

脉起于胞中,与子宫直接联系,并且与足三阴经交汇于关元、中极、曲骨,通过针刺、艾灸中极、关元等交汇穴位可直达病所,调畅气血,以濡养胞宫;配合其他穴位,如子宫、归来、三阴交、足三里、八髎等以理冲任、培胃气、疏通胞络之气血,促使卵泡生长发育,调节肾-天癸-冲任-胞宫的生殖轴^[17],提高妊娠率。亦可根据穴位特性研究相关疾病的穴位贴敷、穴位注射、埋线、耳穴等治疗手法。

综上所述,临床上对于中极穴的应用应在掌握其特性的基础上,具体分析,将循经取穴、辨证取穴相结合,灵活运用,扩大其临床主治范围,提高临床疗效。

参考文献

- [1] 明·杨继洲. 针灸大成[M]. 靳贤,补. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2006:1-219.
- [2] 黄帝内经·素问[M]. 傅景华,陈心智,整理. 北京:中医古籍出版社,1997:1-164.
- [3] 柴铁劬. 针灸穴名解[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:1-311.
- [4] 沈雪勇. 经络腧穴学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2016:147.
- [5] 吴霞,程华初,谭金曲,等. 基于频数统计方法的“中极穴”主治病症的古代文献研究[J]. 中国医药导报,2021,18(13):104-107.
- [6] 袁道玉,张建琴,罗欢欢. 太溪穴平刺联合中极穴齐刺治疗前列腺增生症患者经尿道前列腺电切术后并发尿潴留的疗效观察[J]. 四川中医,2022,40(8):177-179.
- [7] 乔润琴. 温肾固泉膏穴位贴敷加温针灸联合西药治疗中风后排尿障碍 225 例[J]. 中医研究,2018,31(7):60-63.
- [8] 李海燕. “俞募配穴”膀胱俞与中极穴治疗泌尿系统疾病文献研究[D]. 承德:承德医学院,2022.
- [9] 战军林,祝国歆,史圣华. 针灸治疗前列腺增生 67 例临床观察[J]. 内蒙古中医药,2015,34(3):47.
- [10] 于冰,王聪,张永臣. 《针灸大成》妇科病治疗规律浅析[J]. 成都中医药大学学报,2016,39(1):101-103.
- [11] 徐鸽,陈跃来. 针刺治疗排卵障碍性不孕的穴位应用规律研究[J]. 上海针灸杂志,2017,36(5):620-625.
- [12] 朱钟妍. 中极齐刺配合大趾聚毛治疗气滞血瘀型原发性痛经的临床观察[D]. 北京:北京中医药大学,2021.
- [13] 王强玉,孙立明,孙立虹,等. 隔物灸对原发性痛经患者中极、关元穴位电阻的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(9):111-112.
- [14] 董华,倪光夏. 浅谈“通调三焦”针刺法在妇科病中的应用[J]. 中国针灸,2019,39(2):193-196.
- [15] 清·沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:163.
- [16] 潘杰. 中药内服外敷联合针灸治疗疝气 43 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2016,25(1):101-102.
- [17] 张晶,范伟森,刘云胜,等. 基于数据挖掘技术分析古代文献中针灸治疗不孕经穴运用规律[J]. 福建中医药,2019,50(6):1-4.

(编辑:谭雯 收稿日期:2023-04-19)

健胃养阴理中丸治疗慢性非萎缩性胃炎患者 60 例^{*}

武莹

摘要:目的 观察健胃养阴理中丸治疗慢性非萎缩性胃炎(CNAG)患者临床疗效。方法 选取 120 例开封市第二中医院于 2022 年 4 月—2022 年 8 月收治的 CNAG 患者,随机数字表法分为对照组与治疗组,各 60 例。对照组予以艾司奥美拉唑肠溶胶囊,治疗组在对照组基础上予以健胃养阴理中丸。治疗 1 个月对比 2 组疗效、中医证候积分、内镜表现及血清炎症因子水平。结果 治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后,治疗组中医证候积分、血清炎症因子水平均低于对照组($P<0.05$);治疗组内镜表现优于对照组($P<0.05$)。结论 健胃养阴理中丸治疗 CNAG 疗效确切,能有效改善患者中医证候及内镜表现,降低机体炎症因子水平。

关键词:胃脘痛;慢性非萎缩性胃炎;健胃养阴理中丸;艾司奥美拉唑

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.04.002 文章编号:1003-8914(2024)-04-0634-04

慢性非萎缩性胃炎(Chronic non-atrophic gastritis, CNAG)病因复杂,但现今多认为主要与幽门螺旋杆菌(Hp)感染有关,还与细菌、毒素等多种致病因子有关,

其主要特征为胃黏膜出现慢性炎性病变,临床中患者常出现上腹疼痛、消化不良、食欲不振等症状,这些症状会随着进食后减轻,部分患者还会出现营养不良、抑郁等症状^[1-2]。目前治疗 CNAG 以抑酸、清除 Hp、促进肠胃功能、保护胃黏膜等为主,但 CNAG 病情反复,病期较长,长期服用化学药物容易产生耐药性,患者易

^{*} 基金项目:河南省开封市科技发展计划项目(No.2203104)

作者单位:开封市第二中医院门诊部(河南 开封 475000)

通信方式:E-mail:568421780@qq.com

产生不良反应,且停药后复发率明显上升,因此急需寻找一种安全有效的中西医结合治疗方式来改善这种情况^[3,4]。中医将 CNAG 归属于“胃脘痛、痞满”之列,最早见于《黄帝内经》,此病发生的根本机制为胃络瘀阻,与外邪、饮食、情志等也有干系^[5]。健胃养阴理中丸为开封市第二中医院自拟经验方,含有陈皮、佛手、茯苓、生甘草、木香、砂仁、党参、麸炒白术等 22 味中药材,根据中药配伍原理,将这些药物有效组合,产生协同作用,有着健胃和脾、养阴理中的功效,能使脾胃运化功能相宜,人体气血生化有源。本研究旨在观察健胃养阴理中丸治疗 CNAG 的疗效及对内镜表现和血清炎症因子水平的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 120 例开封市第二中医院于 2022 年 4 月—2022 年 8 月收治的 CNAG 患者,随机数字表法分为对照组与治疗组,各 60 例。对照组:男性 36 例,女性 24 例;年龄 23~56 岁,平均 (46.57 ± 6.39) 岁;病程 12~34 周,平均 (29.76 ± 5.37) 周。治疗组:男性 33 例,女性 27 例;年龄 22~57 岁,平均 (47.25 ± 6.53) 岁;病程 13~35 周,平均 (30.07 ± 5.53) 周。2 组临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准:参考《内科学》^[6]中 GNAG 相关诊断标准,即患者在进食后会出现上腹胃脘饱胀、疼痛、反酸、嗝气等症状,且不同患者症状有差异,同时经过胃镜检查后发现,胃黏膜处出现明显红斑、充血渗出等现象,部分患者会出现水肿。②中医诊断标准:参考《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[7]中脾胃虚寒型 GNAG 相关诊断标准:主症:胃脘痞胀、胃脘疼痛、得食缓解(需全部符合);次症:食欲不振、嗝气、大便溏稀(需符合 1~2 项);舌脉象:舌淡胖、舌边有齿痕、脉沉弱。

1.3 病例筛选标准 纳入标准:①符合上述中西医诊断标准;②年龄 18~70 岁;③病程超过 3 个月,且近 1 个月内未服用过相关治疗药物;④知晓本研究,并自愿签署知情同意书。排除标准:①存在其他胃部疾病,如消化性溃疡、萎缩性胃炎等;②对本研究所用药物存在过敏现象;③伴有严重心血管疾病;④伴有严重精神疾病;⑤处于备孕期、妊娠期或哺乳期女性。剔除标准:①误诊、误纳;②观察期间擅自使用禁用药品;③研究期间出现严重不良反应。脱落标准:①患者失访;②依从性差;③自行退出。

1.4 治疗方法 对照组予以艾司奥美拉唑肠溶胶

囊(重庆莱美药业股份有限公司,国药准字 H20130095,规格:20 mg/粒)口服,每日 2 次,每次 1 粒,持续服用 1 个月。注意,患者在研究期间不得自行使用其他西药。治疗组在对照组基础上予以健胃养阴理中丸,由院内自制,药物组成:陈皮 10 g,佛手 15 g,茯苓 15 g,甘草 12 g,木香 10 g,砂仁 8 g,党参 10 g,麸炒白术 12 g,炒枳实 10 g,竹茹 10 g,黄连 6 g,败酱草 20 g,鸡内金 15 g,炮姜 8 g,石斛 12 g,蒲公英 15 g,麦芽 20 g,炒香附 15 g,连翘 15 g,海螵蛸 15 g,黄芩 10 g,白及 6 g。将上述药物处理干净后,分别研磨成粉末状,而后进行混合,过 100 目筛,制成黄豆大小的水丸,分装入密封瓶中。每日服用 2 次,每次 9 g,持续服用 1 个月。2 组患者分别于第 2 周及第 4 周复诊。

1.5 观察指标 ①疗效:评估 2 组患者疗效,评估标准具体为:相关症状完全消除,内镜显示病变范围小于 5% 为痊愈;相关症状基本消失,内镜显示病变范围在 5% 及以上但未达到 25% 为显效;相关症状有明显缓解,内镜显示病变范围在 25% 及以上但低于 75% 为有效;相关症状未得到缓解甚至出现恶化,且内镜显示病变范围在 75% 及以上为无效^[8],总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②中医证候积分:分别于治疗前后评估 2 组患者中医证候积分。评估标准:将患者主次症状(胃脘痞胀、胃脘疼痛、食欲不振及嗝气)按照严重程度分为 4 级,分别记 0、2、4、6 分,分数越高表示患者中医症状越严重^[9]。③内镜表现^[10]:使用内镜检查对患者进行病理检查,根据胃黏膜状况及炎症程度可分为 4 级。胃黏膜呈现橘红色,且每高倍视野下核细胞数目 <5 个为正常;胃黏膜失去橘红色,且部分黏膜处出现点状红斑,炎症细胞仅浸润黏膜浅层,且深度 $<1/3$ 为轻度;胃黏膜出现条索状、片状红斑,黏液异常增多,炎症细胞较为密集,浸润深度超过黏膜层,但深度 $<2/3$ 为中度;胃黏膜变得粗糙,出现明显水肿、充血等症状,炎症细胞十分密集,浸润黏膜全层为重度。④血清炎症因子:分别于治疗前后取患者空腹静脉血液 3 ml,交于开封市第二中医院检验室检测 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)及白细胞介素-6(IL-6)水平。

1.6 统计学方法 使用 SPSS 19.0 统计学软件。中医证候积分、CRP、TNF- α 、IL-6 等数据均以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验;疗效、内镜表现等数据以率(%)表示,行 χ^2 检验或 Fisher 精确检验,等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效 治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者疗效对比 (例, %)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	36(60.00)	7(11.67)	5(8.33)	12(20.00)	48(80.00)
治疗组	60	47(78.33)	9(15.00)	2(3.33)	2(3.33)	58(96.67)
χ^2 值						8.086
P 值						0.004

2.2 中医证候积分 治疗前 2 组患者胃脘痞胀、胃

表 2 2 组患者中医证候积分对比

(分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃脘痞胀		胃脘疼痛		食欲不振		嗝气	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	4.97 $\pm$ 0.52	2.57 $\pm$ 0.31 ¹⁾	4.87 $\pm$ 0.63	2.51 $\pm$ 0.43 ¹⁾	4.31 $\pm$ 0.49	2.31 $\pm$ 0.35 ¹⁾	4.21 $\pm$ 0.37	2.25 $\pm$ 0.27 ¹⁾
治疗组	60	5.06 $\pm$ 0.43	2.21 $\pm$ 0.27 ¹⁾	4.92 $\pm$ 0.65	2.13 $\pm$ 0.37 ¹⁾	4.46 $\pm$ 0.51	1.96 $\pm$ 0.22 ¹⁾	4.29 $\pm$ 0.33	2.01 $\pm$ 0.16 ¹⁾
t 值		1.033	6.783	0.428	5.189	1.643	6.558	1.250	5.923
P 值		0.304	0.000	0.670	0.000	0.103	0.000	0.214	0.000

注:与治疗前相比,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者内镜表现对比

(例, %)

组别	例数	治疗前				治疗后			
		正常	轻度	中度	重度	正常	轻度	中度	重度
对照组	60	0(0.00)	19(31.67)	36(60.00)	5(8.33)	44(73.33)	9(15.00)	5(8.33)	2(3.33)
治疗组	60	0(0.00)	21(35.00)	31(51.67)	8(13.33)	57(95.00)	3(5.00)	0(0.00)	0(0.00)
Z 值				0.036				2.183	
P 值				0.972				0.029	

表 4 2 组患者血清炎症因子对比

(例 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP/(mg/ml)		TNF- α /(pg/ml)		IL-6/(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	6.13 $\pm$ 0.57	4.16 $\pm$ 0.27 ¹⁾	12.37 $\pm$ 3.14	5.76 $\pm$ 0.93 ¹⁾	32.74 $\pm$ 9.01	16.43 $\pm$ 4.62 ¹⁾
治疗组	60	5.96 $\pm$ 0.45	3.95 $\pm$ 0.11 ¹⁾	12.29 $\pm$ 3.18	4.43 $\pm$ 1.21 ¹⁾	33.65 $\pm$ 9.65	12.51 $\pm$ 3.27 ¹⁾
t 值		1.813	5.579	0.139	6.751	0.534	5.365
P 值		0.072	0.000	0.890	0.000	0.594	0.000

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

脾胃虚寒是 CNAG 的主要病机,占此病所有证型约 50%,胃气上逆、胃络瘀阻、脾胃虚弱是此病的重要病机^[10,11]。自拟方健胃养阴理中丸中含有 22 味中药材,即陈皮、佛手、茯苓、甘草、木香、砂仁、党参、麸炒白术、炒枳实、竹茹、黄连、败酱草、鸡内金、炮姜、石斛、蒲公英、麦芽、炒香附、连翘、海螵蛸、黄芩、白及。诸药具体功效如下:陈皮辛香行散、苦燥温化,可入脾、肺经,有理气健脾、燥湿化痰之效,可治脘腹胀满、食少吐泻;

脘疼痛、食欲不振及嗝气积分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,治疗组 4 项积分均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 内镜表现 治疗前 2 组内镜表现差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,治疗组内镜表现优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 血清炎症因子 治疗前 2 组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,治疗组炎症因子水平均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

佛手辛香苦燥、味微甜后苦,入肝、脾、胃、肺经,有理气和中、燥湿止痛之效,可治脾胃气滞、脘腹胀痛;茯苓性甘味平,入心、肺、脾、肾经,有利水渗湿、健脾安神之效,可治水肿胀满、脾虚食少、心悸不安;甘草味甘、平,入心、肺、脾胃经,有补脾益气、清热解毒、缓急止痛之效,可治脾胃虚弱、脘腹疼痛、痈肿疮毒;木香辛香温通,入脾、胃、大肠、三焦、胆经,有实肠止泻、健脾消食、调中止痛之效,可治脾胃气滞、脘腹胀痛;砂仁辛能行散、芳香温化,入脾、胃经,有行气、温中、止泻、开胃、温

脾之效,可治脘腹胀满、食欲不振、大便溏稀,可与木香、枳实同用;党参甘补而平,入脾、肺经,有生津、养血、健脾益肺之效,可治脾肺虚弱、气血不足;白术甘补渗利、苦温而燥,入脾、胃经,经炒制后有燥湿利水、止汗、安胎之效,可治脾虚食少、腹胀泄泻;枳实味苦、辛,性微寒,入脾、胃、大肠经,经炒制后有破气消积、化痰散痞之效,可治胃脘胀满;竹茹甘而微寒,入肺、胃、胆经,有清热化痰、清胃止呕之效,可治痰热咳嗽、心烦失眠、胃热呕吐;黄连大苦大寒,入肝、胆、大肠经,有清热燥湿、泻火解毒之效,可治肠痹腹痛、除脾胃中湿热;败酱草辛散苦泄,入胃、大肠、肝经,有清热解毒、祛瘀止痛、排脓消痈之效,可治肠痛、肺痛;鸡内金甘益中、平不偏,入脾、胃经,有运脾健胃、消食化积之效,可治食积不消、呕吐泄痢;炮姜为干姜炮制品,味微辛、辣,入脾、胃、肾经,有温经止血、温中止痛之效,可用于脾胃虚寒、阳虚失血;石斛甘能滋养,入胃、肾经,有益胃生津、滋阴清热之效,可治胃脘灼痛、纳呆干呕、胃阴不足;蒲公英苦甘,性寒,入肝、胃经,有清热解毒、利尿散结之效,可治胃炎;麦芽味甘,性平,入脾、胃经,有行气消食、健脾开胃之效,可治食积不消、脘腹胀满,能健脾和胃、疏肝行气;香附辛香行散,入肝、脾、三焦经,经炒制后有疏肝解郁、理气宽中之效,可治脾胃气滞;连翘味苦,性寒,入肺、心、小肠经,有清热解毒、散结利尿之效,与黄芩同用可治热痢腹痛、头痛目赤;海螵蛸质燥涩敛,入脾、肾经,有收敛止血、收湿敛疮之效,可治胃痛吐酸、溃疡不敛;黄芩味苦,性辛,入肺、胆、脾、大肠、小肠经,有清热泻火、凉血止血、燥湿解毒之效,与连翘联用可治热痢腹痛、头痛目赤;白及味苦、甘、涩,性微寒,入肺、胃、肝经,有收敛止血、消肿生肌之效,可治肿痛疮疡。上述诸药合用可发挥协同作用,起到健脾和胃、养阴理中的功效。

本研究结果显示,治疗组总有效率高于对照组,表明健胃养阴理中丸治疗 CNAG 疗效确切,分析原因可能是方中陈皮、佛手、甘草等诸多中药均可入胃经,有运脾健胃、行气消食、益胃生津等效果,在调节脾胃的同时,能改善胃肠道运动,标本同治,因此疗效较好。治疗组中医证候积分明显低于对照组,表明健胃养阴理中丸治疗 CNAG 能有效改善患者相关中医证候,方中枳实、黄连、党参等药材,有消食化积、温中止痛、收湿敛疮、疏肝行气等效果,能有效治疗患者胃脘痞胀、胃脘疼痛、食欲不振及嗝气症状。治疗组内镜表现明显优于对照组,表明健胃养阴理中丸治疗 CNAG 能有效改善患者胃黏膜状况,方中海螵蛸、白及等药有收湿

敛疮、消肿生肌等效果,能有效促进胃黏膜愈合,消除红斑,因此治疗组内镜表现更好。同时方中甘草、黄芩、黄连等药有消炎作用^[12,13],能够有效降低患者血清炎症因子水平。

综上,健胃养阴理中丸治疗 CNAG 的疗效确切,能有效改善患者中医证候及内镜表现,降低机体炎症因子水平,值得临床推广。

参考文献

- [1] LIU YT, CAI CC, QIN XM. Regulation of gut microbiota of Astragali Radix in treating for chronic atrophic gastritis rats based on metabolomics coupled with 16S rRNA gene sequencing[J]. Chem Biol Interact, 2022, 365: 110063.
- [2] 华自森,余军,刘俊,柴胡舒肝散加减治疗肝胃不和型慢性非萎缩性胃炎合并焦虑、抑郁患者的临床疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(4): 106-110.
- [3] 李永娟,刘永香,刘倩,等. 穴位埋线、柴龙逆萎汤联合质子泵抑制剂对肝胃气滞型非 H. pylori 感染慢性非萎缩性胃炎的治疗效果[J]. 河北医药, 2022, 44(17): 2599-2602.
- [4] ZHENG JH, JIANG XT, JIANG KL, et al. miR-496a-5p Correlates with Chronic Atrophic Gastritis Progression to Gastric Cancer and Induces Malignant Biological Behaviors of Gastric Cancer Cells by Targeting ACER2[J]. Mol Biotechnol, 2023, 65(8): 1306-1317.
- [5] 何聪,王慧超,周秉舵,等. 清化和中方加减治疗脾胃湿热型慢性非萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(2): 56-58, 62.
- [6] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004: 397.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 1-8.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8): 3613-3618.
- [9] 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.
- [10] 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, 2013, 18(1): 24-36.
- [11] 李淑君,刘铁军,邢睿,等. 刘铁军辨治脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎[J]. 吉林中医药, 2022, 42(2): 170-172.
- [12] 黄洁春,熊苗,黄茂建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎临床疗效观察[J]. 中药材, 2022, 45(4): 986-988.
- [13] 焦瑶,袁亚利,王乾皓,等. 基于网络药理学的黄芩-黄连治疗溃疡性结肠炎作用机制探讨[J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19(7): 48-54.
- [14] 沈灵娜,刘军,钱贻达,等. 甘草泻心汤联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者疗效及肠道菌群和血清炎症因子水平的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(7): 474-478.