

· 临床 ·

吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷治疗慢性非萎缩性胃炎的临床观察

井晓磊¹, 张勇勤^{1*}, 顾亚娇², 费景兰²

(1. 河南中医药大学护理学院, 郑州 450000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 郑州 450003)

[摘要] **目的:**观察吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷对慢性非萎缩性胃炎(CNAG)的疗效及作用机制。**方法:**将217例患者采用SAS软件生成,随机分为对照组(107例)和观察组(110例)。基础治疗,奥美拉唑肠溶片,20 mg/次,2次/d,饭前半小时口服;枸橼酸铋钾片,2片/次,2次/d,饭前半小时口服;阿莫西林胶囊,1.0 g/次,2次/d,饭后即服,二维呋喃唑酮片,1片/次,2次/d,饭后即服;枸橼酸莫沙必利片,5 mg/次,3次/d,口服;连续服用2周。观察组采用吴茱萸槟榔汤加减贴敷中脘、胃俞、膈俞、神阙、脾俞等穴位,持续6 h/d,每日1次。对照组采用模拟药物贴敷同样穴位。两组连续治疗2周。进行治疗前后胃脘痞满、胃脘疼痛等消化不良症状评分;检测治疗前后胃动素、胃泌素、肿瘤坏死因子- α (TNF- α),白细胞介素-6(IL-6)和前列腺素E₂(PGE₂)水平;随访1个月后复查胃镜和幽门螺杆菌(Hp)检测;记录两组患者穴位贴敷出现的不良反应。**结果:**观察组患者胃镜疗效优于对照组($Z=2.015, P<0.05$),观察组患者中医证候疗效优于对照组($Z=2.663, P<0.01$);观察组胃脘痞满、胃脘疼痛、食后腹胀、早饱、纳呆、呃逆、泛酸、暖气、恶心呕吐等消化不良症状评分均低于对照组($P<0.01$);观察组Hp阴转率为93.64%,高于对照组的84.11%($\chi^2=5.002, P<0.05$);观察组患者血清TNF- α , IL-6水平均低于对照组, PGE₂水平高于对照组($P<0.01$);观察组患者胃动素和胃泌素水平均高于对照组($P<0.01$);观察组6例患者出现轻度红斑、瘙痒,作对症处理后消失。**结论:**采用吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷辅助治疗CNAG患者可显著减轻临床症状,促使HP阴转,提高临床疗效,并能调节胃肠激素和抑制炎症因子释放,起到保护胃黏膜,改善胃肠功能的作用,临床使用安全。

[关键词] 慢性非萎缩性胃炎; 吴茱萸槟榔汤; 外治; 胃肠功能; 炎症因子

[中图分类号] R22; R242; R2-031; R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)12-0104-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20190729

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20181218.1705.011.html>

[网络出版时间] 2018-12-20 14:03

Clinical Effect of Acupoint Application Therapy of Modified Wuzhuyu Binglang Tang on Chronic Non-atrophic Gastritis

JING Xiao-lei¹, ZHANG Yong-qin^{1*}, GU Ya-jiao², FEI Jing-lan²

(1. Nursing Schools Henan, University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China;

2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of acupoint application therapy of modified Wuzhuyu Binglang Tang on chronic non-atrophic gastritis (CNAG) and the mechanism of action. **Method:** Two hundred and seventeen patients were randomly divided into control group (107 cases) and observation group (110 cases) by random number table. Both groups' patients got Omeprazole enteric-coated tablets half an hour before meals, 20 mg/time, 2 times/day, bismuth potassium citrate tablets half an hour before meals, 2 tablets/time, 2 times/day, amoxicillin capsules after meals, 1.0 g/time, 2 times/day, two dimensional furazolidone tablets after meals,

[收稿日期] 20181009(013)

[基金项目] 河南省教育厅基金项目(2014B320010)

[第一作者] 井晓磊, 硕士, 讲师, 从事临床护理的教学、科研工作, E-mail: zhang123@alyun.net.cn

[通信作者] *张勇勤, 硕士, 教授, 从事中医临床、教学、科研工作, E-mail: zhang123@alyun.net.cn

1 tablet/time, 2 times/day, mosapride citrate tablets, 5 mg/time, 3 times/day. The treatment lasted for 2 weeks. Patients in observation group got acupoint application of modified Wuzhuyu Binglang Tang at Zhongwan, Weiyu, Geyu, Shenyu and Piyu for 6 h/day, 1 time/day. And the patients in control group got model drug at the same acupoints. Before and after treatment, epigastric fullness and epigastric pain were scored. Levels of motilin, gastrin, tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6) and prostaglandin E₂ (PGE₂) were detected. In 1-month follow-up visit, Hp and adverse reaction were detected under gastroscop. **Result:** The clinical effect in observation group under gastroscop was better than that in control group ($Z = 2.015, P < 0.05$), and the scores of traditional Chinese medicine symptoms in observation group was better than those in control group ($Z = 2.663, P < 0.01$). And scores of epigastric fullness, epigastric pain, post-food abdominal distention, early satiety, nausea, hiccup, pantothenic acid, heating, nausea and vomiting were lower than those in control group ($P < 0.01$). The negative conversion rate of Hp in observation group was 93.64%, which was higher than 84.11% in control group ($\chi^2 = 5.002, P < 0.05$). And levels of TNF- α and IL-6 were lower than those in control group, PGE₂ was higher than that in control group ($P < 0.01$). And mild erythema and itching disappeared after symptomatic treatment. **Conclusion:** The acupoint application therapy of modified Wuzhuyu Binglang Tang can relieve the clinical symptoms, promote the negative conversion rate of Hp, improve the clinical effect, regulate gastrointestinal hormones, inhibiting release of inflammatory factors, protect gastric mucosa, and improve gastrointestinal function, with safety in clinic use.

[**Key words**] chronic non-atrophic gastritis; Wuzhuyu Binglang Tang; external treatment; gastrointestinal function; inflammatory factors

慢性非萎缩性胃炎(CNAG)占各型慢性胃炎的59.3%,为胃黏膜发生的慢性非萎缩性炎症性病变,为胃黏膜以淋巴细胞和浆细胞浸润为主并可能伴有糜烂、胆汁反流的慢性炎症。表现为腹痛、腹胀、餐后饱胀、早饱感、反酸、嗝气等非特异性消化不良症状,幽门螺杆菌(Hp)感染为主要原因,还与吸烟、饮酒、食物刺激、药物、反流、环境变化、精神紧张等多种因素相关。除抗Hp治疗外,现代医学给予制酸、保护胃黏膜、消化酶制剂、促动力药等对症处理,目前缺乏特效治疗方法,我国Hp对多种、多重抗生素耐药率呈上升趋势,导致其根除率下降^[1-2]。

CNAG属于中医胃痛、嘈杂、胃痞等范畴,胃以和降为顺,因滞而病,多种因素可损伤脾胃,运化失司,升降失常而致,其病位在胃,与肝、脾两脏密切相关,多为本虚标实之证。中医治疗有着悠久的历史 and 独特优势,并形成了中医、中西医结合治疗的共识^[1,3]。CNAG治疗目的在于改善症状,提高患者的生活质量,并防止病情的进展,临床以内服药治疗为主,外治也是重要的手段,穴位贴敷是中医重要的外治法,集中药效和经络输穴功能于一体,在CNAG中医外治中起着重要作用,且安全^[1,4]。吴茱萸槟榔汤源于《外台秘要》,原方用于“闷,心下坚,背膊痛,上气欲死者”,能理气消积,破毒止痛。方中主药槟榔味苦、辛,性温,归脾、胃、大肠经,具有杀虫、

消积,下气,行水等功效,含生物碱、缩合鞣质、酚类、油脂等活性成分,能兴奋胆碱受体,使胃肠平滑肌张力升高,增加胃肠蠕动,增强唾液分泌,促进消化;抑制幽门螺旋杆菌等^[5-6]。吴茱萸性热,味辛、苦,归肝、脾、胃、肾经,能散寒止痛、降逆止呕,具有镇痛、抗炎、抗胃溃疡、止呕、止泻等作用,广泛用于消化系统的治疗^[7]。笔者以吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷辅助治疗CNAG取得了较好的效果。本研究采用随机、双盲、安慰剂对照的方法评价了吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷辅助治疗CNAG的疗效与作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经河南中医药大学第一附属医院伦理委员会审查批准(批号ZYFY20160536),共选择2016年8月至2017年12月本院住院部和门诊部符合要求的患者共计240例,采用SAS软件生成的随机表分为对照组和观察组各120例。对照组,男68例,女52例;年龄32~65岁,平均(42.2±12.7)岁;病程1~15年,平均(5.1±3.9)年;证型分布,脾胃虚寒证44例,肝郁气滞证40例,胃络瘀阻证36例。观察组,男64例,女56例;年龄29~64岁,平均(41.8±13.4)岁;病程1~13年,平均(5.3±3.6)年;证型分布,脾胃虚寒证47例,肝郁气滞证43例,胃络瘀阻证30例。研究期间,对照组脱落、失访13例,完成107例;观察组脱落、失访10例,

完成110例。两组患者以上基线资料组间比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 CNAG 诊断标准 参照2013中华医学会消化病学分会制定的共识^[2],有非特异性消化不良症状,并经胃镜病理检测确诊。Hp检测采用¹⁴C-尿素呼气实验。

1.2.2 中医证候辨证标准 参照2011年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的共识^[8],①脾胃虚寒证,主证为胃脘隐痛;喜按喜暖;泛吐清水。次证为食后胀满;纳呆少食;大便稀溏;神疲乏力;舌质淡有齿痕,苔薄白;脉沉细。②肝郁气滞证,主证为胃脘胀痛或痛窜两胁;每于情志因素而痛作;脉弦。次证为嗝气频繁;胸闷喜太息;不思饮食;精神抑郁;舌质淡红,苔薄白。③胃络瘀阻证,主证为胃脘痛有定处,拒按;舌质暗红或紫暗,有瘀点瘀斑。次证为胃痛日久不愈;大便色黑;面色晦暗;脉弦涩。证型确定,具备主证2项加次证1项,或主证第1项加次证2项。

1.3 纳入标准 ①有消化不良症状,符合CNAG的西医诊断标准,Hp检测均为阳性者;②符合中医脾胃虚寒、肝郁气滞证、或胃络瘀阻证辨证者;③年龄18~65岁,男女不限;④近1个月未采用过中西医药物治疗者;⑤患者同意配合研究,并取得其知情同意书者。

1.4 排除标准 ①病理证实为胃癌或慢性萎缩性胃炎者;②特殊类型胃炎,如化学性、放射性、淋巴细胞性、肉芽肿性、嗜酸细胞性以及其他感染性疾病所致者;③合并消化性溃疡、胃食管反流病、胃息肉者;④中医辨证为肝胃郁热证、脾胃湿热证或胃阴不足证者;⑤合并精神分裂症、抑郁症、焦虑症等精神疾病者;⑥合并心、脑、肝、肾、血液、呼吸等系统原发严重疾病者;⑦妊娠或哺乳期妇女;⑧有消化道手术史者;⑨过敏体质或对研究已知药物成分过敏者。

1.5 治疗方法 两组均参照共识^[9]进行4联根治疗法:奥美拉唑肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字J20130093),20 mg/次,2次/d,饭前半小时口服;枸橼酸铋钾片(丽珠集团丽珠制药厂,国药准字H10900084),2片/次,2次/d,饭前半小时口服;阿莫西林胶囊(联邦制药厂有限公司,HC20150055),1.0 g/次,2次/d,饭后即服,二维呋喃唑酮片(哈药集团三精制药四厂有限公司,国药准字H23022640),1片/次,2次/d,饭后即服。枸橼酸莫沙必利片[住友制药(苏州)有限公司,国药准字J20140149],5 mg/次,3次/d,口服。

观察组采用吴茱萸槟榔汤加减穴位敷贴。药物制备:槟榔80 g,吴茱萸80 g,白蔻仁50 g,延胡索30 g,木香20 g,砂仁20 g,荜拔20 g,按上述比例,研粉备用(饮片均由河南中医药大学第一附属医院中药房提供,并经本院高级中药师检验合格)。穴位为中脘、胃俞、膈俞、神阙、脾俞。方法为用时以姜汁、蜂蜜等为溶媒调敷于上述穴位,直径约2~3 cm,厚度0.3~0.5 cm,胶布固定,药膏置于各穴处,采用6 cm×6 cm无菌敷贴;持续6 h·d⁻¹,1次/d。对照组穴位的选择同观察组,以淀粉、色素调成药膏贴敷,贴敷方式与持续时间同观察组。疗程均为2周。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①消化不良症状评分,包括胃脘痞满、胃脘疼痛、食后腹胀、早饱、纳呆、呃逆、泛酸、嗝气、恶心呕吐等症状,分级与评分标准参照《胃肠疾病中医证候评分表》^[10],治疗前后各评价1次,由不参加本研究的同一医生进行评价。②胃镜检查,随访1个月后复查。疗效标准^[8],痊愈,胃黏膜正常;显效,胃黏膜病变积分减少2级以上,有效,胃黏膜病变积分减少1级;无效,胃黏膜病变无改变或加重。

1.6.2 次要疗效指标 ①胃动素、胃泌素采用放射免疫法测定,试剂盒由军事医学科学院提供,批号分别为20171109,20171074,治疗前后各检测1次。②肿瘤坏死因子- α (TNF- α),白细胞介素-6(IL-6)和血清前列腺素E₂(PGE₂)采用双抗体夹心酶联免疫吸附法检测,试剂由南京建成生物科技公司提供,批号分别为20180142,20171235,20180107,治疗前后各检测1次。③Hp检测,随访1个月,采用¹⁴C-尿素呼气实验复查Hp阴转情况。④安全性评价,记录两组穴位贴敷出现的不良反应。

1.7 疗效标准 中医证候疗效标准^[8],疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。痊愈,疗效指数≥90%;显效,70%≤疗效指数<90%;有效,30%≤疗效指数<70%;疗效指数<30%。

1.8 统计学处理 采用SPSS 20.0统计分析软件,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,均以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃镜疗效比较 经秩和检验,观察组患者胃镜疗效优于对照组($Z = 2.015, P < 0.05$),见表1。

表 1 两组患者胃镜疗效比较

Table 1 Comparison of effect of two groups under gastroscope 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
对照	107	42	29	21	15
观察	110	55 ¹⁾	31	19	5

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者中医证候疗效比较 经秩和检验,观察组患者中医证候疗效优于对照组($Z = 2.663, P < 0.01$),见表 2。

2.3 两组患者治疗前后消化不良症状评分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者胃脘痞满、胃脘疼痛、食后腹胀、早饱、纳呆、呃逆、泛酸、嗝气、恶心

表 3 两组患者治疗前后消化不良症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of scores of indigestion in two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	胃脘痞满	胃脘疼痛	食后腹胀	早饱	纳呆
对照	107	治疗前	4.94 ± 0.82	4.37 ± 0.69	5.15 ± 0.93	4.74 ± 0.65	4.52 ± 0.60
		治疗后	1.02 ± 0.46 ¹⁾	0.92 ± 0.40 ¹⁾	1.14 ± 0.53 ¹⁾	0.96 ± 0.43 ¹⁾	0.92 ± 0.44 ¹⁾
观察	110	治疗前	5.03 ± 0.89	4.42 ± 0.76	5.09 ± 0.96	4.80 ± 0.77	4.49 ± 0.63
		治疗后	0.55 ± 0.24 ^{1,2)}	0.63 ± 0.25 ^{1,2)}	0.51 ± 0.22 ^{1,2)}	0.46 ± 0.19 ^{1,2)}	0.46 ± 0.17 ^{1,2)}

组别	例数	时间	呃逆	泛酸	嗝气	恶心呕吐
对照	107	治疗前	4.48 ± 0.72	4.29 ± 0.66	4.69 ± 0.73	4.15 ± 0.52
		治疗后	0.87 ± 0.38 ¹⁾	0.90 ± 0.39 ¹⁾	0.95 ± 0.42 ¹⁾	0.91 ± 0.46 ¹⁾
观察	110	治疗前	4.54 ± 0.71	4.33 ± 0.75	4.76 ± 0.84	4.21 ± 0.67
		治疗后	0.40 ± 0.15 ^{1,2)}	0.37 ± 0.16 ^{1,2)}	0.45 ± 0.18 ^{1,2)}	0.44 ± 0.20 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与治疗后对照组比较²⁾ $P < 0.01$ (表 4,6 同)。

表 4 两组患者治疗前后胃动素和胃泌素水平比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of levels of motilin and gastrin in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$

组别	例数	时间	胃泌素	胃动素
对照	107	治疗前	110.47 ± 17.52	181.65 ± 23.42
		治疗后	126.39 ± 20.48 ¹⁾	218.77 ± 26.85 ¹⁾
观察	110	治疗前	108.82 ± 16.36	179.43 ± 21.87
		治疗后	141.56 ± 21.37 ^{1,2)}	241.26 ± 28.92 ^{1,2)}

2.5 两组患者 Hp 阴转情况比较 观察组 Hp 阴转率为 93.64%,高于对照组的 84.11% ($\chi^2 = 5.002, P < 0.05$)。见表 5。

2.6 两组患者治疗前后血清 TNF- α , IL-6, PGE₂ 变化情况比较 治疗后两组患者血清 TNF- α , IL-6 水平显著下降, PGE₂ 水平升高 ($P < 0.01$), 治疗后观察组患者血清 TNF- α , IL-6 水平低于对照组, PGE₂ 水平高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 6。

表 2 两组患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of effect of TCM syndrome in two groups 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
对照	107	40	33	18	16
观察	110	57 ¹⁾	36	12	5

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

呕吐等消化不良症状评分均显著降低 ($P < 0.01$), 与对照组治疗后比较, 观察组患者上述消化不良症状评分下降更为显著 ($P < 0.01$), 见表 3。

2.4 两组患者治疗前后胃动素和胃泌素水平比较 与本组治疗前比较, 治疗后两组患者胃动素和胃泌素水平均明显上升 ($P < 0.01$), 治疗后观察组患者胃动素和胃泌素水平高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 4。

表 5 两组患者 Hp 阴转情况比较

Table 5 Comparison of negative rotation of Hp in two groups

组别	例数	Hp 阴转/例	Hp 阴转率/%
对照	107	90	84.11
观察	110	103	93.64 ¹⁾

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 6 两组患者治疗前后血清 TNF- α , IL-6 和 PGE₂ 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 6 Comparison of levels of TNF- α , IL-6 and PGE₂ in two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TNF- α /ng·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	PGE ₂ /μg·L ⁻¹
对照	107	治疗前	31.47 ± 6.58	28.17 ± 6.02	2.65 ± 0.63
		治疗后	25.63 ± 5.27 ¹⁾	22.53 ± 4.78 ¹⁾	4.81 ± 0.78 ¹⁾
观察	110	治疗前	32.22 ± 6.76	29.42 ± 6.35	2.58 ± 0.67
		治疗后	19.58 ± 4.94 ^{1,2)}	17.39 ± 4.24 ^{1,2)}	5.96 ± 1.03 ^{1,2)}

2.7 两组安全性比较 对照组患者穴位贴敷无

明显过敏反应情况发生,观察组有 6 例患者出现轻度红斑、瘙痒,作对症处理后消失。两组均无严重不良事件发生。

3 讨论

CNAG 以非特异性消化不良症状为主要表现,也可无症状。CNAG 有向萎缩性胃炎—肠上皮化生—不典型增生—胃癌的演变模式,CNAG 原因复杂多样,病情发展缓慢,病情容易反复发作,因此应采取有效措施积极治疗,以阻断其进展^[11]。Hp 感染均可导致胃黏膜活动性炎症反应和免疫反应,是使 CNAG 向萎缩性胃炎转变的重要原因,根除 Hp 治疗可抑制胃炎的慢性活动,也可使部分患者的消化不良症状得到改善^[2,12]。抗酸或抑酸治疗对胃黏膜糜烂及反酸、上腹痛改善有较好疗效,促动力药可改善上腹饱胀、恶心或呕吐、反酸等症状,胃黏膜保护药可阻止胃黏膜的损伤因子对胃黏膜的破坏,有利于损伤修复。我国多采用铋剂四联,14 d 疗程的方案,Hp 根除率 85%~94%,但存在地区差异,其中 Hp 对抗菌药物耐药率上升是其根除率下降的主要原因^[12]。

中医认为本病与情志失和、饮食不调(过食辛辣、生冷、油腻食物、饥饱失常、嗜烟嗜酒等)、外邪犯胃(如 Hp 感染)、药物所伤以及先天禀赋不足等多种因素有关,诸因损脾伤胃,致使脾失健运,胃失和降,中焦枢机不利,气机升降失调而发病。脾胃气虚,气机不调,运化失司,升降失常,而发生气滞、湿阻、寒凝、火郁、血瘀等病理产物,这些病理产物加重脾虚与气机阻滞,从而胃脘痛、胀满之证。病久脾胃虚弱,致脾阳不足,胃失濡养,寒留则气凝,寒邪犯胃,或过食生冷,寒积于中,脾阳受抑,胃气不降^[3,13]。《景岳全书·心腹痛》载:“胃脘痛证,多有因食,因寒,因气不顺者,然因食因寒,亦无不皆关于气。盖食停则气滞,寒留则气凝。所以治痛之要,但察其果属实邪,皆当以理气为主。”

穴位贴敷是中医治疗 CNAG 的特色外治方法,本组贴敷方中槟榔消积、下气,吴茱萸散寒止痛、降逆止呕,重用二者均君。白蔻仁化湿行气、温中止呕、开胃消食,延胡索活血、行气、止痛,二者为臣药;木香行气止痛、健胃消食,砂仁化湿开胃、温脾理气,萹拔温中散寒、下气止痛、醒脾开胃,共为佐药。全方合用共奏理气消滞,温胃止痛之功。药理研究显示槟榔碱有较强的促胃肠运动作用,促进胃肠腺体分泌,以增强胃排空,有类 M 受体激动剂作用^[6];槟榔碱是通过作用 M3 受体,促进兔远端小肠

蠕动^[14];槟榔碱增强胃平滑肌收缩幅度,升高胃动素,下调血管活性肠肽,促进功能性消化不良模型大鼠胃动力^[15]。吴茱萸次碱促进内源性降钙素相关基因多肽的释放和辣椒素受体的激活而发挥抗胃溃疡的作用,吴茱萸喹诺酮化合物具有抗 HP 活性^[7]。吴茱萸止呕作用在于抑制胃痉挛性收缩,减轻胃运动亢进,抑制胃排空和肠推进的作用^[7]。穴位贴敷基于“理本内治,用本经络,药同内治”理论经,通过药物和腧穴的共同作用,药气渗透于经脉,发挥穴效,不仅通过皮肤吸收药物,而且刺激穴位,起到药物内服与针刺的共同作用,以提高疾病的治疗效果^[16]。本组选择的穴位中胃俞、中脘能健脾和胃,消滞止痛,理中降逆。膈俞理气宽胸、化痰通脉。脾俞健脾和胃,利湿升清。神阙内联内连十二经脉,五脏六腑,能温经散寒,理气止痛。

本研究笔者采用随机、双盲、安慰剂对照的方法评价了吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷治疗 CNAG 的疗效,结果显示观察组患者胃镜疗效和中医证候疗效均优于对照组,观察组胃脘痞满、胃脘疼痛等消化不良症状评分低于对照组,观察组 Hp 阴转率高于对照组,提示了吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷可显著的改善 CNAG 的临床症状,提高 Hp 阴转率,胃镜疗效和中医证候疗效均优于单纯西医治疗。

胃动素是一种胃肠动力起兴奋作用脑肠肽,能促进胃肠道蠕动及小肠分节运动,能刺激胃分泌胃蛋白酶,促进消化,其分泌不足可导致胃肠平滑肌松弛,胃运动减弱,胃排空时间延长,出现胃脘饱胀、嗝气、泛酸等症状^[17]。胃泌素能刺激胃细胞壁促进胃酸分泌,刺激胃蛋白酶原分泌,松弛幽门括约肌,促进胃肠道平滑肌收缩等,通过调节胃酸分泌,刺激胃窦收缩,促进胃、胆囊、胰腺和小肠等其他消化器官的功能活动^[18]。本研究显示治疗后观察组患者胃动素和胃泌素水平高于对照组,提示了吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷能提高 CNAG 患者的胃动素和胃泌素水平,改善了患者的胃肠功能,从而减轻了消化不良症状,促进了疾病的康复。

Hp 感染会诱发大量的炎症因子产生,导致胃黏膜炎症反应,破坏胃黏膜屏障,引起临床症状。其中 TNF- α 、IL-6 是 CNAG 患者胃黏膜上皮细胞释放的促炎因子,造成胃黏膜损伤;而 PGE₂ 可抑制肥大细胞分泌炎症介质、溶酶体,减轻炎症反应程度,并具有保护胃黏膜、增加胃黏液量、胃黏膜血流量^[19-20]。本研究显示治疗后观察组 IL-6 和 TNF- α 水平下降并低于对照组,PGE₂ 水平升高并高于对照组,提示

吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷减轻 CNAG 患者促炎因子水平,起到了保护胃黏膜的作用。

综上,在西医常规治疗的基础上,采用吴茱萸槟榔汤加减穴位贴敷治疗 CNAG 患者可显著减轻临床症状,促使 HP 阴转,提高临床疗效,并能调节胃肠激素和抑制炎症因子释放,起到保护胃黏膜,改善胃肠功能的作用。

[参考文献]

[1] 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.

[2] 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):24-37.

[3] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7):3060-3064.

[4] 唐艳红, 汪莉, 周武坚, 等. 穴位贴敷联合雷火灸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的效果观察[J]. 广西中医药大学学报, 2014, 17(2):17-19.

[5] 刘东林, 王小莹, 杨冰, 等. 槟榔药理毒理研究进展[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(14):2273-2275.

[6] 蒋志, 陈其城, 曹立幸, 等. 槟榔及其活性物质的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(11):1684-1687.

[7] 杨志欣, 孟永海, 王秋红, 等. 吴茱萸药理作用及其物质基础研究概况[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(11):2415-2417.

[8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):738-743.

[9] Fallone C A, Chiba N, van Zanten S V, et al. The toronto consensus for the treatment of helicobacter pylori infection in adults [J]. Gastroenterology, 2016, 151(1):51-69.

[10] 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]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11):2701-2703.

[11] 陈润花, 张厂, 苏泽琦, 等. 非萎缩性胃炎到萎缩性胃炎的中医证候演变研究[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(5):310-314.

[12] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2017, 22(6):321-324.

[13] 张北华, 高蕊, 李振华, 等. 中医药治疗慢性胃炎的专家经验数据挖掘分析[J]. 中医杂志, 2015, 56(8):704-708.

[14] XIE D P, CHEN L B, LIU C Y, et al. Arecoline excites the colonic smooth muscle motility via M3 receptor in rabbits[J]. Chin J Physiol, 2004, 47(2):89-94.

[15] 邹百仓, 董蕾, 魏陆新, 等. 槟榔对胃运动和胃肠激素的影响[J]. 陕西中医, 2007, 28(3):370-372.

[16] 张莘, 张选平, 贾春生, 等. 基于数据挖掘的穴位贴敷疗法运用特点研究[J]. 针刺研究, 2012, 37(5):416-421.

[17] 陈海山, 龚锦容, 黄朝忠, 等. 功能性消化不良与胃黏膜肥大细胞、血浆胃动素的关系[J]. 胃肠病学, 2015, 20(9):533-537.

[18] 胡丽波, 谢津璧, 万坚, 等. 血清胃蛋白酶原及胃泌素在胃部疾病中的表达及意义[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2015, 24(3):281-283.

[19] 邓智武, 黄健虹, 梁晓海. 益气养阴化癖汤对慢性胃炎胃黏膜 COX-2 值、血清 PGE₂ 值水平变化影响及临床治疗效果分析[J]. 环球中医药, 2018, 11(6):949-952.

[20] 胡恒. 康复新液对幽门螺杆菌阳性胃炎患者胃黏膜改善情况、症状改善情况及临床疗效分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(10):775-778.

[责任编辑 张丰丰]