

当归四逆汤治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎的临床观察

黄玉龙¹ 曲学华²

(1. 海口市中医医院, 海南 海口 570216; 2. 哈尔滨医科大学附属第四医院, 黑龙江 哈尔滨 150000)

【摘要】 目的 观察当归四逆汤治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎的临床疗效。**方法** 采用前瞻性随机对照研究方法, 选择海口市中医医院 126 例住院及门诊胃镜检查诊断为慢性非萎缩性胃炎、中医辨证属脾胃虚寒型的患者, 按随机数字表法分为观察组 65 例和对照组 61 例。观察组服给予当归四逆汤(当归 15 g, 桂枝 15 g, 芍药 15 g, 细辛 5 g, 甘草 10 g, 大枣 12 枚, 通草 10 g)200 mL 分 2 次餐前温服, 每日 1 剂, 每周服用 6 剂, 共 4 周; 对照组服用奥美拉唑肠溶胶囊每次 20 mg, 每日 1 次, 联合多潘立酮(吗叮啉)每次 10 mg, 每日 3 次。治疗 4 周后观察患者的临床疗效、症状总积分、中医症状学疗效积分、胃镜下黏膜组织病理学改善疗效及胃镜下黏膜组织学表现患者数变化。**结果** 观察组临床疗效总有效率明显高于对照组[96.9% (63/65) 比 86.9% (53/61), $P < 0.05$]。两组治疗后症状总积分、主要中医症状学积分均较治疗前降低, 且以观察组的降低程度较对照组更显著[症状总积分(分)为 12.36 ± 2.11 比 15.94 ± 2.37 , 胃脘胀满积分(分)为 1.23 ± 0.72 比 2.12 ± 0.78 , 胃脘疼痛积分(分)为 1.18 ± 0.67 比 2.25 ± 0.94 , 喜温喜按积分(分)为 1.03 ± 0.46 比 1.62 ± 0.79 , 纳差积分(分)为 1.06 ± 0.57 比 1.43 ± 0.53 , 便溏积分(分)为 1.36 ± 0.43 比 1.67 ± 0.58 , 神疲乏力积分(分)为 1.24 ± 0.32 比 1.65 ± 0.42 , 均 $P < 0.05$]。观察组胃黏膜组织病理学改善总有效率明显高于对照组[90.77% (59/65) 比 81.97% (50/61), $P < 0.05$]; 且观察组治疗后慢性炎性细胞浸润(47 例比 54 例)、红斑渗出(28 例比 30 例)、平坦糜烂(8 例比 15 例)、隆起糜烂(5 例比 6 例)、胆汁反流(2 例比 3 例)、幽门螺杆菌阳性(20 例比 29 例)患者数均较对照组减少(均 $P < 0.05$)。**结论** 当归四逆汤治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎疗效显著。

【关键词】 当归四逆汤; 慢性非萎缩性胃炎; 脾胃虚寒型

A clinical observation on Danggui Sini decoction for treatment of patients with chronic non-atrophic gastritis and spleen-stomach vacuity cold syndrome Huang Yulong*, Qu Xuehua. *Chinese Medicine Hospital of Haikou City, Haikou 570216, Hainan, China

Corresponding author: Huang Yulong, Email: 773575152@qq.com

【Abstract】 Objective To observe the clinical effect of Danggui Sini decoction for treatment of patients with chronic non-atrophic gastritis and spleen-stomach deficiency cold syndrome. **Methods** A prospective randomized control trial was conducted, including 126 in- and out-patients with chronic non-atrophic gastritis diagnosed by gastroscopy and spleen-stomach deficiency cold syndrome differentiated by traditional Chinese medicine (TCM) method admitted to Chinese Medicine Hospital of Haikou City. They were randomly assigned to an observation group (65 cases) and a control group (61 cases). The patients in observation group were given Danggui Sini decoction with addition or/with subtraction of ingredients according to individual situation (ingredients: angelica 15 g, ramulus cinnamomi 15 g, paeonia 15 g, asari 5 g, glycyrrhizae 10 g, Chinese jujube 12, medulla tetrapanax 10 g). The warm 200 mL (one dose) decoction was divided into two parts, one part was taken orally before a meal, twice daily, the therapeutic course was 4 weeks and in one week only 6 doses were applied; while the patients in control group, omeprazole capsules (dissolved in intestine), each time 20 mg, once a day combined with domperidone (bite phenanthroline) 10 mg each time, 3 times a day were given. After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy, the total integral of symptoms, the therapeutic effect of TCM symptoms score, the improvement of the therapeutic effect of mucosal histological and changes of the number of patients with the pathological changes of mucosa under gastroscopy were observed. **Results** The total effective rate in the observation group was significantly higher than that in the control group [96.9% (63/65) vs. 86.9% (53/61), $P < 0.05$]. After treatment, the total integral of symptoms and the integrals of main TCM symptoms after treatment were lower than those before treatment, the degree of decrease in the observation group being more marked (the total integral of symptoms score: 12.36 ± 2.11 vs. 15.94 ± 2.37 , epigastric distention integral score: 1.23 ± 0.72 vs. 2.12 ± 0.78 , epigastric pain score: 1.18 ± 0.67 vs. 2.25 ± 0.94 , thermophilic and like pressure integral score: 1.03 ± 0.46 vs. 1.62 ± 0.79 , anorexia: 1.06 ± 0.57 vs. 1.43 ± 0.53 , integral of loose stools score: 1.36 ± 0.43 vs. 1.67 ± 0.58 , lassitude integral score: 1.24 ± 0.32 vs. 1.65 ± 0.42 , all $P < 0.05$). Under gastroscopy, the efficacy of mucosal histological change was significantly higher in observation group than that in control group [90.77% (59/65) vs. 81.97% (50/61), $P < 0.05$]. After treatment, the numbers

of patients with chronic inflammatory cell infiltration (47 cases vs. 54 cases), erythema exudation (28 cases vs. 30 cases), flat erosion (8 cases vs. 15 cases), swelling erosion (5 cases vs. 6 cases), bile reflux (2 cases vs. 3 cases) and positive pylorus spirobacteria (20 cases vs. 29 cases) were significantly lower in the observation group than those in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** The therapeutic effects of Danggui Sini decoction for treatment of patients with chronic non-atrophic gastritis and TCM syndrome of spleen-stomach deficiency-cold are remarkable.

【Key words】 Danggui Sini decoction; Chronic non-atrophic gastritis; Deficiency-cold of spleen and stomach type

慢性胃炎是指不同病因引起的胃黏膜慢性炎症病变,中医学将其归属于“胃脘痛”“痞满”等疾病的范畴^[1]。单纯使用西药治疗存在一定不良反应,目前主要采用中西医结合治疗方案,如赵巍等^[2]采用益胃合剂治疗肝胃不和型急性胃炎取得满意疗效。为减少西药不良反应,本研究采用单纯中药汤剂当归四逆汤治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 西医诊断标准: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《慢性胃炎的中西医结合诊疗共识意见》中慢性非萎缩性胃炎的诊断标准^[1]。

1.2 中医证候诊断标准:参照《慢性胃炎的中西医结合诊疗共识意见》脾胃虚寒证诊断标准:主要症状为胃脘部隐痛,喜暖喜按;次要症状为食后胀满感,神疲乏力,纳呆、饮食减少,大便稀溏,舌质淡有齿痕,苔薄白,脉沉细。胃镜显示胃黏膜点状、片状、条状红斑,粗糙不平、水肿,出血点(斑)、出血等基本表现,胃蠕动缓慢。符合主要症状 1 项和次要症状 2 项或主要症状 1 项加次要症状 2 项,结合胃镜检查结果中 1 项或 2 项即可诊断。

1.3 病例选择及伦理学要求:采用前瞻性随机对照研究方法,选择海口市中医医院 2013 年 1 月至 2015 年 1 月住院及门诊患者 126 例,经电子胃镜检查诊断为慢性非萎缩性胃炎,中医辨证属脾胃虚寒型。按随机数字表法将患者分为两组。观察组 65 例,其中男性 38 例,女性 27 例;年龄 19~65 岁,平均(30.0±4.5)岁;对照组 61 例,其中男性 28 例,女性 33 例;年龄 22~64 岁,平均(32.0±3.6)岁。两组患者性别、年龄等资料均衡,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),有可比性。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,所有治疗及检查均得到患者或家属的知情同意。

1.4 治疗方法:治疗期间两组均忌食生冷、油腻、腥燥、辛辣等食物,注意休息,保持心情舒畅。

1.4.1 对照组:服用多潘立酮(吗叮啉,西安杨森制药厂生产),每次 10 mg,每日 3 次;加用奥美拉唑肠溶胶囊(山东罗欣药业股份有限公司生产),每次 20 mg,每日 1 次。均餐前服用,连续服药 4 周。

1.4.2 观察组:服用当归四逆汤(当归 15 g、桂枝 15 g、芍药 15 g、细辛 5 g、甘草 10 g、大枣 12 枚、通草 10 g,加 600 mL 水煎至 200 mL),分 2 次餐前温服,每日 1 剂,每周服用 6 剂,连续治疗 4 周。

1.5 观察指标:观察治疗后两组患者主要中医症状学疗效、症状总积分、临床疗效、胃黏膜组织病理学疗效、胃镜疗效。

1.6 疗效判定标准

1.6.1 主要症状学疗效评价标准^[3]:按公式〔症状改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%〕计算症状改善百分率。痊愈:症状消失;显效:症状改善百分率≥80%;进步:50%≤症状改善百分率<80%;无效:<50%。恶化:症状改善百分率负值。总有效=痊愈+显效。

1.6.2 临床疗效评定标准^[4]:采用尼莫地平法计算,临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数〔疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%〕≥95%;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

1.6.3 胃镜下胃黏膜组织病理学疗效评定^[5]:痊愈:胃镜复查示活动性炎症消失,慢性炎症轻度好转;显效:胃镜复查示黏膜急性炎症基本消失,慢性炎症好转;有效:胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻;无效:达不到有效标准而未恶化者。

1.7 统计学分析:使用 SPSS 18.0 软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以例数表示,采用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后主要中医症状学疗效积分及总积分比较(表 1):两组治疗后胃脘胀满、胃脘疼痛、

表 1 两组治疗前后主要中医症状学疗效积分和症状总积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数 (例)	中医症状学疗效积分(分)						症状总积分 (分)
			胃脘胀满	胃脘疼痛	喜温喜按	纳差	便溏	神疲乏力	
对照组	治疗前	61	3.81±1.53	3.65±1.49	2.32±0.89	2.21±0.91	2.48±0.75	2.18±0.64	20.38±3.97
	治疗后	61	2.12±0.78	2.25±0.94	1.62±0.79	1.43±0.53	1.67±0.58	1.65±0.42	15.94±2.37
观察组	治疗前	65	2.78±1.43	3.69±1.51	2.35±0.96	2.26±0.87	2.54±0.78	2.17±0.69	21.21±4.21
	治疗后	65	1.23±0.72 ^{ab}	1.18±0.67 ^{ab}	1.03±0.46 ^{ab}	1.06±0.57 ^{ab}	1.36±0.43 ^{ab}	1.24±0.32 ^{ab}	12.36±2.11 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同期比较,^b $P<0.05$

喜温喜按、纳差、便溏、神疲乏力等中医症状学疗效积分均较治疗前降低,且观察组的降低程度较对照组更显著,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。两组治疗后症状总积分均较治疗前降低,且观察组治疗后症状总积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者临床疗效比较(表 2):治疗 4 周后,观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效(例)				总有效率 [% (例)]
		痊愈	显效	有效	无效	
对照组	61	12	17	24	8	86.9 (53)
观察组	65	23	28	12	2	96.9 (63) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后胃镜表现和胃黏膜组织学疗效比较(表 3):观察组治疗后慢性炎性细胞浸润、红斑渗出、平坦糜烂、隆起糜烂、胆汁反流、幽门螺杆菌阳性患者数均较对照组减少(均 $P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后胃镜表现与胃黏膜组织学疗效比较

组别	胃镜表现	胃黏膜组织学表现患者数(例)	
		治疗前	治疗后
对照组	慢性炎性细胞浸润	61	54
	红斑渗出	37	30
	平坦糜烂	14	15
	隆起糜烂	6	6
	胆汁反流	4	3
	幽门螺杆菌阳性	38	29
观察组	慢性炎性细胞浸润	65	47 ^a
	红斑渗出	36	28 ^a
	平坦糜烂	16	8 ^a
	隆起糜烂	8	5 ^a
	胆汁反流	5	2 ^a
	幽门螺杆菌阳性	42	20 ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

2.4 两组胃镜下黏膜组织病理学疗效比较(表 4):观察组胃镜下黏膜组织病理学改善总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组患者胃镜下黏膜组织病理学疗效比较

组别	例数 (例)	胃镜疗效(例)				总有效率 [% (例)]
		痊愈	显效	有效	无效	
对照组	61	8	15	27	11	81.97 (50)
观察组	65	18	16	25	6	90.77 (59) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨 论

慢性胃炎属中医“胃脘痛”或“痞满”范畴,其辨证分型的依据尚不统一,各家辨证分型亦存在较大的差异。但主要以脾胃虚寒、肝郁气滞、肝胃郁热、胃络瘀阻、脾胃湿热、胃阴不足等证型居多^[6]。无论哪型的治疗均离不开中医精髓“辨证论治”,所以一定要理清不同分型的病因病机^[7]。对于本病的病机,《素问·举痛论篇》指出:“痛而闭不通矣。诸痛原因,以寒邪最多。”医家张景岳亦提出“三焦痛证因寒者常居八九,因热者十惟一二”的观点^[8]。对于胃脘痛的治疗方法,《和剂局方》《太平圣惠方》《圣济总录》等采集大量医方,其治胃痛,多用辛燥理气之品。金元时期《兰室秘藏·卷二》立“胃脘痛”一门,论述其病机,则多系饮食劳倦而致脾胃气虚,又为寒邪所伤。论其治法,治疗上主要以益气、温中、理气、和胃等为主,这也侧面说明了胃脘痛临床上以脾胃虚寒为临床常见的证型,所以本研究选取较为常见的脾胃虚寒型患者作为研究对象。

现代医学对慢性非萎缩性胃炎的治疗仍无特效方法,多为对症治疗,主要是给予抑酸剂、促动力药、胃黏膜保护等药物增强胃黏膜的防御能力^[9],但此类药物存在一定的不良反应、毒副作用或禁忌证。

中医中药在治疗胃脘痛方面积累了丰富的经验,如郭建红等^[10]采用前瞻性随机对照研究方法,证实陈夏四君子汤能够促进重症患者的胃肠功能恢

复,缩短住院时间。中医中药治疗术后胃肠功能紊乱患者亦有显著疗效,可以增加胃动力,调整胃肠功能^[11]。胃脘痛脾胃虚寒型病位在胃,病机为“寒”、“虚”,外寒侵袭则血脉凝滞,气机运行不畅,日久耗伤气血,从而导致气血亏虚;“虚”则阳不足以胜阴寒之力,从而导致寒邪加重。《内经》云:“寒者热之,温者,温其中也”,若见脾阳不振,虚寒困脾,症见脘腹胀痛、神情疲惫、四肢清冷、苔腻、舌质红伴有齿痕、脉弦而细,治疗当以温阳散寒、缓急止痛^[12],所以总体治则以温阳散寒为大法。我们传统一般应用黄芪建中汤治疗脾胃虚寒,但是该方以补虚为主,驱寒力弱。当归四逆汤首见于《伤寒论》,由桂枝汤去生姜加当归、细辛、通草而成。方中当归、芍药养血和营;桂枝、细辛温经散寒;炙甘草、大枣补中益气;通草通行血脉,诸药合用,养血散寒,温通经络。当归四逆汤的主治范围刚好符合“虚”“寒”的病机,所以我们在临证中应用当归四逆汤治疗虚寒型慢性胃炎常取得较好的疗效。在本研究中中药和西药两种方法均能有效治疗慢性非萎缩性胃炎,改善症状,但使用当归四逆汤的观察组总有效率高于使用西药的对照组。在中医症状改善方面,虽然两组均可有效改善胃脘疼痛和胀满症状,但观察组对喜温喜按、便溏、纳呆等中医症状的效果较西药组明显,究其原因主要与当归四逆汤的通经散寒作用有关。脾胃主四肢健运,脾虚胃弱、血气不能运行四肢,故而四肢

乏力。当归四逆汤使血气能达四末,故而大多数慢性非萎缩性胃炎患者服用当归四逆汤后都有精神明显好转的表现。

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.
- [2] 赵巍, 于强, 刘战英. 益胃合剂治疗肝胃不和型急性胃炎的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(4): 256.
- [3] 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.
- [4] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 21-28.
- [5] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172-175.
- [6] 陈怡凯, 蓝创新, 周芝彬. 中西医结合治疗慢性胃炎 248 例[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(5): 318-319.
- [7] 张晓忠, 董胜寿. 学习《伤寒论》结合临床小悟[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(2): 212.
- [8] 林楚华, 刘凤斌. 中医药对慢性胃炎病因病机认识的现代进展探讨[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(6): 1511-1512.
- [9] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 397.
- [10] 郭建红, 陈溉, 杨盛泉, 等. 陈夏四君子汤促进重症患者胃肠功能恢复的临床疗效观察[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(11): 674-676.
- [11] 饶群, 刘畅, 李建国. 术后胃肠道功能紊乱的研究进展[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 382-384.
- [12] 许才明, 陈海龙, 张桂信, 等. 谈“中医七法”辨证治疗急性胰腺炎的临床运用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(1): 10-14.

(收稿日期: 2015-04-17)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊关于临床试验和伦理的一般要求

临床试验注册号应是从 WHO 认证的一级临床试验注册中心获得的全球唯一的注册号。临床试验注册号排印在摘要结束处。以“临床试验注册”(Trial registration)为标题(字体、字号与摘要的其他小标题相同),写出注册机构名称和注册号。前瞻性临床试验研究的论著摘要应含有 CONSORT 声明(Consolidated Standards of Reporting Trial; <http://www.consort-statement.org/home>)列出的基本要素。医学伦理问题及知情同意须遵循医学伦理基本原则。当论文的主体是以人为研究对象时,作者应说明其遵循的程序是否符合赫尔辛基宣言以及负责人体试验的委员会(单位性的、地区性的或国家性的)所制订的伦理学标准。提供该委员会的批准文件(批准文号著录于论文中)及受试对象或其亲属的知情同意书。

本刊对中、英文摘要的写作要求

论著类文稿需附中、英文摘要,其他类别稿件(如研究报告、经验交流、治则·方剂·针灸、病例报告、综述等)不附中、英文摘要。中、英文摘要应按结构式摘要格式撰写,采用第三人称,内容包括目的(Objective)、方法(Method)、结果(Results)和结论(Conclusions),其中结果部分应包括关键性或主要的数据。摘要中不列图表,不引用文献,不加评论和解释。

由于《中国中西医结合急救杂志》被美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、WHO 西太平洋地区医学索引(WPRIM)等多个国际著名检索系统收录,为了便于国外读者了解该项研究的重要内容,增进对外交流,因此英文摘要内容可相对具体一些(一般在 600 个实词以内),以适当增加英文信息量。英文摘要应包括文题、作者姓名(汉语拼音,姓氏和名字均首字母大写)、单位名称、所在城市名和邮政编码及国名。应列出全部作者姓名,如作者工作单位不同,只列出第一作者的工作单位,在第一作者姓名右上角加“*”,同时第一作者的单位名称首字母左上角加“*”。