

针刺结合资生汤加减治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床效果

张玉红¹ 马玲²

(1 巩义瑞康医院, 郑州, 451200; 2 郑州大学附属郑州中心医院, 郑州, 450006)

摘要 目的: 观察针刺结合资生汤加减治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)的疗效及安全性。方法: 选取2014年11月至2016年10月巩义康瑞医院收治的门诊和住院脾胃虚弱型CAG患者78例, 随机分为中药组和针药组, 每组各39例。中药组给予资生汤加减治疗, 针药组在中药组治疗基础上给予针刺胃俞、脾俞和中脘为主穴进行治疗, 疗程均为49 d。观察患者治疗前后临床症状、病理检查、胃镜检查、环氧酶-1(Cyclooxygenase-1, COX-1)、谷胱甘肽-S-转移酶- π (Glutathione S-transferase- π , GST- π)和全血还原比黏度(Reductive Viscosity, RV)的变化。结果: 中药组脱落1例, 针药组脱落2例。治疗后针药组临床症状、病理检查、胃镜检查总有效率均高于中药组(均 $P < 0.05$); 针药组GST- π 、COX-1和RV评分较中药组改善更为显著(均 $P < 0.05$)。结论: 针刺结合资生汤加减可有效改善脾胃虚弱型CAG患者的临床症状、GST- π 、COX-1和RV, 未见明显不良反应。

关键词 针刺; 资生汤加减; 脾胃虚弱型; 慢性萎缩性胃炎

Clinical Study of Acupuncture Combined with Modified Zi Sheng Tang in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis of Spleen and Stomach Deficiency Type

Zhang Yuhong¹, Ma Ling²

(1 Ruikang Hospital of Gongyi, Henan 451200, China; 2 Zhengzhou Central Hospital affiliated to Zhengzhou University, Henan 450006, China)

Abstract Objective: To observe the therapeutic effect of acupuncture combined with modified Zi Sheng Tang in treatment of chronic atrophic gastritis of spleen and stomach deficiency type. **Methods:** A total 78 cases of chronic atrophic gastritis of deficiency of spleen and stomach type were randomly divided into Zi Sheng Tang modified group and the acupuncture combined with Zi Sheng Tang group with 39 cases in each. Treatment course lasts for 49 days. Acs-Points chosen were Weishu (B-21), Pi Shu, and Zhong Wan (CV-12). Clinical symptoms, pathological and gastroscopy examination were analyzed to estimate the efficacy of the two groups before and after treatment. The cyclooxygenase-1 (COX-1), glutathione transferase- π (GST- π) and whole blood reductive viscosity (RV) were detected. **Results:** One case dropped in Zi Sheng Tang group and two cases dropped in Zi Sheng Tang combined with acupuncture group. Total effect rate of improving clinical symptoms, pathological and gastroscopy indicators of the combined group is higher than those of the Zi Sheng Tang group (all $P < 0.01$). After treatment, the score of GST- π , COX-1 and RV have improved significantly (all $P < 0.05$) in two groups. **Conclusion:** Acupuncture combined with Zi Sheng Tang is significantly effective in treating chronic atrophic gastritis of deficiency of spleen and stomach type.

Key Words Acupuncture; Modified Zhishengtang; Deficiency of spleen and stomach; Chronic atrophic gastritis

中图分类号: R573; R242 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.049

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)系指胃黏膜上皮受到损伤引起腺体组织萎缩, 黏膜变薄, 黏膜肌层增厚, 常伴有纤维替代、肠上皮化生和假幽门腺化生的一种常见的消化系统病变^[1]。在我国患病率约为7.9%^[2], 世界卫生组织将其列为胃癌前疾病^[3], 其发病缓慢, 迁延难愈, 治疗棘手^[4]。目前尚无治疗本病的特效药物, 为了探求一种疗效确切、不良反应小的治疗脾胃虚弱型

CAG的方法, 以提高患者生命质量, 减少其癌变的发生率。我们在对古方的深入研究的基础上结合多年的临床实践, 依据CAG的病机特点以针刺结合资生汤(出自《医学衷中参西录》)加减进行治疗, 取得较好的疗效, 对临床的应用具有一定的指导意义。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 78例CAG患者均来自2014年11

月至2016年10月巩义康瑞医院收治的门诊和住院脾胃虚弱型CAG患者,按随机数字表法分为中药组和针药组,各39例。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

1.2 诊断标准 西医诊断胃镜标准符合《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[5],病理标准符合《中国慢性胃炎共识意见》^[6];中医诊断参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[7]的CAG脾胃虚弱证:气短乏力、胃脘胀痛、食后脘闷不舒、头晕、大便溏泻、喜按喜暖、饮食减少、胃中嘈杂、呕吐清水、面色萎黄或苍白、舌淡苔白、脉细弱。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;年龄18~70岁;患者及家属均知情同意并签署了知情同意书。

1.4 排除标准 合并严重心脑血管、恶性肿瘤等原发性疾病患者;合并严重消化道溃疡、胃黏膜上皮异形增生;妊娠或准备妊娠妇女,哺乳期妇女;治疗期间同时采用其他治疗,而影响其疗效判定者。

1.5 脱落与剔除标准 对针刺或本研究涉及药物不耐受患者;自行退出、失访或依从性差患者;证型发生变化患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 中药组 给予资生汤加减(白术30g、山药20g、玄参15g、木香15g、鸡内金10g、赤芍10g、黄连8g、半夏8g、干姜5g)治疗。采用全自动煎药包装一体机(济南永延机械有限公司),水煎、浓缩至600mL,早晚各口服1次,连续治疗56d。

1.6.2 针药组 在中药组治疗基础上给予同时给予针刺治疗。针刺主穴取胃俞、脾俞和中脘;配穴取内关、巨阙和足三里。胃俞、脾俞和中脘直刺1寸,施提插捻转补法,使患者有酸麻胀感,胃部有收缩感,留针20min。内关穴直刺1.5寸可透外关,采用平补平泻法,使患者感局部酸胀,有麻电感向指端发散,留针20min;巨阙和足三里直刺1.0寸,施捻转补法,使患者局部有沉胀痛感,留针20min。针刺2次/d,6d为1

个疗程,疗程间休息1d,连续治疗7个疗程。

1.7 观察指标 观察临床症状(胃脘胀痛、气短乏力、喜按喜暖、食后脘闷、饮食减少、大便稀溏、懒言、反酸、头晕、胃中嘈杂、呕吐清水和面色微黄)的评分变化;GST- π 、COX-1和VR评分变化。采用免疫组化法检测胃黏膜结构组织中GST- π 和COX-1蛋白水平的表达,采用旋转式黏度计法检查血流变VR。

1.8 疗效判定标准 参照《中药新药临床指导原则》^[8]。痊愈:临床症状和体征基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:临床症状和体征明显好转, $75\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:临床症状和体征有所改善, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 75\%$;无效:临床症状和体征基本无改善,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=(治疗后评分-治疗前评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较及自身对照采用 t 检验;计数资料采用以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脱落病例 治疗期间中药组脱落1例(因患者依从性差,未按规定疗程接受治疗);针药组脱落2例(1例因数据不全而无法判断疗效,1例因病情较重而接受其他治疗)。

2.2 2组疗效比较 临床症状比较针药组总有效率94.7%,优于中药组84.2%($P < 0.05$);病理检查比较针药组总有效率64.9%,优于中药组47.4%($P < 0.01$);胃镜检查比较针药组总有效率70.2%,优于中药组55.3%($P < 0.05$)。见表2。

2.3 2组临床症状评分比较 2组患者治疗前胃脘胀痛、气短乏力、喜按喜暖、食后脘闷、饮食减少、大便稀溏、懒言、反酸、头晕、胃中嘈杂、呕吐清水和面色微黄评分差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。治疗后各评分均有不同程度改善(均 $P < 0.05$),且针药组改善程度较中药组更为显著($P < 0.05$)。见表3。

表1 2组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	性别		年龄(岁)	病程(年)	胃黏膜腺体萎缩(例)		
	男	女			轻度	重度	重度
中药组($n=38$)	17	22	36.32 \pm 6.72	6.34 \pm 2.27	12	18	9
针药组($n=37$)	19	20	34.64 \pm 5.39	5.76 \pm 1.84	13	16	10

表2 2组患者疗效比较(例)

组别	临床症状			病理检查			胃镜检查		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效
中药组($n=38$)	15	17	6	3	15	20	5	16	17
针药组($n=37$)	19	16	2	8	16	13	9	17	11

表3 2组患者治疗前后各临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	胃脘胀痛	气短乏力	喜按喜暖	餐后脘闷	饮食减少	大便稀溏
中药组(n=38)						
治疗前	3.34 ± 2.15	3.27 ± 2.31	3.86 ± 2.68	1.69 ± 1.07	1.25 ± 1.17	0.63 ± 0.72
治疗后	1.92 ± 1.76**	2.14 ± 2.19*	2.15 ± 1.47**	1.07 ± 0.95*	0.73 ± 0.57*	0.47 ± 0.29*
针药组(n=37)						
治疗前	3.79 ± 2.62	3.72 ± 2.39	3.49 ± 2.17	1.57 ± 1.38	1.39 ± 1.28	0.59 ± 0.59
治疗后	1.38 ± 1.29*** Δ	1.27 ± 1.93*** Δ	1.12 ± 1.61*** Δ	0.71 ± 0.82*** Δ	0.10 ± 0.18*** Δ	0.29 ± 0.37*** Δ
组别	懒言	反酸	头晕	胃中嘈杂	呕吐清水	面色萎黄
中药组(n=38)						
治疗前	0.87 ± 0.63	0.91 ± 0.76	0.75 ± 0.79	0.32 ± 0.27	1.18 ± 0.93	0.31 ± 0.36
治疗后	0.62 ± 0.64*	0.49 ± 0.37*	0.53 ± 0.64*	0.17 ± 0.23*	0.72 ± 0.46*	0.19 ± 0.23*
针药组(n=37)						
治疗前	0.91 ± 0.81	0.85 ± 0.69	0.89 ± 0.83	0.29 ± 0.18	1.24 ± 1.17	0.35 ± 0.49
治疗后	0.48 ± 0.53*** Δ	0.30 ± 0.43*** Δ	0.28 ± 0.37*** Δ	0.00 ± 0.00*** $\Delta\Delta$	0.38 ± 0.32*** Δ	0.05 ± 0.13*** $\Delta\Delta$

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;中药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

2.4 各组 GST- π 、COX-1 和 RV 比较 治疗前 2 组患者 GST- π 、COX-1 和 RV 比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。治疗后 2 组患者 GST- π 、COX-1 和 RV 与治疗前均明显改善(均 $P < 0.05$);针药组明显优于中药组(均 $P < 0.05$)。见表 4。

表4 2组患者治疗前后 GST- π 、COX-1 和 RV 比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	GST- π	COX-1	RV
中药组(n=38)			
治疗前	3.82 ± 1.37	2.96 ± 1.25	8.41 ± 1.26
治疗后	2.72 ± 1.14*	3.87 ± 1.39*	7.25 ± 1.47*
针药组(n=37)			
治疗前	4.19 ± 1.62	3.12 ± 1.35	8.27 ± 1.14
治疗后	2.13 ± 1.26*** Δ	4.28 ± 1.42*** Δ	4.86 ± 0.93*** Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;中药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.5 不良反应 所有患者均未见明显的不良反应。

3 讨论

CAG 属于中医“胃脘痛”“嘈杂”和“胃痞”的范畴^[9],中医认为其发病多与饮食不节、脏腑内伤、情绪失调等损伤脾胃有关^[10]。其病变部位在胃,牵连至脾,脏腑组织功能受损,气血运行失调,水湿内蕴,阻滞脉络,湿滞日久而化浊,湿浊郁久而生热。脾失所升、胃失所降,病程日久,脾胃络瘀阻,耗伤气血,引起“因滞致虚,因虚夹邪”。若未采取及时有效的治疗可发展为重度胃黏膜腺体萎缩、肠上皮化生,易转化为胃癌。《素问·厥论》曰,“脾主为胃行其津液者也”,脾主升,运化水谷精微以输布脏腑经络;胃主降,受纳水谷精微以濡养周身。脾胃乃后天之本,气血生化之源。以改善宗气充盈,则化生气血以濡养脏腑;宗气不足,脾失健运,胃失受纳,生化不足,气血不畅,病程日久缠绵,久病必虚,久虚则瘀。胃之经脉受损,胃黏膜不得荣养,渐变胃黏膜腺体萎

缩、上皮水肿、肌层增厚、充血、肠化、炎性反应、异形增生等^[11]。故本病病机以脾胃虚弱为其本,气滞血瘀为其标。故治应以醒脾和胃,活血化痰。

资生汤出自张锡纯的《医学衷中参西录》,原方由山药,玄参,白术,鸡内金,牛蒡子组成,具有补脾健胃,润肺止咳的功效。用于治疗劳瘵羸弱已甚,饮食减少,喘促咳嗽,身热,脉虚数者。脾为后天之本,脾胃虚弱,脾失健运,则阻遏气机,胸脘痞满。白术健脾和胃,助脾之运化,加以木香行气化滞,以行胸腹滞气。方中白术用量倍于木香,消补兼施,以补为主,寓消于补之中,以达到“本意不取其食速化,但令人胃气强不复伤也”。黄连味苦性寒,可清热燥湿,引药入脾胃经,加入半夏辛温散寒,佐以少许干姜辛温散寒,三药合用,辛开苦降,理气和中,促进而痰浊湿化。健脾和胃药和行气药配伍使用,使脾胃健运、腑气得通,诸症自愈。健脾以温和之品,不宜苦寒,因此用赤芍易牛蒡子祛瘀而不伤正,活血而不破血,药虽平和,疗效尚好。补诸药共用具有健脾和胃、温阳通络、理气止痛的功效。促进胃的腐熟水谷作用,改善脾胃组织微循环,抑制胃酸分泌的作用,加快局部血流速度,减轻胃黏膜表皮炎性反应,促进胃黏膜的修复。

针刺胃俞和脾俞能够调节气血运行、增强脾的运化功能,保护胃黏膜细胞,修复受损腺体组织^[12],改善脾胃血液循环,增加组织营养,降低毛细血管通透性;针刺中脘可缓解胃痉挛,抑制组织平滑肌收缩,诱生组织干扰素、抑制肿瘤坏死因子释放,增加脾胃抗体细胞数目,有益于修复受损的胃黏膜^[13];针刺内关、巨阙和足三里可以补脾益气、活血通窍,可改善血流变、增加胃脘组织血液循环,促进

炎性反应吸收,阻碍炎性反应因子渗出。针刺上述穴位具有醒脾和胃、活血通络的功效。

综上所述,针刺结合资生汤加减具有健脾和胃、温阳通络、活血理气的作用,为治疗脾胃虚弱型CAG的有效方法,且未见明显不良反应。中医药治疗CAG疗效显著,在今后的研究过程中,将深入探讨其作用机制。本研究虽然疗效确切,但仍存在样本数量的不足,机制仍需要进一步深入研究。

参考文献

- [1] 白宇宁,王少丽,姚乃礼,等. 健脾通络解毒方加减辨治慢性萎缩性胃炎癌前病变40例临床观察[J]. 中医杂志,2014,55(4):301-303.
- [2] Wang M, Gao Y, Xu D, et al. A polysaccharide from cultured mycelium of *Hericium erinaceus* and its anti-chronic atrophic gastritis activity[J]. *Int J Biol Macromol*, 2015, 81(11):656-661.
- [3] 刘明,刘震. 健脾益胃,活血化瘀中药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J]. 中国中药杂志,2012,37(22):3361-3364.
- [4] Duan Y, Cheng W, Cheng Y, et al. Variations of energy metabolism and adenosine triphosphatase activity in gastric mucosa in chronic atrophic gastritis rats with Qi deficiency and blood stasis syndrome and effect of zhiweifangbian capsule [J]. *J Tradit Chin Med*, 2013, 33(4):500-504.
- [5] 于中麟. 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.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠学, 2006,11(11):674-684.
- [7] 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[J]. 中医杂志,2010,18(5):345-349.
- [8] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2002:130-131.
- [9] Frank B, Weck MN, Müller H, et al. Polymorphisms in MUC1, MUC2, MUC5B and MUC6 genes are not associated with the risk of chronic atrophic gastritis[J]. *Eur J Cancer*, 2012, 48(1):114-120.
- [10] Massironi S, Zilli A, Fanetti I, et al. Intermittent treatment of recurrent type-1 gastric carcinoids with somatostatin analogues in patients with chronic autoimmune atrophic gastritis[J]. *Dig Liver Dis*, 2015, 47(11):978-983.
- [11] 游绍伟,何鲜平,詹亚梅,等. 萎胃通调汤合穴位注射对慢性萎缩性胃炎患者COX-I, GST- π 的影响[J]. 中华中医药杂志, 2014,29(11):3649-3651.
- [12] Cui JJ, Liu YT, Hu YH, et al. NMR-based metabonomics and correlation analysis reveal potential biomarkers associated with chronic atrophic gastritis[J]. *J Pharm Bio Anal*, 2017, 132(2):77-864.
- [13] Schöttker B, Adamu M, Weck MN, et al. *Helicobacter pylori* infection, chronic atrophic gastritis and major cardiovascular events: A population-based cohort study [J]. *Atherosclerosis*, 2012, 220(2):569-574.

(2017-01-11 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第2759页)

- [17] 倪育飞,李军,王本福,等. 电针对肠镜检查患者脑电双频指数和 β -内啡肽的影响[J]. 针刺研究,2009,34(5):339-343.
- [18] 杨星,乔俊霞,付芳侠,等. 寰枢关节不对称、钩突增生与中青年颈性眩晕的相关性[J]. 实用放射学杂志,2012,28(11):1696-1698.
- [19] 李美冰,钟慧红,李贺,等. 耳穴埋豆结合情志护理对颈性眩晕病患者的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(23):32-

33.

- [20] 连清,刘伟超,王伟光,等. “调神益智”针刺治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中国中医急症,2016,25(4):575-578.
- [21] 陈素昌,彭良玉,王喜连,等. 溶血磷脂酸对背根神经髓鞘相关糖蛋白表达的影响及机制的研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017,23(5):338-344.

(2017-05-02 收稿 责任编辑:杨觉雄)