

中西医结合治疗萎缩性胃炎癌前病变的临床疗效研究

刘汝艳, 尉竹芬, 王忠波, 李国林

禄丰市人民医院, 云南 楚雄 651299

DOI:10.61369/MRP.2026090021

摘要 : 目的: 分析中西医结合治疗对于萎缩性胃炎癌前病变 (CAG-PLGC) 患者的治疗效果。方法: 选择2025年10月至2026年10月间入院治疗的60例 CAG-PLGC 患者, 随机数表法分组, 观察组实行中西医结合治疗 (半夏泻心汤 + 四联疗法), 对照组实行西医四联疗法, 比较两组的总有效率、中医证候积分、病理组织评分、Hp 转阴率与不良反应率。结果: 观察组的总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组治疗后的胃痛、胃胀积分低于对照组; 胃黏膜萎缩、肠上皮增生评分低于对照组 ($P < 0.05$)。两组的幽门螺杆菌 (Hp) 转阴率与不良反应率比较, 无差异 ($P > 0.05$)。结论: 中西医结合治疗 CAG-PLGC 的疗效较佳, 可改善胃痛、胃胀症状, 抑制胃黏膜萎缩与肠上皮增生进展, 且能促进 Hp 转阴, 治疗安全性与传统西药无异。

关键词 : 中西医结合; 萎缩性胃炎癌前病变; 总有效率; 中医证候积分

Clinical Efficacy Study of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Precancerous Lesions of Atrophic Gastritis

Liu Ruyan, Wei Zhufen, Wang Zhongbo, Li Guolin

Lufeng People's Hospital, Chuxiong, Yunnan 651299

Abstract : Objective: To analyze the therapeutic effect of integrated traditional Chinese and Western medicine on patients with atrophic gastritis precancerous lesions (CAG-PLGC). Method: Sixty patients with CAG-PLGC admitted for treatment between October 2025 and October 2026 were randomly divided into two groups using a random number table method. The observation group received a combination of traditional Chinese and Western medicine treatment (Banxia Xiexin Tang+quadruple therapy), while the control group received a combination of Western medicine quadruple therapy. The total effective rate, TCM syndrome score, pathological tissue score, Hp negative conversion rate, and adverse reaction rate of the two groups were compared. Result: The total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). The observation group had lower scores of stomach pain and bloating after treatment compared to the control group; The scores for gastric mucosal atrophy and intestinal epithelial hyperplasia were lower than those in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the negative conversion rate and adverse reaction rate of *Helicobacter pylori* (Hp) between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: The combination of traditional Chinese and Western medicine has a better therapeutic effect on CAG-PLGC, which can improve symptoms of stomach pain and bloating, inhibit the progression of gastric mucosal atrophy and intestinal epithelial hyperplasia, and promote the conversion of Hp to negative. The treatment safety is no different from traditional Western medicine.

Keywords : integrated traditional Chinese and Western medicine; precancerous lesions of atrophic gastritis; total efficiency; traditional Chinese medicine syndrome Points

萎缩性胃炎 (CAG) 是以胃黏膜上皮萎缩为典型特征的胃部疾病, 会导致胃黏膜不断变薄, 同时合并肠腺化生等病理表现, 属于胃癌前病变 (PLGC)。西医学对于 CAG-PLGC 的治疗方法较为多样化, 可利用四联疗法清除 Hp, 高效发挥抗炎机制, 并能抑制胃酸分泌, 全面改善胃功能, 进而稳定病情^[1]。但西药长期治疗的不良反应较多, 易导致耐药问题, 因此具有局限性。中医学将 CAG 列入“胃脘痛”以及“痞满”范畴, 病因病机是脾胃虚弱、胃阴亏虚等, 属于本虚标实证, 需进行调和脾胃与平衡阴阳等对症治疗。半夏泻心汤是该病的经典方剂, 可辛开苦降、扶正祛邪, 具有补泻兼施等作用, 能够清除该病的病因病机, 显著提升治疗有效性^[2]。为此, 本研究选择60例 CAG-PLGC 患者, 评估中西医结合治疗的临床优势。

基金项目: 楚雄医药高等专科学校科研项目“中西医结合治疗萎缩性胃炎癌前病变的临床疗效研究”(2025YYXM47)。

一、资料与方法

（一）一般资料

选择2025年10月至2026年10月间入院治疗的60例 CAG-PLGC 患者，随机数表法分组，观察组30例，男性18例，女性12例；年龄在34-65岁，均值（48.62±3.75）岁；病程在0.8-8年，均值（4.36±0.74）年。对照组30例，男性17例，女性13例；年龄在32-68岁，均值（48.71±3.80）岁；病程在0.6-8年，均值（4.42±0.79）年。两组资料比较，P > 0.05。

纳入标准：胃镜与病理学检查后诊断为 CAG，合并异常增生等 PLGC 特征；成年患者，且年龄小于70岁；基本资料完整；符合用药指征；对研究知情且同意。排除标准：伴有消化性溃疡或消化道肿瘤；胃黏膜严重性异常增生；伴有重要器官病变；处在妊娠或哺乳期；对研究药物过敏；中途退出。

（二）方法

对照组实行西医四联疗法：口服胶体果胶铋，于餐前30min 给药，每次剂量为150mg，每日用药3次。口服奥美拉唑，于早餐前30min 以及睡前给药，每次剂量为20mg，每日用药2次。口服甲硝唑以及阿莫西林，前者的每次剂量为0.4g，于餐后30min 给药，每日用药3次；后者的每次剂量为1g，于餐后30min 给药，每日用药2次。持续服用2周。

观察组实行中西医结合治疗，在四联疗法的基础上加用半夏泻心汤，基础方：制半夏（量为12g）、黄芩（量为10g）、黄连（量为5g）、干姜（量为10g）、大枣（量为12枚）、人参（量为10g）、甘草（量为10g）。辨证方：热多寒少增加黄芩以及黄连的药量至15g；浊饮上泛增加制半夏的药量至15g；寒多热少增加干姜的药量至15g。以上药材用水煎煮，取汤汁400ml，此为1剂，早餐与晚餐后60min 分别温服200ml，持续服用2周。

（三）观察指标

（1）中医证候积分：选择4级评分法，含胃痛、胃胀、嘈杂泛酸与纳呆少食，每项均为0至3分，症状严重度正向计分。

表2 两组的中医证候积分比较 [$\bar{x} \pm s$ ，分]

分组	例数	胃痛		胃胀		嘈杂泛酸		纳呆少食	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	2.11±0.26	0.74±0.29	2.05±0.37	0.61±0.18	1.52±0.46	0.57±0.18	1.19±0.42	0.56±0.25
对照组	30	2.10±0.29	1.08±0.33	2.07±0.35	0.98±0.20	1.55±0.41	0.61±0.22	1.23±0.45	0.59±0.21
t	—	0.141	4.239	0.215	7.532	0.267	0.771	0.356	0.503
P	—	0.889	0.000	0.830	0.000	0.791	0.444	0.723	0.617

（三）两组的病理组织评分比较

治疗前，两组的病理组织评分比较无差异（P > 0.05）。

表3 两组的病理组织评分比较 [$\bar{x} \pm s$ ，分]

分组	例数	胃黏膜萎缩		肠上皮增生		不典型增生	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	1.84±0.52	0.63±0.18	1.70±0.43	0.61±0.20	1.33±0.46	0.55±0.14
对照组	30	1.87±0.54	0.97±0.22	1.72±0.46	0.94±0.25	1.35±0.42	0.57±0.19
t	—	0.219	6.551	0.174	5.646	0.176	0.464
P	—	0.827	0.000	0.862	0.000	0.861	0.644

（2）病理组织评分：病理取材后对胃黏膜进行活检，选取胃黏膜萎缩、肠上皮增生、不典型增生，每项1至3分，病变程度正向计分。

（3）Hp 转阴率：以碳-13呼气试验结果为准，评价 Hp 转阴率。

（4）不良反应率：观察胃肠道反应、过敏、头晕头痛和便秘等不良反应发生概率。

（四）疗效评价标准

以中医证候积分的降分率（治疗前后积分差 / 治疗前积分 *100%）为标准评估疗效。疾病治愈为中医证候积分的降分率超出95%；显著疗效为降分率在80%至95%；初步疗效为降分率在30%至79%；未见疗效为降分率低于30%。

（五）统计学分析

数据处理软件为 SPSS 28.0，计量值资料以 [$\bar{x} \pm s$] 表示，经 t 值对比与检验，计数资料以 [n/%] 表示，经 χ^2 值对比与检验，统计学有意义即 P < 0.05。

二、结果

（一）两组的总有效率比较

观察组的总有效率高于对照组（P < 0.05）。

表1 两组的总有效率比较 [n/%]

分组	例数	疾病治愈	显著疗效	初步疗效	未见疗效	总有效
观察组	30	14 (46.67)	10 (33.33)	5 (16.67)	1 (3.33)	96.67 (29/30)
对照组	30	10 (33.33)	8 (26.67)	5 (16.67)	7 (23.33)	76.67 (23/30)
χ^2	—	—	—	—	—	5.192
P	—	—	—	—	—	0.023

（二）两组的中医证候积分比较

治疗前，两组的中医证候积分比较无差异（P > 0.05）。治疗后，观察组的胃痛、胃胀积分低于对照组（P < 0.05）；嘈杂泛酸与纳呆少食积分接近对照组（P > 0.05）。

治疗后，观察组的胃黏膜萎缩、肠上皮增生评分低于对照组（P < 0.05）；不典型增生评分接近于对照组（P > 0.05）。

（四）两组的 Hp 转阴率比较

观察组的 Hp 转阴率为 83.33%（25/30），对照组为 70.00%（21/30），比较无差异， $\chi^2=1.491$ ， $P=0.222$ 。

（五）两组的不良反应率比较

观察组的不良反应率为 13.33%，对照组为 16.67%，比较无差异（ $P > 0.05$ ）。

表 4 两组的不良反应率比较 [n/%]

分组	例数	胃肠道反应	过敏	头晕头痛	便秘	发生率
观察组	30	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	13.33（4/30）
对照组	30	2（6.67）	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	16.67（5/30）
χ^2	—	—	—	—	—	0.131
P	—	—	—	—	—	0.718

三、讨论

CAG-PLGC 在疾病早期无明显症状，病情发展会导致肠化生以及异型增生等典型表现^[3]。该病的发病过程与 Hp 感染相关，Hp 可大量生成脲酶，其对于尿素具有分解作用，会产生抗酸作用，降低胃内菌群的多样性，以此导致胃黏膜炎症反应。基于此，西药治疗该病的原则之一为抗 Hp 感染，可选择奥美拉唑治疗，降低 H^+-K^+-ATP 酶活性，从而减少胃酸分泌量，保护胃黏膜组织^[4]。阿莫西林的杀菌功效较强，联合于甲硝唑可高效清除 Hp，稳定发挥抗炎与灭菌等治疗作用。果胶铋可降低胃内 pH 值，防止胃酸持续刺激胃黏膜，并能形成保护屏障，修复受损胃黏膜^[5]。以上四联疗法能够快速改善疾病症状，但其不良反应较多，需联合中医方剂治疗。

中医认为，CAG-PLGC 的病因是饮食内伤以及外邪入侵，病机是脾胃升降与中焦气机阻滞等^[6]。Hp 感染作为外邪因素会降低脾胃功能，导致正气受损、脾胃虚弱，进而引发肠化生等病变。基于此，该病的治疗原则是辛开苦降、调和脾胃等。半夏泻心汤

是该病的常用方剂，方中的制半夏与干姜属于辛开类药物，具有散寒祛湿、消痞散结等作用；黄芩与黄连属于苦寒类药物，具有清除湿热、燥湿泻火等作用，配伍半夏可发挥健脾和胃等功效。干姜辛热伤阴，大枣、人参与甘草均有补中益气等作用，属于滋补类药物^[7]。诸药合用可寒热并施，补泻得当，以此改善患者的疾病程度。

结果显示，观察组的总有效率高于对照组，观察组治疗后的胃痛、胃胀积分低于对照组；胃黏膜萎缩、肠上皮增生评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）。半夏泻心汤的制半夏具有辛开散结与燥湿化痰等作用，其抗菌活性较强，可减少胃酸分泌量，以此保护胃黏膜。黄芩具有清热燥湿等作用，其抗菌谱较广泛，能够清除 Hp 等多种致病菌，同时具有抗氧化以及抗肿瘤作用^[8]。黄连具有泻火解毒等作用，可降低 Hp 活性，且有抗炎功效。干姜具有温中散寒等作用，可调节局部微循环，改善胃内环境的健康度。其富含姜酚等成分，可高效发挥抗氧化作用。人参具有益气健脾等作用，能够提升机体免疫力^[9]。人参中的人参皂苷等成分可修复胃黏膜受损细胞，并能抑制健康细胞的免疫损伤过程，延缓细胞萎缩速度。大枣具有养血安神以及补益脾胃等作用，可改善细胞调节功能，且能缓和其他中药材的刺激作用。甘草能够调和诸药，平衡该方剂的药性，同时具有胃黏膜保护功能与抗炎机制。以上药材联合治疗可有效改善疾病症状，抑制癌前病变发展，具有确切疗效。两组的 Hp 转阴率与不良反应率比较，无差异（ $P > 0.05$ ）。原因是中西医集合治疗具有增效作用，可充分发挥西医抗菌、抗炎以及中医调和脾胃等治疗机制，强效清除 Hp，促使 Hp 尽快转阴^[10]。加之半夏泻心汤属于纯中药制剂，其药理毒性作用小，与西医四联疗法具有协同作用，可减少西药的体内蓄积量，不会增加不良反应的发生概率。

综上，为 CAG-PLGC 患者进行中西医治疗的总有效率高，可改善疾病症状，缓解病情程度，具有较高的 Hp 转阴率，且用药安全效益较高。

参考文献

[1] 孙思遥,刘俊宏,王丽春,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变的中西医治疗研究进展[J].中国当代医药,2025,32(13):193-198.
[2] 左巧云,傅雨娴,王倩倩,等.芪竹健胃方治疗慢性萎缩性胃炎及癌前病变临床研究[J].现代中医药,2024,44(6):69-75.
[3] 吕安定,杜因鹏,景竹春.半夏泻心汤联合四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效分析[J].中医药临床杂志,2024,36(6):1139-1143.
[4] 崔金芳,李志钢.中西医治疗慢性萎缩性胃炎的研究现状[J].新疆中医药,2023,41(6):117-120.
[5] 王念亮,邱健,许赋瑜,等.名中医邱健益气活血和中解毒方辨治慢性重度萎缩性胃炎(胃癌前病变)临证体会[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(16):92-94.
[6] 康文婷,石拓,张曼玲,等.基于“健脾活血”理论探讨胃癌前病变的“炎—癌转化”及中医药防治策略[J].辽宁中医药大学学报,2025,27(8):64-69.
[7] 姜入铭,李毅平,盛飞,欣胃Ⅱ号方治疗脾胃气虚型慢性萎缩性胃炎癌前病变临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2025,23(8):135-138.
[8] 居凌云,叶小峰,李保良,等.百合乌药泻心汤合小六金健胃方对脾胃湿热证慢性萎缩性胃炎癌前病变患者的临床疗效[J].中成药,2025,47(2):673-677.
[9] 张泽,詹观生,袁红霞.从三焦气化失司论慢性萎缩性胃炎癌前病变的中医病机[J].天津中医药大学学报,2020,39(5):520-524.
[10] 付书瑶,徐力.徐力“截断疗法”论治慢性萎缩性胃炎癌前病变经验[J].中医药临床杂志,2025,37(5):871-874.