瑶医膏药治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病的临床观察

韦 刚 贝光明 李海强

(广西壮族自治区贺州市中医医院, 贺州, 542899)

摘要 目的:观察瑶医膏药脐疗治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病的临床疗效。方法:将60例脾胃虚寒型门脉高压性胃病的患者随机分为对照组和治疗组,每组30例;2组均采用常规抑制胃酸分泌、控制心室率、补充维生素、保肝降酶、支持治疗;治疗组同时加用瑶医膏药脐疗。观察临床症状积分、内镜下表现、门静脉血流动力学指标、肝纤维化指标的变化情况。结果:治疗后治疗组在症状积分、临床疗效、内镜下表现、PCIII、门静脉血流动力学指标方面较对照组差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:瑶医膏药脐疗能显著改善脾胃虚寒型门脉高压性胃病患者的症状、胃黏膜病变、门静脉血流动力学指标,疗效较对照组明显。

关键词 门脉高压性胃病;脾胃虚寒型;瑶医膏药脐疗;临床观察

Clinical Research of Yao Minority Medical Plaster on Patients with Portal Hypertensive Gastropathy of Deficiency Cold of Spleen and Stomach Pattern

Wei Gang, Bei Guangming, Li Haiqiang

(Hezhou Hospital of Traditional Chinese Medical, Hezhou 542899, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of Yao minority medical plaster at navel on patients with portal hypertensive gastropathy of cold and deficiency of spleen and stomach pattern. **Methods:** Sixty cases were randomly divided into treatment group and control group with 30 cases in each group. Both of the groups were treated with routine supportive medicine for inhibiting gastric acid secretion, controlling ventricular rate, vitamin supplementation, protecting liver and reducing enzyme, and treatment group additionally received treatment of Yao minority medical plaster at the same time. The symptom score, endoscopic features, portal venous hemodynamics indexes, and renal artery hemodynamics indexes were observed. **Results:** There was a significant difference between the two groups after the treatment in symptom score, clinical effect, endoscopic features, PCIII, and portal venous hemodynamics indexes ($P < 0.05$). **Conclusion:** Yao minority medical plaster therapy may significantly improve the symptoms, gastric mucosal lesions, portal venous hemodynamics indexes and have significant efficacy compared with the control group.

Key Words Portal hypertensive gastropathy; Deficiency cold of spleen and stomach pattern; Yao minority medicine plaster navel administration; Clinical research

中图分类号:R573;R285.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.042

门静脉高压性胃病(Portal Hypertensive Gastropathy, PHG)是指由门脉高压(Portal Hypertension, PHT)引起的胃黏膜非炎性病变,主要表现为胃黏膜组织内小血管扩张,而无明显炎性反应^[1]。PHG多数为轻型,临床无特异症状,往往在胃镜检查时发现;重型PHG临床表现主要为上消化道出血。由PHG所致上消化道出血比率超过60%,高于食管胃底静脉曲张破裂,为第1位出血因素,严重危及人类生命^[2]。近年来,我院应用瑶医膏药脐疗治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病,取得了良好的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例患者均为我院肝病脾胃病科

确诊为脾胃虚寒型门脉高压性胃病的住院及门诊患者。收治时间为2011年7月至2014年7月。患者按入院先后顺序随机分为A、B 2组各30例。治疗组30例,其中男25例,女5例;平均年龄(49.39 ± 8.36)岁;平均病程(10.26 ± 2.32)年,其中乙肝后肝硬化22例,乙醇性肝硬化7例,丙肝后肝硬化1例。对照组30例,其中男23例,女7例;平均年龄(48.36 ± 9.68)岁,平均病程(9.12 ± 3.06)年;其中乙肝后肝硬化24例,乙醇性肝硬化6例。2组病例的病程等一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 研究所选病例同时具备肝硬化门脉高压的表现及PHG内镜下特殊形态。肝硬化门

脉高压的诊断参照《最新门脉高压共识》^[2] (Baveno V 版),并经 B 超等影像学证实。PHG 的内镜诊断参照 PHG 的内镜诊断参照 Mc Cormack 两型分类法,轻型:胃窦黏膜表面细小红点或猩红热样疹;黏膜皱褶表面出现条纹状红斑;红色水肿黏膜上出现细白色蛇皮样或马赛克样间隔;重度:胃底、胃体散在出现樱桃红斑点。

1.3 中医症候诊断 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 年版)^[3]、《中医消化病诊疗指南》^[4]并结合临床经验:1)胃脘胀满或隐痛;2)胃脘喜按喜暖;3)大便时溏时结;4)四肢不温;5)舌体胖大舌质淡红;6)有齿痕;7)舌薄白或白;8)面色萎黄;9)食欲减退;10)口吐清涎;11)脉细弱。

1.4 排除标准 已并发肝肾综合征、肝性脑病、肝衰竭及心、肺、肾等其他脏器衰竭者;近期使用血管活性药物及其他对血流动力产生影响的药物,并且停药时间不足 1 周者。近期有上消化道出血及因出血接受食管胃底静脉套扎和硬化剂治疗者。

1.5 治疗方法 1)对照组:30 例患者均给予口服奥美拉唑肠溶片 40 mg,2 次/d;普萘洛尔片 10~20 mg,3 次/d,药量调整以安静时心率下降 25/min 或降至 55 次/min 为限;同时配合维生素、保肝降酶等辅助治疗。上述治疗 4 周为 1 个疗程,连用 2 个疗程。2)治疗组:在对照组治疗的基础上加用瑶医膏药脐疗治疗。瑶医膏药基本方及制备:黄花盗水莲 800 g、绣花针根 500 g、黑九牛根 500 g、百花羊古草根 500 g、吴茱萸 100 g、白花益母草 250 g、石菖蒲 150 g 等经中药煎煮机 3 次煎煮浓缩,并加入贺州市鹅塘镇土瑶居民当地自产的蜂蜜 1000 g 小火煎煮成膏;装入玻璃瓶中备用。每次瑶医膏药脐疗的时间约 40 min;1 次/d,连用 4 周为 1 个疗程,连用 2 个疗程。

1.6 观察项目及检测方法 1)观察记录 2 组患者治疗前后消化道症状的变化情况,主要为剑突下胀痛,早饱、嗝气等症状。症状程度评价采用 3 分积分法:积分“0”为消化道症状消失;轻度:积分“1”为存在消化道症状,感觉轻度不适,但尚可忍受;中度:积分“2”为存在明显消化道症状,感觉非常不适,但对日常活动影响有限;重度:积分“3”为存在非常明显消化道症状,感觉极其不适,不能进行日常生活。症状积分分数见表 1。2)OLYMPUS-V260 型电子胃镜检查,评价胃黏膜改善情况。3)应用 LOGIQ400CL 型彩色 B 超查门静脉主干内径,并探测门静脉血流速度,根据公式 $[\pi(D/2)^2 \cdot 60 V_{\text{mean}}]$ 计算门静脉

血流量。4)应用放射免疫法检测血清肝纤维化四项:透明质酸(HA)、层黏连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)、Ⅳ型胶原(Ⅳ-C)。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 来表示,采用成对资料均数的 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 疗效判断标准 按下列公式计算 8 周后症状改善百分率。症状改善百分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。疗效评价根据症状减轻程度及症状改善百分率拟定^[5]。痊愈:无不适症状,症状改善百分率为 100%;显效:不适症状明显减轻,70% $\leq$ 症状改善百分率 $\leq 100\%$;有效:不适症状轻度减轻,50% $\leq$ 症状改善百分率 $\leq 70\%$,无效:不适症状无明显减轻,症状改善百分率 $\leq 50\%$ 。总有效率 = (痊愈人数 + 显效人数 + 有效人数) / 本组总人数 $\times 100\%$ 。并进行安全性评价与不良反应观察

2.2 胃黏膜病变改善疗效判断标准^[5] 显效:全胃黏膜充血水肿及樱桃红斑点、红斑消失;有效:胃黏膜病变范围明显缩小、仅部分区域黏膜出现淡红色斑点;无效:胃黏膜病变的范围及程度无明显变化。

2.3 2 组治疗前后症状积分的比较 治疗组治疗后积分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗后症状积分的变化 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	治疗前症状积分(分)	治疗后症状积分(分)	t	P
治疗组	30	6.53 $\pm$ 0.59	3.48 $\pm$ 1.14*	-9.19	0.00
对照组	30	6.56 $\pm$ 0.63	6.09 $\pm$ 1.06		

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 2 组治疗后疗效的比较 2 组患者治疗后组间疗效相比较,差异有统计学意义($Z = -2.997, P < 0.01$),治疗组总有效率为 90.07%,对照组总有效率为 60.0%,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.571, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗后疗效的比较例 $[n(\%)]$

组别	治愈例率(%)	显效例率(%)	有效例率(%)	无效例率(%)	总有效
治疗组	5	16	6	3	90.00*
对照组	2	8	8	12	60.00

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

2.5 2 组治疗后胃镜下黏膜改善情况的比较 2 组患者治疗 8 周后复查胃镜,胃镜下黏膜改善情况间差异有统计学意义, ($Z = -2.997, P < 0.01$),治疗

组总有效率为 93.3%, 对照组为 66.7%, 差异有统计学意义($\chi^2 = 6.667, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗后内镜下黏膜改善情况的比较[n(%)]

组别	显著	有效	无效	总有效	
治疗组	18(60.00)	10(33.33)	2(16.67)	28(93.3)	$\chi^2 = 6.667$
对照组	2(16.67)	18(60.00)	10(33.33)	20(66.7)	$P = 0.01$

注:与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$ 。

2.6 2 组治疗前后的门静脉血流动力学指标的比较 门静内径、门静脉血流速度、门静脉血流量在治疗前 2 组见差异无统计意义($P > 0.05$), 在治疗后差异有统计意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组治疗前后门静脉血流动力学指标的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	门静脉内径 /mm	门静脉血流速度 /(cm/min)	门静脉血流量 /(mL/min)
治疗组	30	治疗前	15.03 ± 1.27	18.60 ± 1.03	947.90 ± 58.38
		治疗后	10.96 ± 0.71 Δ^*	19.00 ± 0.64 Δ^*	719.40 ± 58.29 Δ^*
对照组	30	治疗前	15.36 ± 0.92	18.66 ± 0.99	976.16 ± 112.68
		治疗后	12.03 ± 0.55 $*$	18.43 ± 0.62 $*$	766.23 ± 85.22 $*$

注:与本组治疗前比较 * $P < 0.05$, 2 组间治疗后比较 $\Delta P < 0.05$ 。

2.7 2 组治疗前后肝纤维化四项的比较 HA、PCI-Ⅱ、Ⅳ-C、LN 在治疗前 2 组间差异无统计意义($P > 0.05$); 在治疗后治疗组 PCⅢ 数值明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), HA、LN、Ⅳ-C 在治疗后治疗组较对照组无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 2 组治疗前后肝纤维化四项的变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	HA	PCⅢ	Ⅳ-C	LN
治疗组	治疗前	536.96 ± 33.93	146.93 ± 13.83	123.03 ± 9.81	103.63 ± 11.89
	治疗后	519.73 ± 33.16	104.10 ± 9.31 Δ^*	120.96 ± 10.12	101.93 ± 13.00
对照组	治疗前	530.16 ± 98.87	147.10 ± 13.52	123.26 ± 9.49	104.40 ± 11.60
	治疗后	525.10 ± 36.57	122.00 ± 7.90 $*$	121.60 ± 8.90	102.06 ± 14.13

注:与本组治疗前比较 * $P < 0.05$, 2 组间治疗后比较 $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

门脉高压性胃病以往也归于糜烂性或出血性胃炎, 是伴发于门脉高压症的非炎性胃黏膜病变。内镜下胃黏膜的特征为局部或全胃的樱桃红斑点、条纹状红斑、蛇皮样或马赛克样间隔等渗血样表现。PHG 的组织学形态上未见明显的炎性反应细胞聚集, 仅见黏膜及黏膜下小血管扭曲扩张、固有膜水肿^[6]。PHG 主要发生于肝硬化门脉高压症患者, 也见于非肝硬化门脉高压症患者^[7], 食管胃底静脉曲张与 PHG 均为门脉高压所致, 两者可同时并存或单独存在。患者绝大部分除肝功能减退的表现外, 不同程度地有上腹不适腹胀烧心早饱等症状, 部分患者有呕血及黑便。PHG 的病变部位主要集中在胃底及胃体, 其病理检查特点为黏膜层及下层小静脉和

毛细血管扩张, 无炎性反应糜烂及纤维性血栓; 胃黏膜也可常出现萎缩和肠化生^[8]。

PHG 的发病机制较为复杂, 目前大多数学者认为 PHG 的主要发病机制有以下几个方面: 1) 门静脉高压: 门静脉压力增高时血流动力改变, 食管与胃静脉最先受累, 静脉回流受阻, 血流速度减慢, 以至胃黏膜长期瘀血水肿; 其压力的增高还使胃黏膜下血管扩张, 大量动静脉交通, 黏膜血供因血液分流而减少, 有效血容量不足而缺氧, 胃黏膜在缺血缺氧的基础上进一步造成损伤^[9]。2) 胃黏膜防御屏障破坏: 肝硬化常合并内毒素血症, 内毒素激活激肽系统, 使组织缺血缺氧细胞代谢障碍黏膜抵抗力降低炎性递质的改变。所以很多学者认为治疗门脉高压性胃病的关键环节在于降低门脉压力, 改善胃黏膜血供, 增加胃黏膜营养, 减少血浆内毒素等物质的产生, 降低对胃黏膜损害。3) 细胞因子、炎性递质的变化: 门脉高压时胃黏膜处于高灌注、低灌注状态, 除因缺血、缺氧直接导致黏膜损伤外, 其高动力循环也引起多种炎性递质及细胞因子表达增加, 这些物质不仅促进门脉高压的加重, 而且再进一步损伤黏膜。炎性递质及细胞因子在 PHG 胃黏膜损伤中作用的形式有 3 种: 1) 炎性递质及细胞因子直接引起胃黏膜微循环障碍或削弱黏膜保护屏障; 2) 介导或协同其他炎性递质及细胞因子增加胃黏膜对损伤的敏感性; 3) 通过影响胃肠功能、延缓胃排空, 延长损伤因素对胃黏膜的作用时间^[10]。

根据门脉高压性胃病的临床表现, 中医将其归为“胃痞”“胃痛”等范畴, 其病位在胃脾, 病本在肝, 病机在于肝、脾、胃三脏功能失调。肝病日久, 气机郁结, 肝郁则血虚, 脾虚则运化无权, 肝愈郁而脾愈虚, 脾愈虚而肝愈郁, 乃成肝脾两伤。近年我科汲取贺州市八步区土瑶及钟山县两安瑶族应用瑶医膏药脐疗治疗胃肠相关疾病的经验, 据瑶医风亏打盈治疗原则及穿经走脉、启关透窍、排毒解毒的治疗总法^[11], 创造性的应用于治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病。瑶医学的核心病机就是以阴阳平衡为基础的盈亏平衡理论。瑶医认为人体的五脏六腑与外部环境之间是对立统一的关系, 这对于维持人体的正常生理功能和相对盈亏平衡有重要意义^[12], 因此提示了“盈则消之、亏则补之”的用药原则。对于盈亏的用药, 盈症用打药, 亏症用风药, 此即风亏打盈治则。风药作用和缓, 具有平调脏腑功能的功效; 打药则作用较为峻急, 取效速捷, 具有峻逐邪气的功效^[13]。本研究瑶医膏药重用经典风药之黄花倒水莲, 其甘、

微苦、平,具有滋补肝肾、养血调经,健脾消积的功效;同时配合风打相兼药绣花针根、黑九牛根,其性味温、辛、咸,具有祛风利湿,活血消肿功效;吴茱萸温中止痛,理气燥湿,石菖蒲化湿开胃,开窍豁痰,益母草活血调经,利尿消肿;百花羊古草根祛湿退黄、通经利尿。将诸药制成膏药敷于脐部及脐周,然后用艾箱置于脐上,通过药与热的协调作用,使药物于脐下血管网穿透,直接进入血液,参与血液循环,达到健脾和胃、活血化瘀、利湿化湿的功效。脐乃神阙穴所在,任脉之要穴,居人体之中,与督脉相表里,内连十二经脉、五脏六腑,能补能泻,可升可降,统领三焦,主治百病,无所不应^[14]。瑶药药膏敷脐可使药物成分也不经消化道吸收而受到破坏或降低疗效,能够充分发挥治疗作用,诸药合用针对病因,相辅相成,达到调节盈亏平衡之目的。

本研究提示在西药治疗基础上加用瑶医膏药脐疗治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病具有确切功效,治疗组与对照组相比,显著改善了脾胃虚寒型门脉高压性胃病的临床症状、胃黏膜病变。其结果提示治疗后患者门静脉内径、血流量均减小,血流速度较前增快,胃黏膜损伤减轻,症状积分均明显下降。瑶医膏药脐疗治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病疗效优于对照组,其机制可能与瑶医膏药脐疗能增快门静脉血流速度从而改善胃黏膜血供、降低门脉压力等机制有关。本次观察显示常规治疗基础上加用瑶医膏药治疗脾胃虚寒型门脉高压性胃病可明显改善患者的临床症状及胃镜下表现,并其提高生活质量,值得进一步研究。

参考文献

[1] 毛华,李瑞.肝硬化门脉高压性胃病血清胃蛋白酶原的变化及意义[J].南方医科大学学报,2014,34(1):141-143.
 [2] 杨力,韩国宏,de Franchis R.最新门脉高压共识(Baveno V版)[J].临床肝胆病杂志,2011,27(2):116-118.
 [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.
 [4] 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.
 [5] 李琪,周霞,徐可树.瑞巴派特对门脉高压性胃病的临床疗效观察[J].胃肠病学和肝病杂志,2006,15(3):264-267.
 [6] 郭敏,赵文霞,刘光伟.化浊解毒方对门脉高压性胃病患者胃肠激素及内毒素影响[J].时珍国医国药,2013,24(11):2682-2684.
 [7] 汪朝晖,柳小琴.乙型肝炎肝硬化患者门脉高压性胃病的胃镜检查特点分析[J].实用肝脏病杂志,2010,13(5):366-368.
 [8] 凌萌智,刘扬河,张艳,等.肝硬化门脉高压性胃病血清胃蛋白酶原的变化及意义[J].现代中西医结合杂志,2015,24(6):654-656.
 [9] 霍宏蕾,董培玲,范丽娟,等.肝硬化门脉高压性胃病临床分析[J].北京医学,2012,34(3):219-220.
 [10] 李瑞,毛华,黄纯焱.门脉高压性胃病发病机制的研究进展[J].国际消化病杂志,2011,31(5):277-279.
 [11] 洪宗国.瑶医药浴的治疗与保健作用[J].中南民族大学学报:自然科学版,2011,30(1):39-41.
 [12] 唐汉庆,黄岑汉,黄秀峰,等.瑶医学的哲学基础及其对瑶医药应用的影响[J].中华中医药杂志,2013,28(11):3349-3350.
 [13] 宋宁.瑶医学术特色探析[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(5):542-543.
 [14] 陈万强,杨海成.吴瑛轮泻停药膏敷脐对小鼠肠推进及腹泻炎症介质的影响[J].中华中医药杂志,2011,26(12):3006-3008.
 (2015-10-09 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第 1806 页)

[10] 何东林,林川,谢辉.慢性前列腺炎患者生活质量调查及其影响因素分析[J].中国男科学杂志,2012,26(1):32-36.
 [11] Feller JA, Bartlett RJ, Lang DM. Patellar resurfacing versus retention in total knee arthroplasty[J]. J Bone Joint Surg Br, 1996, 78(2): 226-228.
 [12] John Ware. Ware Jr JESF—36 health survey update[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2000, 25(24): 3130-3139.
 [13] 段志国,杨为民.慢性前列腺炎患者前列腺液中 IL-2、IL-8 及 IL-10 水平分析[J].中华男科学,2005,11(3):201-203.
 [14] 林欢儿,陈健宁.罗益金 T 舒列颗粒联合前列安栓治疗慢性前列腺炎 69 例[J].河北中医,2005,27(5):376-378.
 [15] Zhou Y, Wang Y, Wang J, et al. Inflammation in intracerebral hemorrhage: from mechanisms to clinical translation[J]. Prog Neurobiol, 2014(115): 25-44.
 [16] 彭亮,张瑞,赵晶,等.不同结构形式的 HBX 蛋白对其在肝细胞癌 HepG2 中分布的影响[J].细胞与分子免疫学杂志,2011,27

(6):611-614.
 [17] Wang GW, Wang MQ, Wang XJ, et al. Changes in the expression of MMP-3, MMP-9, TIMP-1 and aggrecan in the condylar cartilage of rats induced by experimentally created disordered occlusion [J]. Arch Oral Biol, 2010, 55(11): 887-895.
 [18] Akman T, Binbay M, Ozgor F, et al. Comparison of percutaneous nephrolithotomy and retrograde flexible nephrolithotripsy for the management of 2-4 cm stones: a matched-pair analysis [J]. BJU Int, 2012, 109(9): 1384-1389.
 [19] 张文涛,王梅叶,孟晓,等. B 超定位标准肾镜下超声联合弹道碎石清石术治疗马蹄肾结石[J].现代泌尿外科杂志,2013,18(1):33-33.
 [20] Popov SV, Novikov AI, Gorgotskiĭ, et al. [Place of transurethral contact nephrolithotripsy in the treatment of patients with kidney stones] [J]. Urologiia, 2012(5): 81-85.

(2016-04-12 收稿 责任编辑:张文婷)