

·针灸推拿·

本文引用:陈玲,唐雷,徐派的,许珍珍.木香顺气散联合恒温雷火灸对萎缩性胃炎血清胃泌素-17及胃蛋白酶原的影响[J].湖南中医药大学学报,2019,39(9):1133-1137.

木香顺气散联合恒温雷火灸对萎缩性胃炎血清胃泌素-17及胃蛋白酶原的影响

陈玲¹,唐雷²,徐派的³,许珍珍^{1*}

(1.湖北省荆州市中医医院,湖北 荆州 434000;2.华中科技大学同济医学院附属武汉市中心医院 湖北 武汉 430014;
3.湖北中医药大学针灸骨伤学院,湖北 武汉 430065)

[摘要] **目的** 探讨木香顺气散联合恒温雷火灸治疗萎缩性胃炎的临床疗效及对患者血清胃泌素-17(gastrin-17,G-17)、胃蛋白酶原(Pepsinogen, PG)的影响。**方法** 将萎缩性胃炎患者90例随机分为对照组和观察组,各45例。对照组口服雷贝拉唑,20 mg/次,早7点与晚9点服用;阿莫西林:1 g/次;克拉霉素:0.5 g/次,均早餐与晚餐1 h后服用。观察组在对照组基础上采取木香顺气散与恒温雷火灸治疗,木香顺气散:8 g/次,三餐前开水冲服;恒温雷火灸:取双侧足三里、神阙、中脘四穴,1次/d,10~20 min/次。两组患者均连续治疗2周,比较两组患者治疗后中医症状积分、临床疗效及幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp)转阴率,检测两组患者治疗前后的G-17及PGI、PG II、PG I/PG II比值水平。**结果** 观察组总有效率为95.56%,明显高于对照组的77.78%($P<0.05$)。治疗后,两组患者中医症状积分均较治疗前下降,且观察组症状积分显著低于对照组($P<0.01$);两组患者G-17、PG I、PG I/PG II比值水平均较治疗前升高,观察组PG II较治疗前升高($P<0.01$),且观察组G-17、PG I、PG I/PG II比值水平均高于对照组($P<0.01$);观察组Hp根除率高于对照组($P<0.01$)。**结论** 木香顺气散联合恒温雷火灸治疗萎缩性胃炎,可促进患者血清G-17及PG水平的提高,避免胃黏膜进一步萎缩,提高了综合疗效。

[关键词] 萎缩性胃炎;木香顺气散;恒温雷火灸;血清胃泌素-17;胃蛋白酶原

[中图分类号]R259 **[文献标志码]**B **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.09.018

Effects of Muxiang Shunqi Powder Combined with Constant Temperature Thunder-fire Moxibustion on Serum Gastrin-17 and Pepsinogen in Patients with Atrophic Gastritis

CHEN Ling¹, TANG Lei², XU Paidi³, XU Zhenzhen^{1*}

(1. Jingzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jingzhou, Hubei 434000, China; 2. The Central Hospital of Wuhan, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei 430014, China; 3. College of Acupuncture and Orthopedics, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, Hubei 430065, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical efficacy of Muxiang Shunqi Powder combined with constant temperature thunder-fire moxibustion in atrophic gastritis and its effects on serum gastrin-17 (G-17) and pepsinogen (PG). **Methods** A total of 90 patients with atrophic gastritis were randomly divided into control group (45 cases) and observation group (45 cases). The control group was orally given rabeprazole 20 mg/time at 7 a.m. and 9 p.m., and amoxicillin 1 g/time and clarithromycin 0.5 g/time at 1 h after breakfast and dinner. The observation group was treated with Muxiang Shunqi Powder and constant temperature thunder-fire moxibustion on the treatment basis of the control group. Muxiang Shunqi Powder: 8 g/time, taking after mixing it with boiling water before 3 meals. Constant temperature thunder-fire moxibustion: Zusanli (ST 36), Shenque (CV 8) and Zhongwan (CV 12) on both sides were selected 1 time/d, 10-20 min/time. Both groups were treated for 2 weeks. Scores of traditional Chinese medicine (TCM) symptom, clinical efficacy and negative conversion rates of Helicobacter pylori (Hp) were compared

[收稿日期]2019-01-04

[基金项目]国家自然科学基金资助项目(81704178)。

[作者简介]陈玲,女,主管护师,大专,研究方向:消化内科临床护理。

[通讯作者]*许珍珍,女,副主任护师,本科,E-mail:123214921@qq.com。

between the 2 groups. Levels of G-17, PGI, PGII and PGI/PGII in the 2 groups were detected before and after the treatment. **Results** The total effective rate in the observation group was 95.56%, which was significantly higher than 77.78% in the control group ($P<0.05$). After the treatment, the scores of TCM symptom in the 2 groups were decreased compared to those before the treatment, and the score in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P<0.01$); the levels of G-17, PGI and PGI/PGII were increased compared to those before the treatment, and the PGII in the observation group was higher than that before the treatment ($P<0.01$); the levels of G-17, PGI, PG II and PGI/PGII in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.01$); the eradication rate of Hp in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.01$). **Conclusion** Muxiang Shunqi Powder combined with constant temperature thunder-fire moxibustion can improve the level of serum gastrin-17 and pepsinogen in patients with atrophic gastritis, avoid further atrophy of gastric mucosa and improve the comprehensive efficacy.

[**Keywords**] atrophic gastritis; Muxiang Shunqi Powder; constant temperature thunder-fire moxibustion; serum gastrin-17; pepsinogen

萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和腺体萎缩,腺体数目减少,胃黏膜变薄,黏膜基层增厚,或伴幽门腺化生和肠腺化生,或有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病,常表现为上腹部隐痛、胀满、嗝气、食欲不振或消瘦、贫血等。80%的患者致病因素为幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染^[1],为肠型胃癌的癌前病变危象^[2]。多发生于中老年人,其发病缓慢而缠绵难愈,血清学检查在疾病的诊断及判断病情方面发挥着重要意义^[3]。临床多以血清胃泌素-17及胃蛋白酶原检测来准确反映萎缩性胃炎的胃黏膜腺体萎缩程度^[4]。多年实验研究证明,中医药治疗慢性萎缩性胃炎具有显著优势,不仅能很好地改善患者的临床症状,并能有效地阻止或逆转癌前病变^[5]。近年来,荆州市中医医院采用木香顺气散联合恒温雷火灸治疗萎缩性胃炎,有效改善了血清学检查的不良指标,取得了满意的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年9月~2018年4月入住本院消化内科,符合《内科学》^[6]及《中药新药临床研究指导原则》^[7]诊断标准,并经胃镜确诊、病理学证实符合《中国慢性胃炎共识意见》^[8]诊断为慢性萎缩性胃炎患者90例,随机分为对照组和观察组,各45例。对照组男30例,女15例,年龄40~64(51.03±10.71)岁,病程2~5(3.53±1.41)年;观察组男31例,女14例,年龄41~65(52.07±10.51)岁,病程3~6(4.63±1.33)年。两组患者性别、年龄、病程等临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本次研究在我院伦理委员会批准下进行。

1.2 病例选择标准

(1)纳入标准:①符合以上中西医诊断标准;②年龄40~65岁;③依从性良好;④自愿签署知情同意书。(2)排除标准:①胃切除术后或近期服用过可影响检测结果的相关药物者;②伴有其他脏腑严重功能障碍、恶性肿瘤及血液疾病者;③孕产妇和精神类疾病者;④对本次研究所用药物有过敏史者;

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 口服雷贝拉唑(珠海润都制药股份有限公司生产,国药准字:H20110076,规格:20 mg*7粒)1片/次,早7时(餐前)与晚9时(睡前)各服用1次;阿莫西林(昆明积大制药股份有限公司生产,国药准字:H53020651,规格:0.25 g*48粒)4片/次,早、晚餐后1 h各服用1次;克拉霉素(海南普利制药股份有限公司生产,国药准字:H20051296,规格:0.5 g*7粒)1片/次,早、晚餐后1 h各服用1次。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采取木香顺气散与恒温雷火灸治疗。(1)木香顺气散药物组方:木香、香附、槟榔、青皮、陈皮、厚朴、苍术、枳壳、黄芩、麦芽、干姜、党参、砂仁各30 g,黄连20 g,炙甘草15 g。大便秘结者加大黄20 g以泻下通便。上药方由医院制剂室研制成丸剂,每次8 g三餐前开水送服。(2)恒温雷火灸治疗方法:取双侧足三里、神阙、中脘4个穴。嘱患者仰卧位,露出穴位部位,将雷火灸条点燃,在每个穴位上方2~3 cm处实施温和灸治疗,灸至穴位处皮肤发红为准,每个穴位约10~20 min,1次/d。若患者治疗时导致穴位处皮肤发黑不用紧张,停灸后可自然消退^[9]。

两组患者均连续治疗2周。

1.4 观察指标及疗效评价标准

1.4.1 观察指标 (1)两组患者治疗后的总有效率;

(2)两组患者血清胃泌素-17(gastrin-17, G-17)及胃蛋白酶原[PG I (Pepsinogen I)、PG II、PG I/PG II 比值]水平;(3)症状积分:参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]制定,按症状轻重对胃痛胃胀、反酸暖气、呃逆烧心、纳差及乏力进行评分,正常=0分、轻度=1分、中度=2分、重度=3分。(4)Hp 转阴率,采用 14C 尿素呼气试验检测 Hp 转阴例数。

1.4.2 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]中慢性萎缩性胃炎的疗效标准拟定。痊愈:疗效指数≥90%,胃镜检查黏膜慢性炎症明显好转,病理组织学证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生消失;显效:疗效指数≥70%,胃镜检查黏膜慢性炎症好转,病理组织学证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻≥2个级度;有效:疗效指数≥30%,胃镜检查黏膜病变范围缩小≥50%,病理组织学证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻≥1个级度;无效:疗效指数<30%,胃镜检查黏膜病变范围及病理组织学检查无逆转或恶化。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

经 SPSS 20.0 统计学软件对研究数据进行处理,计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 *t* 检验,计数资料用百分率(%)表示,采取 χ^2 检验,以 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组痊愈率、总有效率(44.44%、95.56%)明

显高于对照组(24.44%、77.78%),差异具有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 两组萎缩性胃炎患者临床疗效比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	20(44.44)*	11(24.44)	12(26.66)	2(4.44)	43(95.56)*
对照组	45	11(24.44)	9(20.00)	15(33.33)	10(22.22)	35(77.78)
χ^2 值						6.154
<i>P</i> 值						0.013

注:与对照组比较,**P*<0.05

2.2 两组患者治疗前后症状积分比较

两组患者治疗前各症状积分的差异均无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,两组患者症状积分均显著下降(*P*<0.01),且观察组下降更为明显,与对照组比较差异具有统计学意义(*P*<0.01),见表 2。

2.3 两组患者血清 G-17 及 PG 水平比较

两组患者治疗前 G-17、PG I、PG II、PG I/PG II 比值水平比较差异无统计学意义(*P*>0.05);两组患者治疗后的 G-17、PG I、PG I/PG II 比值水平均较治疗前明显升高(*P*<0.01),观察组治疗后 PG II 较治疗前升高(*P*<0.01);治疗后与对照组相比,观察组 G-17、PG I、PG II、PG I/PG II 水平升高更为显著,差异具有统计学意义(*P*<0.01)。但对照组 PG II 水平治疗前后比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),见表 3。

2.4 两组患者 Hp 根除情况比较

观察组 Hp 根除率(93.33%)高于对照组(71.11%),差异具有统计学意义(*P*<0.01),见表 4。

表 2 两组萎缩性胃炎患者治疗前后症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	胃痛胃胀				反酸暖气				呃逆烧心			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	3.06±0.32	1.80±0.20*	22.399	<0.001	3.03±0.34	1.72±0.19*	22.562	<0.001	3.00±0.34	1.76±0.20*	21.087	<0.001
观察组	45	3.02±0.33	0.90±0.1**	41.243	<0.001	3.00±0.33	0.93±0.11**	39.919	<0.001	3.04±0.30	0.96±0.12**	40.827	<0.001
<i>t</i> 值		0.584	27			0.425	24.138			0.592	23.009		
<i>P</i> 值		0.561	<0.001			0.672	<0.001			0.555	<0.001		

组别	<i>n</i>	纳差				乏力			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	2.96±0.32	1.81±0.20*	31.643	<0.001	2.92±0.31	1.94±0.21*	17.557	<0.001
观察组	45	3.03±0.30	0.90±0.10**	45.934	<0.001	2.96±0.33	0.90±0.10**	40.076	<0.001
<i>t</i> 值		1.071	8.87			0.593	17.493		
<i>P</i> 值		0.287	<0.001			0.555	<0.001		

注:与同组治疗前比较,**P*<0.01;与对照组治疗后比较,#*P*<0.01

表 3 两组患者血清 G-17 及 PG 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	G-17/(pmol·L ⁻¹)				PGI/(μg·L ⁻¹)			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	45	6.85±0.68	8.96±0.94*	12.2	<0.001	82.58±9.35	105.59±10.94*	10.726	<0.001
观察组	45	6.96±0.71	11.58±1.20*#	22.227	<0.001	79.70±9.13	123.59±13.02*#	18.515	<0.001
t 值		0.751	11.53			1.478	7.1		
P 值		0.455	<0.001			0.143	<0.001		

组别	n	PG II/(μg·L ⁻¹)				PGI/PG II			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	45	10.48±1.65	10.02±1.23	1.449	0.137	8.40±0.86	10.05±1.05*	8.155	<0.001
观察组	45	10.59±1.23	12.09±1.25*#	5.738	<0.001	8.34±0.85	12.18±1.34*#	16.233	<0.001
t 值		0.359	7.918			0.333	8.393		
P 值		0.721	<0.001			0.74	<0.001		

注:与同组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,# $P<0.01$

表 4 两组患者 Hp 根除情况比较(例)

组别	n	根除	未根除	根除率/%
观察组	45	42	3	93.33#
对照组	45	32	13	71.11
χ^2 值				14.294
P 值				<0.001

注:与对照组比较,# $P<0.01$

3 讨论

萎缩性胃炎为临床常见消化系统疾病,以胃黏膜上皮细胞腺体萎缩,黏膜变薄为特点^[1],研究表明其转成胃癌的发生率约为 0.5%~3%,治疗的好坏直接影响着患者的生命安全^[2]。目前临床治疗推崇方案为质子泵抑制剂三联疗法和铋制剂三联疗法。雷贝拉唑为质子泵抑制药物,通过和氢-钾-ATP 酶有效的可逆性结合,迅速发挥抑制胃酸分泌的作用,能为各种基因类型的患者提供相同稳定的胃酸分泌抑制效果^[3]。克拉霉素为大环内酯类,能阻碍细胞核蛋白 50 S 亚基联结抑制蛋白质合成,对肺炎球菌、链球菌属及葡萄球菌等革兰阳性菌具有较强抗菌作用^[4]。阿莫西林为广谱 β -内酰胺类抗生素,药效半衰期为 60 min,胃肠道吸收高达 90%,具有较强的穿透细胞膜能力和杀菌能力^[5],被广泛应用于抗细菌感染的治疗中。质子泵抑制剂三联疗法以保护胃黏膜、抑酸、消除 Hp、保护胃功能来达到治疗的目的,但由于患者病程较长,易出现 Hp 耐药导致病情反复发作使后期疗效欠佳^[6]。

中医学中萎缩性胃炎属于“胃痛”“胃痞”“嘈杂”“痞满”等范畴^[7],其病机特点为本虚标实,责之于虚

和滞,表现为脾胃虚弱,肝郁气滞,日久则生湿热。徐大志等^[8]研究认为萎缩性胃炎的病性类证候要素依次为:气滞>虚寒>热>湿>瘀血。治疗首应行气开郁、益气健脾^[9]。方中木香行气止痛,为君药;香附、枳壳、青皮、陈皮疏肝下气、和胃调中,共为臣药;黄芩、黄连泄热开痞,苍术燥湿运脾,厚朴、砂仁行气化湿,槟榔下气消积,麦芽行气消食、健脾开胃,干姜、党参温补脾胃,俱用为佐药;炙甘草补益脾胃,并调和诸药,为使药;诸药合用共奏行气泄热开郁、益气消食健脾、化湿和胃止痛之功。具有兴奋肠管蠕动、解痉止痛及抗菌作用。现代药理学研究证实,黄芩、黄连对 Hp 具有明显的抑制作用^[20]。恒温雷火灸经热传导给药,通过温散、温通、温补达到散寒,温经、通络的效果^[21],刺激足三里、神阙、中脘以调气血、健脾胃改善其脏腑之功能^[22],缓解胃部疼痛,促进病灶愈合。

本研究结果显示,观察组痊愈率和有效率(44.44%、95.56%)明显高于对照组(24.44%、77.78%)($P<0.05$)。治疗后,观察组中医症状(胃痛胃胀、反酸暖气、呃逆烧心、纳差、乏力)评分明显低于对照组($P<0.01$);观察组 Hp 根除率高于对照组($P<0.01$)。由于 PG 和血清 G-17 水平是反应胃黏膜功能状态的良好指标,两者水平高低可在一定程度上反应胃黏膜腺体的萎缩程度^[23]。故研究中检测了两组患者治疗前后的血清 PG 和 G-17 水平,结果发现:观察组患者治疗后的 G-17、PGI、PG II、PG I/PG II 比值水平均高于对照组($P<0.01$)。提示木香顺气散联合恒温雷火灸能有效提升萎缩性胃炎患者的 PG 及 G-17 的水平,从而促进胃酸分泌及胃黏膜上皮增殖分化,促进食

物蛋白质的分解,阻止胃黏膜进一步萎缩,达到改善临床症状的疗效。

综上所述,木香顺气散联合恒温雷火灸治疗萎缩性胃炎,可有效提高患者血清G-17、PG水平,避免胃黏膜进一步萎缩,疗效稳定,值得运用推广。

参考文献

- [1] 张伟,张振榆.丹参合剂联合四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染48例[J].西部中医药,2018,31(10):91-94.
- [2] 孙涛,袁媛,李兆申.早期胃癌非创伤性检查进展与现状[J].中国实用内科杂志,2014,34(4):421-427.
- [3] 王雪华,曹燕,张剑宏,等.血清胃蛋白酶原联合胃泌素测定在胃癌及萎缩性胃炎中的诊断价值[J].中华临床医师杂志(电子版),2015,9(10):1824.
- [4] 杨莉,孙明军,徐倩,等.血清胃蛋白酶原、促胃液素-17在慢性胃窦部萎缩性胃炎诊断中的价值[J].中华消化杂志,2014,34(7):478-480.
- [5] 姜小艳,李京伟,张竞超,等.萎缩性胃炎致病机制研究概况及中医药实验研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(12):1049-1052.
- [6] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:1285-1287.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:201.
- [8] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(1):5.
- [9] 吕丽英,潘东洪,吕艳,等.恒温雷火灸联合中医养生文化指导在胃脘痛患者健康管理中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(7):69-71.
- [10] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第2辑)[S].1995:108-112.
- [11] 桑凤梅,王松珍,赵方方.香砂六君子汤加味治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的效果观察[J].中外医疗,2015,35(3):152-153.
- [12] LAHNER E, ESPOSITO G, PILOZZI E, et al. Occurrence of gastric cancer and carcinoids in atrophic gastritis during prospective long-term follow up[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2015,50(7):856.
- [13] 姚爱红.雷贝拉唑联合莫沙比利治疗慢性胃炎的临床疗效分析[J].湖南中医药大学学报,2013,33(8):21-22.
- [14] 唐雅菊.参苓白术散治疗慢性胃炎临床疗效观察[J].大家健康,2014(11):36-37.
- [15] 梁丽娟,聂爱英,雷超,等.盐酸小檗碱、阿莫西林、兰索拉唑、铋剂四联疗法根除幽门螺杆菌283例的临床研究[J].中华消化杂志,2017,37(3):167-171.
- [16] 樊春华,陈文剑,胡瑾君.香砂六君子汤加味配合穴位贴敷对慢性萎缩性胃炎肿瘤坏死因子- α 影响的临床分析[J].内蒙古中医药,2016,35(2):8-9.
- [17] 许济群.方剂学[M].上海:上海科学技术出版社,2006:146.
- [18] 徐大志,王艳,张维,等.慢性胃炎常见中医证候及证候要素的文献分析[J].湖南中医药大学学报,2015,35(7):54-56.
- [19] 杨照平.临床常见胃脘痛中医辨证治疗用药(心得)经验[J].双足与保健,2018(19):179-182.
- [20] 张志刚.探讨半夏泻心汤治疗慢性胃炎的临床疗效[J].中医临床研究,2015,7(36):77-78.
- [21] 黄秀,云玉慧,孙慧.恒温雷火灸治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的应用研究[J].护理实践与研究,2017,14(15):138-139.
- [22] 彭小利,杨国红.慢性萎缩性胃炎中医药临床研究进展.中医临床研究,2017,9(10):140-142.
- [23] 杨建华,王炳华,林勇.血清胃蛋白酶原和胃泌素-17对萎缩性胃炎及胃癌患者诊断价值[J].现代检验医学杂志,2016,31(3):51-54.

(本文编辑 匡静之)