理中汤加味联合隔物灸治疗脾胃虚寒型萎缩性胃窦炎疗效观察

孙 建

(安徽中医药大学第二附属医院脾胃科,安徽 合肥 230061)

[摘要]**目的** 观察理中汤加味联合隔物灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃窦炎的临床疗效。**方法** 共纳入60例脾胃虚寒型慢性萎缩性胃窦炎患者,采用随机数字法将其分为对照组和观察组,每组30例,对照组采用胃复春片口服,观察组采用理中汤加味联合隔物灸治疗,疗程均为12周,采用酶联免疫吸附法检测血清胃蛋白酶原(pepsinogen,PG)Ⅰ、PGⅡ和促胃液素-17水平及PGⅠ/PGⅡ比值。**结果** 观察组临床疗效明显优于对照组($P<0.05$)。两组治疗第12周末与治疗前比较,PGⅠ水平升高,PGⅡ水平降低,PGⅠ/PGⅡ比值增高,促胃液素-17水平升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗第12周末,观察组较对照组PGⅠ水平升高,PGⅡ水平降低,PGⅠ/PGⅡ比值升高,促胃液素-17水平升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 理中汤加味联合隔物灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃窦炎有较好的临床疗效。

[关键词]理中汤加味;隔物灸;脾胃虚寒;慢性萎缩性胃窦炎;胃蛋白酶原;促胃液素

[中图分类号]R573.3+2 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2018.03.015

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,CAG)是慢性胃炎中的一种,多由非萎缩性胃炎发展而来。CAG的组织学改变主要为黏膜腺体减少甚至消失,如病变累及胃体部,则壁细胞和主细胞减少或消失,腺体呈黏液腺型(假幽门腺化生)。黏膜覆盖上皮部分脱落,黏膜水肿使胃小凹扭曲。黏膜层的浅表2/3甚至整个黏膜层有淋巴细胞及浆细胞浸润,亦可有中性粒细胞浸润。黏膜层变薄,常伴有纤维组织增生、肠腺上皮化生、黏膜肌层增厚及淋巴滤泡形成。由于CAG有发生胃癌的倾向,因而被认为是一种癌前期病变。根据CAG发生的部位并结合免疫学改变,其可分为A、B两型。A型CAG系自身免疫性疾病,自身抗体阳性,主要表现为胃体腺体萎缩,即慢性萎缩性胃体胃炎。B型CAG并非免疫性疾病,自身抗体呈阴性,主要表现为胃窦腺体萎缩,即慢性萎缩性胃窦胃炎。A型胃窦部病变较轻,可发展为恶性贫血。B型临床症状有上腹疼痛、饱胀、嗳气、食欲减退和上消化道出血等,其表现较A型明显,临床也最为常见[1]。萎缩性胃窦炎可归属中医学“胃脘痛”“胃痞”“虚痞”“痞满”“嘈杂”等范畴,其中又以胃脘痞满、隐隐作痛、喜温喜按、空腹痛甚、得食痛减、泛吐清水、纳差、神疲乏力、甚则手足不温、大便稀溏、舌淡苔薄白、脉虚弱或迟缓等症为表现的脾胃虚寒型最为多见。笔者采用中医经典方理中汤加减联合神阙穴隔物灸,治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃窦炎患者30例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合中华中医药学会脾胃病分会2009年制定的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》[2]中关于脾胃虚寒型CAG的“证候分类标准”。主要症状:胃脘胀满或隐痛,胃部喜按或喜暖。次要症状:食少纳呆,大便稀溏,倦怠乏力,气短懒言,食后脘闷,舌质淡,脉细弱。2项主症+1项次症或1项主症+3项次症即可诊断。病理组织学检查:全部60例均取5块胃黏膜组织活检,其中2块取自距幽门2~3 cm的胃窦处(1块取自胃小弯远端,另1块取自胃大弯远端),2块取自距贲门8 cm处的胃体(1块取自胃小弯,1块取自胃大弯),1块取自胃角。取自不同部位的标本均分开放置,并将部位标记清楚。全部病理组织由固定的病理医师进行病理诊断,诊断标准采用全国第二届慢性胃炎共识会议制定的《中国慢性胃炎共识意见》中的病理诊断标准[3]。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准。②入院时经胃镜下检查可见胃窦部黏膜皱襞变平甚至消失,黏膜红白相间,白相为主,血管透见,黏膜呈颗粒或结节状。同时病理活检胃窦处2块组织符合萎缩性胃炎病理表现,胃体处2块组织符合非萎缩性胃炎病理表现。③入组前1个月停用任何治疗胃病的药物。④临床资料完善,患者知情同意。

1.3 排除标准 ①其他类型的胃病,如非萎缩性胃炎、胃溃疡;②合并其他影响消化道功能的疾病,如心、肝、肺、肾、脑功能障碍;③无法完成问

作者简介:孙建(1982-),男,硕士,主治医师

卷调查，同时参与其他研究，自愿中止治疗等。

1.4 一般资料 选择2015年1月至2017年4月安徽中医药大学第二附属医院脾胃科胃镜下诊断为慢性萎缩性胃窦炎的门诊和住院患者共60例，根据入院先后顺序，采用随机数字表法将其分为对照组和观察组，每组30例。其中对照组男17例，女13例，年龄40～72岁，平均年龄(51.30±10.38)岁，平均病程(12.35±5.29)个月；观察组男15例，女15例，年龄38～70岁，平均年龄(49.82±13.26)岁，平均病程(14.10±4.87)个月。两组患者的性别、年龄、病程比较，差异均无统计学意义(性别：$\chi^2=0.612$，$P=0.406$；年龄：$t=0.589$，$P=0.735$；病程：$t=0.837$，$P=0.636$)，具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 观察组 采用口服理中汤加味配合神阙穴隔物灸法治疗。理中汤加味为每日1剂，早、晚两次服用，12周为1个疗程。服药期间嘱少食多餐，清淡饮食，忌暴饮暴食，进食浓茶、咖啡以及辛辣、生冷食物，调畅情志，劳逸结合。组方：白芍20 g，炒枳壳、党参、炒白术各10 g，干姜、甘草各6 g。内寒偏盛者，加肉桂、川椒；泛吐清水者，加陈皮、姜半夏；吐酸水者，加紫苏梗、乌贼骨；上腹饱胀者，加香橼、佛手；大便隐血阳性者，加炮姜炭、地榆炭；腹痛较甚者，加木香。取穴：神阙穴的定位按《中华人民共和国国家标准·经穴部位》[4]进行取穴。操作：患者仰卧位，操作者将提前切制好的生姜片(直径约3.0 cm，厚度约0.4 cm)，中心处用针穿刺数孔，置放于神阙穴处，然后将一段直径约15 mm、质量约1.5 g的艾炷段点燃后置于生姜片上。每次灸2壮，每周7次，12周为1个疗程。施灸中若患者感觉灼热疼痛不能忍受时，可用镊子上下移动姜片，以免烫伤。

2.1.2 对照组 采用胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司，国药准字Z20040003)口服，每次4片，每日3次，12周为1个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 血清胃蛋白酶原(pepsinogen，PG)Ⅰ、PGⅡ、促胃液素-17水平测定 治疗前及第12周末清晨抽取空腹血6 mL，分离血清并保存于－70 ℃冰箱待检。采用酶联免疫吸附测定试剂盒对血清PGⅠ、PGⅡ及促胃液素-17水平进行检测，共检查2次。比较治疗前后患者血清PGⅠ、PGⅡ、促胃液素-17水平和PGⅠ/PGⅡ比值。

2.2.2 疗效判定标准 参照《胃肠疾病中医证候评分表》[5]，分别对患者治疗前后的症状进行评分，按严重程度对单项症状进行积分。严重程度分为无症状、轻度(症状轻，需注意才能感受到)、中度(自觉症状明显，但不影响工作和生活)、重度(自觉症状明显，严重影响工作和生活)，分别计0、3、5、7分。①痊愈：症状(胃脘疼痛、胃脘痞满、食欲减退、精神疲乏、黑便、早饱、泛酸、嗳气、口吐清涎、四肢无力、畏寒怕冷、四肢不温、食后腹胀、大便稀溏)消失或基本消失，疗效指数≥95%。②显效：症状明显改善，70%≤疗效指数＜95%。③有效：症状好转，30%≤疗效指数＜70%。④无效：达不到上述有效标准或恶化者。疗效指数＝(治疗前积分－治疗后积分)/治疗前积分×100%。

2.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计分析软件进行统计学处理。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。两组患者临床疗效比较采用Mann-Whitney U检验；两组间均数比较采用两个独立样本t检验，同组治疗前后均数比较采用配对t检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组临床疗效比较 两组患者临床疗效分布比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，结合平均秩次可以认为观察组总体疗效明显优于对照组。见表1。

表1 两组临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z值	P值
对照	30	3	6	11	10	40.18	－2.976	0.038
观察	30	9	11	6	4	27.35		

3.2 两组治疗前后血清PGⅠ、PGⅡ、促胃液素-17水平及PGⅠ/PGⅡ比值比较 治疗前两组PGⅠ、PGⅡ、促胃液素-17水平及PGⅠ/PGⅡ比值比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗第12周末与治疗前比较，PGⅠ水平升高，PGⅡ水平降低，PGⅠ/PGⅡ比值增高，促胃液素-17水平升高，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗第12周末，观察组较对照组PGⅠ水平升高，PGⅡ水平降低，PGⅠ/PGⅡ比值升高，促胃液素-17水平升高，差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组治疗前后血清PGⅠ、PGⅡ、促胃液素-17水平和PGⅠ/PGⅡ比值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	PGⅠ/(μg/L)			PGⅡ/(μg/L)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	121.5±22.3	152.3±23.2*	30.8±6.4	17.3±3.8	14.6±3.8*	2.7±0.9
观察	123.6±24.5	178.5±16.6*	54.9±5.6#	16.5±4.6	11.7±3.4*	4.8±1.2#
组别	促胃液素-17/(pmol/L)			PGⅠ/PGⅡ		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	6.3±0.9	7.6±1.4*	1.3±0.6	7.3±2.4	10.9±3.0*	3.6±1.8
观察	6.6±1.1	9.3±1.2*	2.7±1.1#	7.5±3.2	14.2±2.7*	6.7±2.6#

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$

4 讨论

根据免疫活性的不同,血清PG分为PGⅠ和PGⅡ。PGⅠ主要由胃底腺的主细胞和黏液细胞分泌,PGⅠ是检测胃泌酸腺细胞功能的指标,胃黏膜腺体萎缩,则PGⅠ降低,因此血清PGⅠ可以作为胃体的血清学标记物。PGⅡ是由胃贲门的贲门腺、胃窦部的幽门腺和近十二指肠Brunnce腺产生。当胃黏膜发生急慢性炎症时,炎性因子刺激导致PGⅠ、PGⅡ水平升高,当慢性炎症导致萎缩进展时,主细胞被假幽门腺代替,PGⅡ合成增加,而此时PGⅠ水平下降,导致PGⅠ/PGⅡ水平下降。促胃液素-17是由胃窦部合成及分泌的一种激素,当胃窦部出现慢性萎缩表现时,促胃液素-17将明显降低[6-7]。

脾胃居中焦,脾主运化,脾虚失运则上腹隐痛或饱胀,脾虚致脾胃升降失常,胃气上逆,则泛酸、嗳气等。理中汤为中医经典名方,方中党参和炒白术具有补中益气、顾护中焦之功效,干姜温中散寒,白芍养营阴、缓肝急、止腹痛,合甘草酸甘化阴、补肝血,炒枳壳行气宽中和胃。临证加减,多药配伍可温补脾阳,宣通气机,使清气升,浊气降,共奏健脾益气、温中散寒、和胃止痛之效[8]。神阙穴为任脉要穴,中医学认为,脐为先天结蒂,后天气舍,位居中焦、下焦之间,又是肾间命门动气发源之处,故神阙穴与脾、肾、胃关系最为密切。《苏沈良方》云:"人之在母也,母呼亦呼,母吸亦吸,口鼻皆闭,而以达脐,故脐者生之根也。"故神阙可称为人体生命之根。其部位居人体之中央,属任脉。任脉乃阴脉之海,与督脉相表里;脐又为冲脉循行之所,冲脉者"十二经脉之海"。任、督、冲"一源三歧",三脉经气相通,因脐内联系十二经脉、五脏六腑、四肢百骸。故神阙穴为经络之枢、经气之汇。隔姜艾灸法通过脐部由经络循行迅达病所,起到疏通经络、调达脏腑、扶正祛邪、调整阴阳的作用。展笑丽等[9]采用黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎,在基本组方上,吐清水可加法半夏、陈皮,上腹胀满、嗳气可加枳实、厚朴,四肢不温、大便不成形可加制附子、肉桂,纳差可加鸡内金、神曲,胃痛可加延胡索、徐长卿,总有效率达91.67%。申珊[10]采用理中汤联合西药治疗脾胃虚寒型慢性胃炎,总有效率为83.33%。司英奎[11]采用理中汤加减配合针刺梁丘穴治疗脾胃虚寒型CAG,总有效率为91.43%。现代药理研究证实,理中汤加味具有调胃酸、促胃动力、保护胃黏膜、增强免疫力等作用[12]。

本研究中,观察组治疗后血清PGⅠ、促胃液素-17水平及PGⅠ/PGⅡ比值明显增高,PGⅡ水平较对照组明显减低。结果表明,理中汤加味联合隔物灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃窦炎具有较好的临床疗效。

参考文献:

[1] 许国铭,李兆申.上消化道内镜学[M].上海:上海科学技术出版社,2003:325.

[2] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.

[3] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].中华消化杂志,2007,27(3):45-50,118-120.

[4] 国家技术监督局.GB12346-90中华人民共和国国家标准:经穴部位[S].北京:中国标准出版社,1990:7,15,18.

[5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃肠疾病中医证候评分表[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):66-68.

[6] 杨莉,孙明军,徐倩,等.血清胃蛋白酶原、促胃液素-17在慢性胃窦部萎缩性胃炎诊断中的价值[J].中华消化杂志,2014,34(7):478-480.

[7] 朱延红,吴英杰,孟存英,等.PGⅠ、PGⅡ和胃泌素-17在慢性胃窦部萎缩性胃炎中的诊断价值[J].北京医学,2017,39(4):412-414.

[8] 秦文彪.理中汤加减治疗慢性胃炎脾胃虚弱(寒)证的临床疗效阶段性评价[D].北京:北京中医药大学,2014:5.

[9] 展笑丽,李玄丽,高素,等.黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎36例[J].湖南中医杂志,2016,32(3):42-43.

[10] 申珊.理中汤联合西药治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临

床疗效观察[J].中医药信息,2015,32(5):101-103.
[11] 司英奎.针刺梁丘穴配合理中汤加减治疗慢性萎缩性胃炎35例[J].山西中医,2014,35(6):740-741.
[12] 张卫平.黄芪建中汤在消化系统疾病中的应用[J].长春中医药大学学报,2012,28(6):1103.

(收稿日期:2017-09-06;编辑:曹健)

Clinical Effect of Jiawei Lizhong Decoction Combined with Indirect Moxibustionin Treatment of Atrophic Antral Gastritis with Deficient Cold of Spleen and Stomach

SUN Jian

(*Department of Spleen and Stomach, The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei* 230061, *China*)

[**Abstract**] **Objective** To investigate the clinical effect of Jiawei Lizhong Decoction combined with indirect moxibustion in the treatment of atrophic antral gastritis with deficient cold of spleen and stomach. **Methods** A total of 60 patients with chronic atrophic antral gastritis with deficient cold of spleen and stomach were divided into control group and observation group using a random number table, with 30 patients in each group. The patients in the control group were given oral Weifuchun Tablet, and those in the observation group were given Jiawei Lizhong Decoction combined with indirect moxibustion. The course of treatment was 12 weeks for both groups. ELISA was used to measure the serum levels of pepsinogen Ⅰ (PGⅠ), pepsinogen Ⅱ (PGⅡ), and gastrin-17, and PGⅠ/PGⅡ ratio was calculated. **Results** The observation group had significantly better clinical outcomes than the control group ($P<0.05$). At the end of the 12-week treatment, both groups had significant increases in PGⅠ, PGⅠ/PGⅡ ratio, and gastrin-17 and a significant reduction in PGⅡ ($P<0.05$), and compared with the control group, the observation group had significantly higher PGⅠ level, PGⅠ/PGⅡ ratio, and gastrin-17 level and a significantly lower PGⅡ level ($P<0.05$). **Conclusion** Jiawei Lizhong Decoction combined with indirect moxibustion has a good clinical effect in the treatment of chronic atrophic antral gastritis with deficient cold of spleen and stomach.

[**Key words**] Jiawei Lizhong Decoction; Indirect moxibustion; Deficient cold of spleen and stomach; Chronic atrophic antral gastritis; Pepsinogen; Gastrin