

化浊解毒方药结合针刺治疗慢性萎缩性胃炎 40 例临床观察

高绍芳¹ 何 华² 米惠茹³ 张炜冉³ 张跃进³ 裴 林^{2*}

(1. 河北医科大学, 河北省石家庄市杏苑路 3 号, 050020;

2. 河北省中医院; 3. 石家庄市中心医院)

基金项目: 河北省科学技术研究与发展计划资助项目(11276103D-36)

* 通讯作者: wggsf@126.com, 13932156380

[摘要] 目的 观察化浊解毒方结合针刺治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效。方法 选择 CAG 浊毒内蕴证患者 120 例, 随机分为针刺组、中药组和针药组各 40 例, 针刺组针刺中脘、天枢(双)、内关(双)等穴位, 每日 1 次, 5 次为 1 个疗程, 休息两日继续治疗。中药组给予化浊解毒方中药治疗, 每日 1 剂, 早晚两次温服。针药组口服化浊解毒方的同时给予针刺治疗, 各组治疗时间均为 6 个月。观察治疗前后各组患者的胃痛、胃胀、暖气、纳差、大便不爽等中医临床症状积分, 同时于治疗后 1、3、6 个月时判定临床疗效。结果 治疗 1、3、6 个月后针刺组与中药组总有效率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 治疗 1、3、6 个月后针药组与针刺组、中药组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。各组治疗后胃痛、胃胀、暖气、纳差、大便不爽各临床症状积分均有明显改善, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 治疗后针药组各临床症状积分均明显优于针刺组、中药组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 化浊解毒方结合针刺可有效改善患者的临床症状, 其近期疗效以及远期疗效均优于单纯的中药治疗和针刺治疗。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 化浊解毒方; 针刺

A Clinical Observation on Turbidity-Transforming Toxin-Resolving Formula Combined with Acupuncture for 40 Cases of Chronic Atrophic Gastritis

GAO Shaofang¹, HE Hua², MI Huiru³, ZHANG Weiran³, ZHANG Yuejin³, PEI Lin²

(1. Hebei Medical University, Hebei Province 050020; 2. TCM Hospital of Hebei Province; 3. Central Hospital of Shijiazhuang City)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of turbidity-transforming toxin-resolving formula combined with acupuncture on chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods** Totally 120 CAG patients with turbidity-toxin brewing internally pattern were randomized into the acupuncture group, medicine group and acupuncture combined with medicine group. The acupuncture group was given acupuncture on Zhongwan (CV12), bilateral Tianshu (ST25) and bilateral Neiguan (PC6) once daily, rested for 2 days and treated five times as one treatment course. The medicine group was given turbidity-transforming toxin-resolving formula one dose daily in the morning and evening. The acupuncture combined with medicine group was given acupuncture and turbidity-transforming toxin-resolving formula. The treatment lasted for 6 months. The TCM symptom scores including stomach pain, bloating, belch, poor appetite, uncomfortable stool and therapeutic effect were observed after 1, 3 and 6 months of treatment. **Results** There was no significant difference between the acupuncture group and medicine group in the efficacy after 1, 3 and 6 months of treatment ($P>0.05$). The efficacy of the acupuncture combined with medicine group was superior to that of the acupuncture group and medicine group after 1, 3 or 6 months of treatment ($P<0.01$). The symptom scores were significantly improved in all groups after treatment ($P<0.05$), especially in the acupuncture combined with medicine group ($P<0.05$). **Conclusion** Turbidity-transforming toxin-resolving formula combined with acupuncture for CAG can effectively relieve the symptoms with a better short-term and long-term efficacy as compared with medicine or acupuncture simply.

Keywords chronic atrophic gastritis; turbidity-transforming toxin-resolving formula

慢性萎缩性胃炎(CAG)一般由慢性浅表性胃炎发展而来, 是以胃黏膜固有腺体萎缩, 数量减少甚至消失, 黏膜肌增厚, 黏膜变薄, 甚至伴有肠上皮化生、不典型增生为特征的慢性胃病, 是消化系统常见病、多发病、难治病之一, 属于胃癌前病变(PL-GC)^[1]。本病发病率高, 病程长, 易反复, 易癌变, 难

治愈。既往研究表明, 化浊解毒方治疗 CAG 取得满意的临床疗效^[2]。近年来, 我们采用化浊解毒方结合针刺治疗本病, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

CAG 西医诊断标准依据 2006 年《中国慢性胃

炎共识意见》^[3]制定。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。①脾胃虚弱证:主症:胃脘隐痛,喜温喜按,倦怠乏力,食少纳呆,大便溏泻,舌质淡红,边有齿痕,苔白;次症:气短懒言,口淡,脉细弱。②脾胃湿热证:主症:胃脘胀痛,痞闷,大便粘腻不爽,舌质红,苔黄腻或黄厚腻;次症:胃脘灼热,胸闷,口臭,口干,口苦,小便黄,脉细滑或滑数。③胃络瘀血证:主症:胃脘刺痛,痛有定处,痛处拒按,舌质暗红或紫暗或有瘀点、瘀斑;次症:黑便,面色凝滞,脉弦或弦涩。具备上述 3 种证候主症两个和次症两个即可诊断为浊毒内蕴证。

1.2 纳入标准

符合上述 CAG 诊断标准及中医辨证标准;年龄 19~70 岁;患者签署知情同意书。

1.3 排除标准

合并有消化道溃疡、病理诊断胃黏膜有重度异型增生疑有恶变者,胃及十二指肠肿瘤者;合并心、脑、肝等严重原发性疾病、精神病者;妊娠期或准备妊娠妇女,哺乳期妇女。

1.4 一般资料

120 例 CAG 患者均为 2010 年 12 月至 2011 年 12 月河北省中医院消化内科门诊及住院患者,按照随机数字表法分为针刺组、中药组、针药组各 40 例。针刺组中男 21 例,女 19 例;平均年龄 (42 ± 10) 岁;平均病程 (20 ± 15) 个月。中药组 40 例,其中男 21 例,女 19 例;平均年龄 (43 ± 9) 岁;平均病程 (21 ± 15) 个月。针药组中男 22 例,女 18 例;平均年龄 (41 ± 11) 岁;平均病程 (20 ± 14) 个月。各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。

2 方法

2.1 治疗方法

中药组给予化浊解毒方:藿香 12 g,佩兰 12 g,茯苓 15 g,茵陈 15 g,砂仁 15 g,黄芩 12 g,黄连 12 g,半枝莲 15 g,半边莲 15 g,白花蛇舌草 15 g,香附 15 g。随症加减:胃脘疼痛明显者加延胡索 15 g、白芷 12 g;反酸明显者加瓦楞子 30 g、海螵蛸 15 g 等;胃脘胀满明显者加枳实 15 g、陈皮 12 g、广木香 12 g、厚朴 15 g;暖气频作者加旋覆花 20 g、竹茹 9 g、赭石 30 g;入睡困难者加炒酸枣仁 15 g、五味子 12 g、远志 9 g、合欢皮 15 g 等;纳呆、舌苔白厚腻者加荷叶 9 g、鸡内金 15 g;大便干者加芦荟 0.5~1 g、大黄 6 g。由河北省中医院制剂室中药自动煎药机灌装成 150 ml/袋,分早、晚两次空腹各温服 1 袋。

连续治疗 6 个月。

针刺组给予针刺治疗:主穴:中脘,天枢(双),内关(双),内庭(双),足三里(双),三阴交(双)。随症加减:热盛者加曲池(双),行泻法;脾胃虚寒甚者可加灸足三里(双);恶心、呕吐、暖气者加上脘;伤食者可用捏脊法;肝气盛者加太冲(双);气滞者加章门(双);痛甚者加胃俞(双)。针刺操作:用 75% 酒精棉球常规穴位皮肤消毒后,用消毒后的针灸针(天津华鸿医材有限公司,0.25 mm×40 mm)快速无痛刺入穴位,虚补实泻,得气即止,留针 30 min。疗程:每日 1 次,5 次为 1 个疗程,休息 2 日继续下 1 个疗程,连续治疗 6 个月。

针药组给予口服化浊解毒方联合针刺治疗,方法和疗程同中药组及针刺组。各组在治疗时停用其他治疗 CAG 的药物。

2.2 观察指标与方法

根据《中药新药临床研究治疗原则》^[4],分别对胃痛、暖气、胃胀、纳差、大便不爽等主要临床症状进行评分,计分方法分为 4 级:无:0 分,轻:1 分,中:2 分,重:3 分,分别于治疗前及治疗 6 个月进行积分比较。同时于治疗后 1、3、6 个月进行胃镜复查判定临床疗效。治疗过程中记录不良反应。

2.3 疗效标准

依据文献^[4]制定,①痊愈:临床主要症状消失;胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生消失;②显效:临床主要症状消失;胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转或减轻 2 度,胃黏膜病理组织检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生消失或减轻 2 度;③有效:临床主要症状明显减轻;胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,病理组织检查证实胃黏膜慢性炎症减轻,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻 1 度以上;④无效:临床主要症状稍有好转或无改善;胃镜复查黏膜炎症无明显改变,病理组织检查证实胃黏膜腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生无减轻。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,有序分类资料采用 Kruskal-Wallis H 检验,通过调整 α 水准进行两两比较, $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 各组患者治疗后不同时间临床疗效比较

表 1 示,治疗 1 个月、3 个月、6 个月后针刺组与中药组总有效率比较,差异无统计学意义($P >$

表1 各组患者治疗后不同时间临床疗效比较[例(%)]

组别	时间	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
针刺组	治疗1个月	40	0	5(12.5)	13(32.5)	22(55.0)	18(45.0)
	治疗3个月	40	3(7.5)	8(20.0)	13(32.5)	16(40.0)	24(60.0)
	治疗6个月	40	4(10.0)	14(35.0)	12(30.0)	10(25.0)	30(75.0)
中药组	治疗1个月	40	1(2.5)	6(15.0)	14(35.0)	19(47.5)	21(52.5)
	治疗3个月	40	5(12.5)	10(25.0)	12(30.0)	13(32.5)	27(67.5)
	治疗6个月	40	7(17.5)	15(37.5)	10(25.0)	8(20.0)	32(80.0)
针药组	治疗1个月	40	2(5.0)	15(37.5)	23(57.5)	0	40(100)
	治疗3个月	40	8(20.0)	19(47.5)	9(22.5)	4(10.0)	36(90.0)
	治疗6个月	40	10(25.0)	20(50.0)	8(20.0)	2(5.0)	38(95.0)

表2 各组患者治疗前后临床症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	胃痛	胃胀	暖气	纳差	大便不爽
针刺组	治疗前	2.42±0.59	2.57±0.68	1.90±0.71	1.23±0.70	1.63±0.98
	治疗6个月	1.63±0.59*	1.85±0.66*	1.30±0.76*	0.63±0.63*	0.83±0.50*
中药组	治疗前	2.48±0.68	2.55±0.60	1.88±0.69	1.28±0.72	1.65±0.98
	治疗6个月	1.55±0.75*	1.83±0.59*	1.15±0.66*	0.58±0.55*	0.75±0.44*
针药组	治疗前	2.45±0.68	2.58±0.64	1.98±0.66	1.18±0.72	1.63±0.84
	治疗6个月	0.98±0.70*△#	1.08±0.57*△#	0.68±0.69*△#	0.25±0.44*△#	0.45±0.50*△#

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与针刺组同时间比较,△ $P<0.05$;与中药组同时间比较,# $P<0.05$

0.05);治疗1个月、3个月、6个月后针刺组与针药组总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.01$),针药组疗效优于针刺组;治疗1个月、3个月、6个月后针药组与中药组总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.01$),针药组疗效优于中药组。

3.2 各组患者治疗前后临床症状积分比较

表2示,各组治疗后各临床症状积分均有明显改善,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后针药组各临床症状积分均明显优于针刺组、中药组,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示针药组改善CAG患者临床症状的疗效优于中药组以及针刺组。

3.3 不良反应

各组治疗后各项检查(血、尿、便常规;肝肾功能;心电图)未见明显变化,治疗过程中未发现药物引起的不良反应。

4 讨论

CAG是消化系统常见病、多发病、难治病之一,是一个全身性的病变,病位在胃。一般认为本病多由因外邪内侵、情志不舒、饮食内伤所致。《医学正传·胃脘痛》云:“胃脘当心而痛,……未有不由积痰积郁于中,七情之气触于内所致焉。”我们认为外邪内侵、情志不舒、饮食内伤等,致肝胃不和、胃失和降,久致脾失健运,湿浊中阻,郁久化热,热壅血瘀而为毒,成“浊毒”内蕴之势。浊毒致病论即以中医病因学的理论为基础而提出的浊毒发病机理^[5]。临床中采用化浊解毒法治疗CAG取得了一定的效果^[6],方中佩兰、藿香、砂仁芳香化湿祛浊,半枝莲、

半边莲、白花蛇舌草清热利湿解毒共为君药;茯苓健脾渗湿泄浊,黄芩、黄连清热燥湿祛浊,辅助君药以祛湿除浊解毒;香附疏肝理气和胃。全方共奏祛湿化浊解毒、理气和胃降逆之功。现代药物研究表明,藿香可提高胃蛋白酶活性以及增加胃酸分泌,抑制肠痉挛及内脏绞痛^[7];佩兰可增加胃液分泌,其生物总碱具有抗肿瘤活性^[8];茯苓可减少肠肌收缩振幅,减低胃酸分泌,止吐,抑制肿瘤细胞^[9-10];茵陈减少胃蛋白酶及胃泌素的分泌,抗肿瘤,减弱胃攻击因子的作用^[11];砂仁可改善微循环,增加胃肠动力促进胃排空,促进胃液分泌,抗炎,抑制肠痉挛^[12-14];香附具有抗炎、抗菌,抑制肠管的收缩的作用;黄芩、黄连、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲^[15-18]有良好的抑制肿瘤细胞作用。

足三里是足阳明胃经之合穴,也是胃腑之下合穴,针刺此穴可激发脏腑经络之气,调动胃腑之气,可达理气健脾祛湿、降逆和胃止呕、扶正化浊解毒以及强身健体之效。《灵枢·邪气脏腑病形》记载:“胃病者,腹腹胀,胃院当心而痛,上支两胁,隔咽不通,食饮不下,取之三里也”。中脘是胃之募穴,也是八会穴之腑之会。合募相配,适于治疗腑病、实证、热证^[19]。内关是手厥阴心包经的络穴,通于阴维脉,主治胃、心、胸之疾患,能宽胸解郁,善治胸胃痛。中脘、足三里、内关相配是经典的“胃病之方”^[20]。天枢穴属足阳明胃经,为大肠募穴。是人体气机上下沟通,升降清浊之枢纽。针刺此穴可调中和胃化滞,健脾化湿祛浊,使中焦湿热浊毒得除。内庭是足

阳明经之“荥”穴,《难经》云:“荥主身热”,荥穴为治疗热病之要穴。阳明经是多气多血之经,针刺内庭能疏散阳明之郁热,用于治疗胃火炽盛而循经上扰所致胃肠和神志等疾患。因此针刺此穴可泻荥穴多余之阳气或补其不足之阴血,使湿热浊毒循经而去,起到泄热通腑、祛浊解毒、安神止痛的作用。足三里与内庭相配可清胃泻热,化浊解毒,理气止痛,二穴相配是取《马丹阳十二穴》的配穴法“三里内庭穴,肚腹中妙诀”。三阴交是足太阴、足厥阴、足少阴三阴经之交会穴,为临床的常用腧穴之一,针刺三阴交可调理脾胃气血,还可调补肝肾,调整全身,增强机体抗病能力,有利于疾病的恢复。

本研究采用化浊解毒方与针刺相结合的方法,两者配合可有效快速改善患者的胃痛、胃胀、嗝气、纳差、大便不爽等临床症状,治疗 1 个月、3 个月、6 个月后针药组临床疗效明显均优于中药组及针刺组($P<0.01$),提示其近期疗效以及远期疗效均优于中药组和针刺组,是由于二者结合运用,可产生协同作用,取得更佳的疗效。

参考文献

- [1]魏玮,史海霞,来要良. 中医对慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(2): 151-153.
- [2]王彦刚,李佃贵. 化浊解毒方治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(3): 353-355.
- [3]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-684.
- [4]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [5]王正品,李佃贵,杜艳茹,等. 浊毒致病论与现代中医病因学[J]. 中医杂志, 2010, 51(1): 12-13.
- [6]杜艳茹,李佃贵,王春浩,等. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性

胃炎胃癌前病变浊毒内蕴证患者 119 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 31-33.

- [7]He B, Chen XX, Luo JP. Effects of five different Polar extracts from Herba Pogostemonis being gotten rid of volatile oil on gastrointestinal tract[J]. J Chin Med Mater, 2001, 24(6): 422-424.
- [8]李美丽,赵香兰. 日本佩兰生物总碱抗癌活性的研究[J]. 癌症, 1993, 12(3): 203.
- [9]Tai T, Akita Y, Kinoshita K, et al. Anti-emetic Principles of Poria cocoa[J]. Planta Med, 1995, 61(6): 527-530.
- [10]张文女,黄金龙. 茯苓多糖的抗肿瘤作用[J]. 中草药, 1999, 30(7): 561-562.
- [11]李岩,李永渝,崔瑞平,苗陈等. CCB 中药对消化性溃疡相关因素的研究[J]. 遵义医学院学报, 1998, 21(4): 7-9.
- [12]朱金照,冷恩仁,陈东风,等. 砂仁对大鼠胃肠运动及神经递质的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9(4): 205-207.
- [13]邱赛红. 芳香化湿药开胃作用机理的实验研究[J]. 中药药理与临床, 1995, 11(4): 24-27.
- [14]胡玉兰,张忠义,林敬明. 中药砂仁的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中药材, 2005, 28(1): 72-74.
- [15]李备,刘华蓉,潘永全,等. 黄连总生物碱对乙醇致大鼠胃黏膜损伤的保护作用及其探讨[J]. 中国中药杂志, 2006, 31(1): 51-54.
- [16]吴新正,何迎春,田道法,等. 中药防治癌前病变现状及其机制[J]. 中草药, 2006, 37(7): 1101-1104.
- [17]王刚,董玫,刘秀书,等. 半枝莲醇提物抗肿瘤活性的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(9): 1141-1142.
- [18]栗君,谭兴,李劲涛,等. 半边莲生物碱的提取及其对胃癌细胞的抑制作用[J]. 西华师范大学学报, 2007, 28(4): 84-86.
- [19]牛红月,杨铭,强宝全,等. 针刺中脘治疗消化性溃疡多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(2): 89-92.
- [20]卢松,胡幼平. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎取穴规律探究[J]. 江西中医药, 2005, 36(12): 61-62.

(收稿日期: 2012-12-31; 修回日期: 2013-03-05)

[编辑: 侯建春]

(上接第 830 页)

- [8]Voetsch B, Dewitt LD, Pessin MS, et al. Basilar artery occlusive disease in the New England Medical Center Posterior Circulation Registry[J]. Arch Neurol, 2004, 61(4): 496-504.
- [9]姚继红,张海燕. 银丹心脑通胶囊配合盐酸氟桂利嗪治疗瘀阻络型后循环缺血性眩晕临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(2): 189-190.
- [10]严保雷,何培林. 天麻钩藤饮加味对后循环缺血性眩晕治疗作用的观察[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(8): 725-726.
- [11]李同凯,杨光福. 补气活血定晕方对后循环缺血性眩晕的疗效评价[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(10):

867-869.

- [12]邓建文. 六味地黄丸联合敏使朗治疗老年性眩晕的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(24): 578-579.
- [13]傅应昌,孙芳. 滋肾益肝活血汤治疗老年性眩晕 70 例[J]. 新中医, 2007, 39(7): 70-71.
- [14]杜武勋,朱明丹,袁宏伟,等. 构建现代医学疾病诊断中医辨证的病证结合诊治模式的必要性与设想[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3): 387-390.
- [15]张军平,吕仕超,朱亚萍,等. 病证结合模式下的中医药临床疗效评价着力点[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2011, 13(6): 956-959.

(收稿日期: 2012-11-20; 修回日期: 2012-12-18)

[编辑: 叶晨]