贝拉唑；慢性萎缩性胃炎；胃黏膜组织学；临床疗效；安全性

Clinical Observation of Shengyang Yiwei Decoction Combined with Rabeprazole in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis

WANG Ying, SHI Shuqin, SHEN Jianhua, ZHU Qing, PANG Min

(Suixi County Traditional Chinese Medicine Hospital, Huaibei, Anhui, China　235100)

Abstract: Objective　To investigate the clinical efficacy of Shengyang Yiwei Decoction combined with rabeprazole in the treatment of chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods**　A total of 120 patients with CAG admitted to the hospital from June 2021 to December 2023 were selected and randomly divided into the control group and the study group by the random number table method, with 60 cases in each group. The patients in the two groups were treated with Rabeprazole Sodium Enteric－Coated Tablets, while the patients in the study group were treated with Shengyang Yiwei Decoction. Both groups were treated continuously for four weeks. **Results**　The total effective rate in the study group was 93.33%, which was significantly higher than 80.00% in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of gastric mucosal histological indexes (atrophy of gastric antral mucosa, intestinal metaplasia, inflammatory reaction, and lesion activity) and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores (epigastric

*基金项目：安徽省重点研究与开发计划（第一批）项目[202104b11020020]。

第一作者：王影，女，大学本科，主治医师，研究方向为中医治疗胃肠疾病，（电子信箱）wangying566@qq.com。

死危险因素及预后分析[J]. 实用医学杂志，2020，36(21)：2942－2946.

[14] 刘　晴，李晓东，覃旺军，等. 选择性COX－2抑制剂用于髋/膝关节置换术超前镇痛有效性及安全性的Meta分析[J]. 中国药房，2022，33(19)：2409－2413.

[15] 刘选泽，肖国庆，钟喜红，等. 帕瑞昔布钠超前镇痛对人工膝关节置换术后患者镇痛、炎症因子及认知功能的影响[J]. 中国现代医学杂志，2021，31(17)：29－35.

[16] 裴海波，张富军，张　浩，等. 塞来昔布联合帕瑞昔布钠在全膝关节置换围手术期的效果[J]. 西北药学杂志，2021，36(4)：642－646.

[17] 陈慧霞，陈永学，王新波，等. 维生素C联合依托咪酯对膝关节置换术后氧化应激及炎症因子水平的影响[J]. 骨科，2022，13(6)：522－526.

[18] 张　宇，于天雷，杨　波，等. 超声引导下连续股神经阻滞对老年膝关节置换术后血流动力学及血液流变学的影响[J]. 临床超声医学杂志，2020，22(2)：142－145.

[19] 王中玉，李　娟，王安琪，等. 亚麻醉剂量艾司氯胺酮对行膝关节置换术老年患者麻醉诱导期间血流动力学和应激反应的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志，2022，36(1)：88－92.

[20] 薛金伟，王　旭，陈涛平，等. 全膝关节置换术后患膝皮温与疼痛、肿胀程度关系的研究[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(3)：352－355.

[21] 陈慧娜，郝玉民，杨立峰，等. 超声引导下腰丛坐骨神经阻滞对老年人全膝关节置换术炎症反应的影响[J]. 海南医学，2021，32(12)：1579－1583.

[22] 韦晨浦，郁丽娜，李金峰，等. 经皮穴位电刺激“鬼穴”对老年全膝关节置换术患者术后认知恢复延迟的影响[J]. 中国老年学杂志，2022，42(10)：2400－2403.

[23] 张志敏，牛小龙，李　璐，等. 右美托咪定单用及联合瑞芬太尼应用于膝关节置换术对患者术中应激反应及术后康复进程的影响[J]. 实用药物与临床，2022，25(5)：400－403.

（收稿日期：2024－05－05；修回日期：2024－11－17）

pain, fatigue, poor appetite, and bitter mouth) in the two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$), and those in the study group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$); the levels of gastrin 17 (G17), pepsinogen Ⅰ (PG Ⅰ), pepsinogen Ⅱ (PG Ⅱ), and PGR (PG Ⅰ / PG Ⅱ) in the two groups were significantly higher than those before treatment ($P < 0.05$), and those in the study group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was comparable between the study group and control group (18.33% *vs.* 21.67%, $P > 0.05$). **Conclusion** Shengyang Yiwei Decoction combined with rabeprazole has good clinical efficacy and safety in the treatment of CAG, which can improve the patients' histological indexes of gastric mucosa and TCM syndromes, and regulate gastrointestinal hormone levels.

Key words: Shengyang Yiwei Decoction; rabeprazole; chronic atrophic gastritis; gastric mucosal histology; clinical efficacy; safety

慢性萎缩性胃炎(CAG)是胃癌发展的重要环节,且在消化系统疾病中的发病率居高不下,对人们的生活健康产生严重影响[1]。其特点为长期存在胃黏膜萎缩和炎症,导致胃腺体逐渐减少,进而功能受损[2]。目前,临床常采用雷贝拉唑治疗CAG,短期效果显著,但长期用药可能导致药物依赖和耐药性,无法达到预期疗效,且停药后易复发[3-4]。中医认为,CAG与情绪失调、脾胃虚弱、先天不足的发生与发展相关。升阳益胃汤属补益剂,具有健脾益胃、升阳益气功效,治疗CAG也有较好效果[5]。本研究中探讨了升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗CAG的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》中CAG相关诊断标准[6];经内镜病理组织学检查确诊;年龄18~65岁。本研究方案经我院医学伦理委员会批准(审批号为濉中医伦202104),严格遵循患者自愿原则,患者或其家属签署知情同意书。

排除标准:妊娠期或哺乳期;严重心、肺功能不全,严重呼吸衰竭;胃黏膜异型增生程度非常重或存在恶性病变可能性极大;过敏体质;精神疾病,依从性差,不能配合治疗;合并消化性溃疡。

脱落标准:因自身或外界原因中途退出;研究过程中病情加重需停止研究。

病例选择与分组:选取我院2021年6月至2023年12月收治的CAG患者120例,按随机数字表法分为对照组和研究组,各60例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表1。

表1 两组患者一般资料比较($n = 60$)

Tab. 1 Comparison of the patients' general data between the two groups ($n = 60$)

组别	性别	年龄	体质量指数	合并症[例(%)]	
	(男/女,例)	($\bar{X} \pm s$,岁)	($\bar{X} \pm s$,kg/m^2)	高血压	糖尿病
研究组	27/33	47.33±10.84	21.47±0.50	31(51.67)	31(51.67)
对照组	25/35	45.58±10.62	21.55±0.50	28(46.67)	32(53.33)
χ^2/t值	0.136	0.893	0.876	0.300	0.033
P值	0.713	0.374	0.383	0.584	0.855

1.2 方法

两组患者治疗期间均规律饮食,忌暴饮暴食,宜清淡,多食新鲜水果、蔬菜,避免油腻、辛辣刺激饮食,戒烟、酒,保持情志舒畅,避风寒,慎起居,注意腹部保暖,加强锻炼。对照组患者予雷贝拉唑钠肠溶片(晋城海斯制药有限公司,国药准字H20080125,规格为每片20 mg)晨起口服,每日1次,每次20 mg。研究组患者在此基础上加用升阳益胃汤,组方为炙黄芪、党参、茯苓、炒白术各15 g,炒白芍10 g,法半夏、醋柴胡、升麻、防风、羌活、独活各6 g,川连、炙甘草各3 g,每日1剂,水煎300 mL,早晚饭后1 h服用。两组患者均连续治疗4周。

1.3 观察指标与疗效判定标准

观察指标:1)胃黏膜组织学指标积分。根据组织切片病理学检测结果,分别按固有腺体萎缩程度、肠上皮化生腺体数量、中性粒细胞浸润情况、增生细胞数量及其形成腺体的异型程度,将胃窦黏膜萎缩、肠上皮化生、炎性反应、病变活动度分为轻度、中度、重度,分别计1分、2分、3分。2)中医证候积分。胃脘疼痛、倦怠乏力、食少纳呆、口苦等证候根据症状分为无、轻微、中等、严重4个等级,分别计0分、2分、4分、6分,分值越高表明中医证候越严重。3)胃肠激素。采用无菌技术消毒肘正中静脉,采集患者治疗前后的清晨空腹肘正中静脉血各5 mL,无菌操作将血转移至含枸橼酸钠抗凝剂的采血管中,充分混匀,以3 500 r/min的转速离心10 min,分离血浆,保存于-20 ℃待检,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)法检测胃泌素17(G17),采用胶乳增强免疫比浊法检测胃蛋白酶原Ⅰ(PGⅠ)、胃蛋白酶原Ⅱ(PGⅡ),并计算PGR(PGR=PGⅠ/PGⅡ)。均严格按试剂盒说明操作。4)安全性。记录恶心、呕吐、腹痛、腹泻、发热、皮疹等不良反应发生情况。

疗效判定[7]:治愈为胃镜复查时黏膜萎缩消失,炎性程度为轻度,病理结果示萎缩腺体已为正常状态;显效为胃镜复查时黏膜慢性萎缩好转,炎性程度减轻,病理结果示萎缩腺体恢复2个级别;有效为胃镜复查时黏膜病变范围缩小1/2以上,炎性程度减轻1个水平以上,病理结果示萎缩的腺体程度减小;无效为未达到以

上标准或病情严重恶化。总有效 = 治愈 + 显效 + 有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 24.0统计学软件分析。计量资料以$\overline{X} \pm s$表示，行t检验；计数资料以率(%)表示，行χ^2检验。$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表6。

表2 两组患者临床疗效比较[(例)%，$n = 60$]

Tab. 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups [case (%), $n = 60$]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	25(41.67)	12(20.00)	19(31.66)	4(6.67)	56(93.33)
对照组	10(16.67)	8(13.33)	30(50.00)	12(20.00)	48(80.00)
χ^2值					4.615
P值					0.032

表3 两组患者胃黏膜组织学指标积分比较($\overline{X} \pm s$，分，$n = 60$)

Tab. 3 Comparison of gastric mucosal histological index scores between the two groups ($\overline{X} \pm s$, point, $n = 60$)

组别	胃窦黏膜萎缩		肠上皮化生		炎性反应		病变活动度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	2.12 ± 0.35	1.56 ± 0.16#	1.94 ± 0.24	1.47 ± 0.18#	2.36 ± 0.28	1.52 ± 0.12#	2.16 ± 0.21	1.16 ± 0.10#
对照组	2.15 ± 0.34	1.93 ± 0.17#	1.89 ± 0.25	1.63 ± 0.11#	2.29 ± 0.31	1.78 ± 0.15#	2.21 ± 0.24	1.62 ± 0.13#
t值	0.476	4.483	1.118	5.875	1.298	10.484	1.215	21.725
P值	0.635	0.000	0.266	0.000	0.197	0.000	0.227	0.000

注：与本组治疗前比较，#$P < 0.05$。表4和表5同。

Note: Compared with those before treatment, #$P < 0.05$ (for Tab. 3 - 5).

表4 两组患者中医证候积分比较($\overline{X} \pm s$，分，$n = 60$)

Tab. 4 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups ($\overline{X} \pm s$, point, $n = 60$)

组别	胃脘疼痛		倦怠乏力		食少纳呆		口苦	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	3.68 ± 0.67	1.13 ± 0.35#	2.39 ± 0.24	0.58 ± 0.13#	3.67 ± 0.24	0.78 ± 0.14#	1.72 ± 0.15	0.88 ± 0.09#
对照组	3.57 ± 0.57	1.56 ± 0.40#	2.41 ± 0.27	0.78 ± 0.16#	3.70 ± 0.26	1.13 ± 0.17#	1.67 ± 0.16	0.92 ± 0.10#
t值	0.969	6.267	0.429	7.515	0.657	12.310	1.766	2.303
P值	0.335	0.000	0.669	0.000	0.513	0.000	0.080	0.023

表5 两组患者G17，PGⅠ，PGⅡ，PGR水平比较($\overline{X} \pm s$，$n = 60$)

Tab. 5 Comparison of G17, PG Ⅰ, PG Ⅱ, and PGR levels between the two groups ($\overline{X} \pm s$, $n = 60$)

组别	G17/(pmol/L)		PGⅠ/(μg/L)		PGⅡ/(μg/L)		PGR	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	3.31 ± 0.87	7.58 ± 1.35#	45.47 ± 6.08	74.74 ± 11.31#	15.60 ± 2.35	19.91 ± 2.87#	2.60 ± 0.56	5.69 ± 1.44#
对照组	3.47 ± 0.74	5.60 ± 1.01#	43.90 ± 5.82	63.96 ± 9.16#	15.35 ± 2.21	17.68 ± 2.47#	2.38 ± 0.39	4.19 ± 0.90#
t值	1.085	9.097	1.445	5.737	0.600	4.562	2.497	6.842
P值	0.280	< 0.001	0.151	< 0.001	0.550	< 0.001	0.014	< 0.001

表6 两组患者不良反应发生情况比较[例(%)，$n = 60$]

Tab. 6 Comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups [case (%), $n = 60$]

组别	恶心	呕吐	腹痛	腹泻	发热	皮疹	合计
研究组	2(3.33)	1(1.67)	2(3.33)	4(6.67)	1(1.67)	1(1.67)	11(18.33)
对照组	4(6.67)	3(5.00)	2(3.33)	2(3.33)	1(1.67)	1(1.67)	13(21.67)
χ^2值							0.208
P值							0.648

3 讨论

质子泵酶是负责将氢离子从胃壁细胞中排出的酶，雷贝拉唑是一种质子泵抑制剂(PPI)，可与质子泵酶结合，形成一个可逆、不稳定的复合物，从而减少胃酸分泌。雷贝拉唑具有起效快和作用时间长的优势，可提供持续的胃酸抑制效果。但长时间使用可能导致机体对药物的依赖性增加，导致不良反应，如维生素B_{12}吸收障碍等，不利于CAG患者康复[8-9]。因此，临床应积极探索中西医结合的有效治疗方法，以提高CAG患者的生活质量。

CAG中医归属“痞症”“痞满”“胃脘痛”等范畴。认为其病因是饮食不节或情志所伤，加之虚体脾脏功能虚弱使脾胃运化功能失调，气血运化乏源，气虚则无力推动血液运行而致瘀血，故出现胃脘部刺痛；脾虚水液代谢失调化生痰湿，而见胃脘痞满不舒、嗳气纳呆等症状；湿邪久郁体内易化热，故出现口干、口苦等症状。临

床更常见的为脾虚痰瘀这类虚实夹杂的证候，治疗的基本原则为固护脾胃，促进气血生化及运行，祛瘀化湿，和胃止痛[10]。升阳益胃汤方中，炙黄芪、党参有调和阴阳的作用，能抑制五肽胃泌素的刺激作用，从而促进胃黏膜修复；茯苓主要含茯苓多糖，具有抗氧化、增强免疫、抗炎、保肝等作用；炒白术、炒白芍、川连有助于健脾益气，利水燥湿；醋柴胡可抑制胃酸分泌，且能镇痛；升麻可提升阳气，疏肝，健脾益胃；法半夏能防止恶心和呕吐，缓解痞满和结块；羌活、独活、防风可抗炎，抗菌，解表散寒，驱寒除湿，镇痛解痉；炙甘草可抗炎，调节胃肠运动。全方配伍合理，共奏理气活血止痛、清热化痰解毒功效[11-14]。本研究结果显示，研究组总有效率显著高于对照组（$P<0.05$），但两组患者的不良反应发生率相当（$P>0.05$），表明升阳益胃汤联合雷贝拉唑能提升治疗效果，且安全性良好，这与胡波等[15]的研究结果一致。

中医证候积分和胃黏膜病理组织学积分能直观地反映患者主观的感受与胃黏膜的病理改变，是评价CAG治疗效果的常用指标。本研究结果显示，治疗后，两组患者的胃窦黏膜萎缩、肠上皮化生、炎性反应、病变活动度、中医证候积分均显著降低（$P<0.05$），且研究组均显著低于对照组（$P<0.05$），表明升阳益胃汤联合雷贝拉唑能有效改善患者的胃黏膜病变程度，缓解临床症状。分析原因，胃黏膜病变通常是由于胃酸分泌过多或胃酸与胃黏膜的保护层失衡导致，升阳益胃汤联合雷贝拉唑能抑制胃黏膜上的质子泵，从而减少胃酸分泌，以减轻胃酸对胃黏膜的腐蚀作用，促进胃黏膜愈合。同时，减少胃酸分泌也能缓解胃酸相关的症状，如胃灼热、胃痛、胃酸倒流等[16]。

本研究结果显示，治疗后，两组患者的PGⅠ，PGⅡ，PGR，G17水平均显著升高（$P<0.05$），且研究组均显著高于对照组（$P<0.05$），表明升阳益胃汤可通过调节G17，PGⅠ，PGⅡ水平改善CAG患者的消化不良等症状。这可能与G17，PGⅠ，PGⅡ，PGR水平升高后，G17通过血液循环影响壁细胞，导致胃酸分泌，而胃酸则通过激活胃蛋白酶原，促进胰液、胆汁、肠液分泌，从而进一步促进食物的消化和吸收有关[17-19]。

综上所述，升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗CAG的临床疗效良好，可改善患者的胃黏膜组织学指标和中医证候，调节胃肠激素水平，且安全性良好。

参考文献

[1] 王　静，李宽红，崔洋洋，等．替普瑞酮联合安中复元方治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎临床研究[J]．中国药业，2020，29(22)：48-50.
[2] 高奎亮，李吉彦，解建国．慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生中医治疗进展[J]．山东中医药大学学报，2018，42(4)：363-366.
[3] 陈光华，袁　聪，李文东，等．康复新液联合雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃肠溃疡疗效观察[J]．中国药业，2019，28(5)：61-63.
[4] 程燕红，蒋宝玲．雷贝拉唑联合吗丁啉治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]．贵州医药，2023，47(2)：238-239.
[5] 殷　实．升阳益胃汤加减联合四联疗法治疗脾虚湿热型HPAG临床观察[D]．重庆：重庆医科大学，2022.
[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的试行意见[J]．中华消化内镜杂志，2004，21(2)：77-78.
[7] 唐旭东．消化系统常见疾病中医诊疗指南(基层医生版与患者科普版)的研制[C]//中国科学技术协会，吉林省人民政府．第十九届中国科协年会——分12标准引领中医药学术创新发展高峰论坛论文集．中国中医科学院西苑医院，2017：1.
[8] 陈晓芸．慢性萎缩性胃炎治疗中瑞巴派特片联合四联疗法的效果观察[J]．中国现代药物应用，2022，16(3)：152-154.
[9] 苗　丽，李玉锋．加减半夏厚朴汤联合PPI治疗反流性食管炎临床疗效的Meta分析[J]．中国处方药，2023，21(2)：43-46.
[10] 杨　静，郭虹忆，杨金国，等．温脾养胃汤对浊毒症慢性萎缩性胃炎患者中医证候及胃镜疗效的影响[J]．四川中医，2019，37(10)：96-98.
[11] 张兰会，赵参军，吴　昊，等．升阳益胃汤加减在晚期胃癌阳虚湿阻证化疗患者中的作用[J]．世界中医药，2020，15(24)：3792-3796.
[12] 张维君，韩东卫，李　冀．泽泻的化学成分及药理作用研究进展[J]．中医药学报，2021，49(12)：98-102.
[13] 杨　颖，魏梦昕，伍耀业，等．白术多糖提取分离、化学组成和药理作用的研究进展[J]．中草药，2021，52(2)：578-584.
[14] 安　镁，刘彩香，丁洪明．升阳益胃汤加味联合西药治疗慢性非萎缩性胃炎脾虚湿热证患者的效果[J]．基层中医药，2022，1(10)：18-23.
[15] 胡　波，胡伊琳．升阳益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的疗效体会[J]．世界最新医学信息文摘，2019，19(67)：201-202.
[16] 何邦立，林亚发，符名勇，等．替普瑞酮联合西尼必利对慢性萎缩性胃炎的疗效及胃肠激素的影响[J]．中国药业，2022，31(23)：99-102.
[17] 易文全，郝卫刚，刘　睿，等．血清胃蛋白酶原Ⅰ、Ⅱ及胃泌素17检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值[J]．西部医学，2022，34(7)：1021-1025.
[18] 褚水丰．升阳益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的疗效评价[J]．中国处方药，2018，16(3)：103-104.
[19] 张　弛，廖苏丹，苏　钢．血清胃泌素-17、胃蛋白酶原及PGR在慢性萎缩性胃炎诊断中应用价值[J]．临床和实验医学杂志，2024，23(16)：1704-1707.

（收稿日期：2024-07-18；修回日期：2024-12-25）