

的远期疗效,在抑制疾病复发方面效果更为明显。

综上所述,本研究所应用的疏肝健脾和胃法方药无论是在短期缓解症状还是远期疗效方面均较西药治疗有更为显著的效果,值得在临床实践中应用。

#### [参考文献]

- [1] 王亚. 中医疏肝健脾和胃法治疗功能性消化不良的临床应用研究[J]. 中医临床研究, 2015, 7(13): 114-115.
- [2] 奚锦要, 朱永钦, 朱永苹, 等. 功能性消化不良中医药

临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(2): 83-86.

- [3] 陈晓乐, 禄保平. 功能性消化不良的中西医研究进展[J]. 中医临床研究, 2017, 9(8): 133-137.
- [4] 程秋实, 汪龙德, 刘俊宏, 等. 中医药治疗功能性消化不良的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 70-72.

(责任编辑: 吴凌)

## 益气活血解毒方联合针灸治疗幽门螺杆菌相关性胃病临床观察

鄢雪辉, 郭婷婷, 邓志燕, 王杰

金华市中医医院脾胃病科, 浙江 金华 321000

**[摘要]** 目的: 观察益气活血解毒方配合针灸治疗幽门螺杆菌相关性胃病患者的临床治疗效果。方法: 选择幽门螺杆菌相关性胃病患者 274 例, 按随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 137 例。对照组给予基础药物治疗 (兰索拉唑肠溶片+阿莫西林胶囊+克拉霉素胶囊), 观察组采用针灸加用益气活血解毒方治疗。统计分析 2 组临床疗效, 治疗前后主要症状体征 (胃痛、胃胀、嗳气、少食) 变化, 治疗前后胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII)、PGI/PGII 指标的变化。结果: 观察组与对照组的总有效率分别为 98.54%、87.59%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组胃痛、胃胀、嗳气、少食各项积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组胃痛、胃胀、嗳气、少食各项积分较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 观察组胃痛、胃胀、嗳气、少食各项积分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ); 观察组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 益气活血解毒方联合针灸可以改善幽门螺杆菌相关胃病患者的临床症状体征, 具有较高的临床治疗效果, 同时有效提高胃蛋白酶原水平。

**[关键词]** 幽门螺杆菌; 胃病; 益气活血解毒方; 针灸; 胃蛋白酶原 I (PGI); 胃蛋白酶原 II (PGII)

**[中图分类号]** R573; R246.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 12-0097-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.12.028

## Clinical Observation of Yiqi Huoxue Jiedu Prescription Combined with Acupuncture and Moxibustion for Gastric Disease Concerning Helicobacter Pylori

YAN Xuehui, GUO Tingting, DENG Zhiyan, WANG Jie

**Abstract:** Objective: To observe the clinical effect of Yiqi Huoxue Jiedu prescription combined with acupuncture and moxibustion for patients with gastric disease concerning helicobacter pylori. Methods: Selected 274 cases of patients with gastric disease concerning helicobacter pylori, and divided them into the observation group and the control group randomly, 137 cases in each group. The control group received basic medications (Lansoprazole enteric-coated tablets + Amoxicillin capsules + clarithromycin capsules) for treatment, while the observation group received acupuncture and moxibustion combined

**[收稿日期]** 2018-02-06

**[作者简介]** 鄢雪辉 (1985-), 男, 主治中医师, 研究方向: 脾胃病学。

with Yiqi Huoxue Jiedu prescription. Statistically analyzed the clinical effect in both groups, changes of main symptoms and signs (stomachache, gastric distension, belching, poor appetite) before and after treatment, and changes of indexes of pepsinogen I (PGI) and pepsinogen II (PGII) and PGI/PGII before and after treatment. **Results:** The total effective rate was 98.54% in the observation group and 87.59% in the control group respectively, difference being significant ( $P < 0.05$ ). Before treatment, comparing each score of stomachache, gastric distension, belching and poor appetite in both groups, there was no significant difference being found ( $P > 0.05$ ). After treatment, each score of stomachache, gastric distension, belching and poor appetite in both groups was lower than that before treatment ( $P < 0.05$ ); each score of stomachache, gastric distension, belching and poor appetite in the observation group was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Before treatment, comparing the levels of PGI, PGII and PGI/PGII in both groups, there was no significant difference being found ( $P > 0.05$ ). After treatment, the levels of PGI, PGII and PGI/PGII in both groups were higher than those before treatment ( $P < 0.05$ ); the levels of PGI, PGII and PGI/PGII in the observation group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Yiqi Huoxue Jiedu prescription combined with acupuncture and moxibustion can improve the clinical symptoms and signs of patients with gastric disease concerning helicobacter pylori. It has relatively high clinical effect and can enhance the level of pepsinogen effectively.

**Keywords:** Helicobacter pylori; Gastric disease; Yiqi Huoxue Jiedu prescription; Acupuncture and moxibustion; Pepsinogen I (PGI); Pepsinogen II (PGII)

慢性萎缩性胃炎是一种多致病因素慢性消化系统疾病,是消化系统常见难治性胃病之一,主要以胃黏膜腺体萎缩为表现,中医属胃痛、胃痞、嘈杂等范围<sup>[1]</sup>。幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp)感染常常是导致慢性活动性胃炎以及消化性溃疡疾病的重要致病因素,抗幽门螺杆菌治疗对于慢性萎缩性胃炎起到关键性的作用<sup>[2]</sup>。中医针灸经过长期的临床实践,已经逐步积累了丰富的关于胃病方面相关的经验,可以有效改善患者的症状体征<sup>[3]</sup>。本研究选取幽门螺杆菌相关胃病患者作为研究对象,在针灸治疗基础上,配合益气活血解毒方剂,探讨联合治疗的临床效果,为提高幽门螺杆菌相关性胃病患者的生活质量、降低复发率提供临床参考。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择金华市中医院2016年5月—2017年5月经门诊诊断为Hp相关性胃病患者274例,按照患者自愿治疗原则,将患者分为观察组与对照组,各137例。对照组,男70例,女67例;年龄20~69岁,平均(43.5±8.4)岁;病程0.5~24年,平均(15.4±6.5)年;观察组,男71例,女66例;年龄19~69岁,平均(43.1±8.5)岁;病程0.6~24年,平均(15.3±6.4)年。2组患者在性别、年龄、病程方面比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照中华中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的关于Hp相关性胃炎的诊断标准<sup>[4]</sup>。患者表现为上腹胃部不适、疼痛、饭后饱胀、嗝气、反酸、恶心呕吐。

**1.3 辨证标准** 所有患者均表现为胃脘痛、嗝气、恶心呕吐、口干口苦、口臭、纳呆、出汗、腹泻、神疲乏力、舌质红等症<sup>[5]</sup>。主症:胃脘痞胀,胃脘疼痛,舌质红、苔黄腻;次症:

胃脘灼热,口苦口臭,恶心呕吐,大便黏滞,脉滑数。具有主症2项加次症1项或者主症第1项加次症2项<sup>[6]</sup>。

**1.4 纳入标准** ①经确诊为Hp相关性胃病的患者;②在本次研究开始前,未采用其他治疗措施的患者;③患者了解本次研究并签订知情同意书。

**1.5 排除标准** ①病情未确诊或患有其他胃癌前病变的患者;②心、肝、肾功能不全或者患有其他重症疾病的患者;③妊娠期或哺乳期的患者;④对治疗药物产生不良反应的患者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 口服兰索拉唑肠溶片(江苏康缘药业股份有限公司,国药准字H20067606),2片/次,每天2次;阿莫西林胶囊(华源众生药业有限公司,国药准字H13020500),2粒/次,每天2次;克拉霉素胶囊(吉林敖东集团大连药业股份有限公司,国药准字H20020670),4粒/次,每天2次。7天为1个疗程,每个疗程结束后,间隔1天后继续下个疗程,连续治疗8个疗程。

**2.2 观察组** 采用益气活血解毒方剂联合针灸方法治疗,穴位选择脾俞、胃俞、中脘、足三里、内关;胃阴不足者再多选择三阴交、太溪穴;脾胃虚弱者加关元、梁丘;脾胃不和者加太冲、合谷穴<sup>[7]</sup>。患者穴位局部进行常规消毒,采用华佗牌无菌针灸针,针刺得气之后采用提插捻转补泻的手法,每间隔10 min行针1次,留针30 min,每天1次。益气活血解毒方剂,处方:炙黄芪、炒白芍、茯苓、白花蛇舌草、桂枝、檀香各15 g,半枝莲、蒲公英、生蒲黄、五灵脂各10 g,丹参20 g,砂仁、白术、炙甘草各5 g。加水浸泡2 h,武火煎煮至沸腾后,文火持续煎煮30 min后将药液倒出后继续加水煎煮,合并2次药液后浓缩至300 mL,早晚各服150 mL。每间隔7

天复诊1次,医生根据患者症状变化对药方进行调整。7天为一个疗程,连续治疗8个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用免疫组织化学染色法对胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII)、PGI/PGII 进行检测。②临床症状积分:根据患者治疗前后胃痛、胃胀、嗝气、少食 4 个症状严重程度进行评分。1分:临床症状较轻且对患者的日常生活影响程度小;2分:患者症状明显减轻且对日常生活产生一定的影响;3分:患者临床症状表现较重且对患者的日常生活产生严重影响。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行处理分析,计数资料用百分率(%)表示,组间比较用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较用 *t* 检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》中关于慢性胃炎临床疗效的判定标准<sup>[9]</sup>。显效:患者临床症状体征消失,胃镜检查胃黏膜损伤基本恢复,病理活检显微镜下组织中 Hp 根治,慢性炎症细胞显著减少,中性粒细胞减少至消失;有效:临床主要症状体征消失,胃镜检查病变部位缩小程度  $> 2/3$ ,病理活检组织中 Hp 得到根治,慢性炎症细胞减少至中度以下,中性粒细胞显著减少;无效:患者临床症状体征无

明显改善,胃镜检查胃黏膜损伤程度无变化,病理活检组织中 Hp 未根治。

4.2 2组临床治疗效果比较 见表1。观察组与对照组的总有效率分别为 98.54%、87.59%,2组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**表 1 2组临床治疗效果比较** 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	137	67(48.91)	53(38.68)	17(12.41)	120(87.59)
观察组	137	89(64.96)	46(33.59)	2(1.45)	135(98.54)
$\chi^2$ 值					38.79
<i>P</i>					< 0.05

4.3 2组治疗前后临床症状体征积分比较 见表2。治疗前,2组胃痛、胃胀、嗝气、少食各项积分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,2组胃痛、胃胀、嗝气、少食各项积分较治疗前降低 ( $P < 0.05$ );观察组胃痛、胃胀、嗝气、少食各项积分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

4.4 2组治疗前后 PGI、PGII、PGI/PGII 指标比较 见表3。治疗前,2组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,2组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平较治疗前升高 ( $P < 0.05$ );观察组 PGI、PGII、PGI/PGII 水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 2组治疗前后临床症状体征积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	胃痛		胃胀		嗝气		少食	
		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	137	1.21 ± 0.64	0.89 ± 0.31 <sup>①</sup>	1.18 ± 0.54	0.80 ± 0.23 <sup>①</sup>	1.24 ± 0.52	0.72 ± 0.18 <sup>①</sup>	1.32 ± 0.74	0.81 ± 0.24 <sup>①</sup>
观察组	137	1.20 ± 0.65	0.64 ± 0.32 <sup>②</sup>	1.19 ± 0.53	0.60 ± 0.21 <sup>②</sup>	1.23 ± 0.54	0.58 ± 0.12 <sup>②</sup>	1.34 ± 0.75	0.55 ± 0.21 <sup>②</sup>
<i>t</i> 值		0.621	2.674	0.228	2.519	0.302	3.524	0.062	1.227
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

表 3 2组治疗前后 PGI、PGII、PGI/PGII 指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	PGI (ng/mL)		PGII (ng/mL)		PGI/PGII	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	137	79.65 ± 22.32	88.12 ± 24.35 <sup>①</sup>	14.02 ± 3.23	15.04 ± 3.18 <sup>①</sup>	5.10 ± 1.42	5.54 ± 1.50 <sup>①</sup>
观察组	137	78.95 ± 22.21	95.01 ± 26.35 <sup>②</sup>	14.03 ± 3.19	16.07 ± 3.21 <sup>②</sup>	5.09 ± 1.41	6.45 ± 1.30 <sup>②</sup>
<i>t</i> 值		0.328	2.269	0.517	3.012	0.278	4.218
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

Hp 感染与慢性胃炎、胃十二指肠溃疡疾病的发生发展有密切的联系<sup>[9]</sup>,Hp 感染是胃炎、消化性溃疡以及胃癌等疾病的主要致病因素<sup>[10]</sup>。因 Hp 属于微需氧菌,在大气或者厌氧环境下的生存率极低,但其进入胃后凭借鞭毛进入黏液层后到达上

皮细胞表面紧密与其粘连,不易被胃排空<sup>[11]</sup>。对 Hp 相关性胃炎的中医证候研究始于 20 世纪 80 年代,多数学者认为 Hp 感染具有独立的证候学要素,属中医邪气范畴,与湿、热的关系最为密切<sup>[12]</sup>。脾胃湿热的病因分为内因和外因,外因主要为湿热邪气、气候、环境和诸虫等;内因为患者饮食失节、思虑过

度或者脾胃素弱。湿热邪气致病具有隐匿性、渐进性和反复性特点，这与Hp感染的胃病临床特征相似。Hp相关性胃炎尤其是活动期可见舌苔黄腻，多属湿热，此类患者胃镜下多见胃黏膜充血、肿胀，甚至糜烂，这些均符合湿热的病理特征。

目前，临床上对于慢性胃炎的治疗尚未有明确的治疗药物及方案，多数采取对症治疗的方案，相关性胃病的临床治疗主要通过抑制胃酸的分泌、胃蛋白酶的活性为主要的治疗手段<sup>[13-14]</sup>。对于Hp感染患者来说，临床上采用单纯抗生素、铋剂等药物治疗时对Hp的清除率较低，疾病容易反复发作；采取联合用药方式治疗会产生一系列的不良反应<sup>[15]</sup>。中医学理论认为，Hp相关性胃病主要因情志所伤、饮食不当、卫生环境差等导致外邪入侵，湿热之邪为主要的影响因素，外邪侵犯主要是因为体内正气不足所引发<sup>[16-17]</sup>。益气活血解毒方中的炙黄芪为君药，取其甘温益气之义，并可使阳生阴长，以健脾养胃治本；桂枝、炒白芍以及生蒲黄、五灵脂为臣药，前2种助君药炙黄芪温中行气，并养血敛阴止痛，而蒲黄更能“专入血分，以清香之气，兼行气分，故能导瘀结而治气血凝滞之痛”，蒲公英、白花蛇舌草具有清热解毒的功效，甘草可以调和药性，对脾胃湿热型胃病具有较好的临床治疗效果<sup>[18]</sup>。另一方面针灸方法联合治疗对胃液的分泌具有双向调节作用，分泌过多者可以抑制，过少者则可以促使胃液的分泌，从而对胃黏膜起到保护的作用。本研究结果显示，在采用方剂联合针灸手法治疗后，患者的临床治疗效果明显提高，临床症状体征积分均明显降低，改善了患者的生活质量，同时改善了患者机体胃蛋白酶原指标，对胃黏膜具有一定的保护作用。

综上所述，在采用益气活血解毒方剂和针灸联合治疗后，Hp相关性胃病患者的临床症状有明显的改善，提高了临床治疗率，同时对患者的胃黏膜起到保护作用，大大提高了患者的生活质量，是可以在临床上应用的有效方法。

#### [参考文献]

- [1] 周宁, 吴琼, 孙健, 等. 中医药防治幽门螺杆菌相关性胃病的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(3): 229-233.
- [2] 王平, 陈晓霞. 胃病患者检测幽门螺杆菌及血清胃蛋白酶原的意义[J]. 宁夏医科大学学报, 2013, 35(11): 1294-1297.
- [3] 周建红, 胡玲, 邢海倫, 等. HP相关胃病不同中医证候型EGF、TFF1及ICAM-1蛋白水平的表达[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(12): 3064-3067.
- [4] 中华中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊疗方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2697-2700.
- [5] 朱焕金. 中药健脾清热方联合益生菌治疗幽门螺杆菌相关性胃病的效果分析与评定[J]. 中国实用医药, 2017, 12(19): 157-158.
- [6] 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意见共识(2011·天津)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 177-180.
- [7] 钟伟明. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎56例临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2010, 15(4): 84-85.
- [8] 中华中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊疗方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2697-2700.
- [9] 陈智龙. 健脾祛湿清热法治疗幽门螺杆菌相关性胃病疗效评价及实验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [10] 方海鹰, 杜叶春. 胃复春联合替普瑞酮或叶酸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效比较[J]. 浙江实用医学, 2011, 16(3): 161-162.
- [11] 杜晔, 曹德清, 邱荣峰. 三联疗法根除幽门螺杆菌结合胃复春治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 赣南医学院学报, 2010, 30(1): 48-49.
- [12] 王美玲. 健胃清幽汤治疗幽门螺杆菌相关性胃病的临床病理研究[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(2): 222-223.
- [13] 涂莎, 阳惠湘. 幽门螺杆菌感染治疗的进展[J]. 中南大学学报: 医学版, 2014, 39(9): 981-986.
- [14] 杨改琴, 张媛. 针灸治疗慢性胃炎研究现状分析[J]. 陕西中医, 2012, 33(6): 762-764.
- [15] 蒋珍, 范钟麟, 王学红. 益生菌联合四联疗法根治幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的临床研究[J]. 中国实用医刊, 2013, 40(9): 61-62.
- [16] 陈建超. 研究益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎的价值[J]. 当代医学, 2017, 23(12): 97-98.
- [17] 王志坤, 李博林, 刘启泉, 等. 小归芍化浊解毒方对胃癌前病变大鼠胃蛋白酶原及胃黏膜组织再生基因表达的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(12): 6240-6243.
- [18] 燕平, 冀来喜, 郝重耀, 等. 腧穴组方对急性胃粘膜损伤大鼠胃粘膜形态学的影响[J]. 中国针灸, 2003, 23(4): 217-219.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)