

- [6] Morelli A, Ertmer C, Westphal M, *et al.* Effect of heart rate control with esmolol on hemodynamic and clinical outcomes in patients with septic shock: a randomized clinical trial [J]. *JAMA*, 2013, 10(16): 1683-1691.
- [7] Czura C J. “Merinoff symposium 2010: sepsis” -speaking with one voice[J]. *Mol Med*, 2011, 17(1-2): 2-3.
- [8] Cohen J, Vincent J L, Adhikari N K, *et al.* Sepsis: a roadmap for future research [J]. *Lancet Infect Dis*, 2015, 15 (5): 581- 614.
- [9] Masson S, Carioni P, Spanuth E, *et al.* Presepsin (soluble CD14 subtype) and procalcitonin levels for mortality prediction in sepsis: data from the Albumin Italian Outcome Sepsis trial [J]. *Crit Care*, 2014, 18(1): R6.
- [10] 殷宗宝, 曹玉芳, 侯宇, 等. Presepsin 在脓毒症早期患者中的临床应用[J]. 中华急诊医学杂志, 2015, 24(1): 86-88.
- [11] 王维展, 齐洪娜, 肖青勉, 等. 金纳多对急性一氧化碳中毒迟发性脑病患者脑氧利用率和乳酸清除率的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2016, 23(5): 504-507.
- [12] 赵珊珊, 金兆辰, 虞志新, 等. 早期乳酸清除率与心脏骤停后患者神经功能预后的关系[J]. 中华医学杂志, 2015, 95(19): 1468-1470.
- [13] Nduka O O, Parrillo J E. The pathophysiology of septic shock [J]. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2011, 23(1): 41-66.
- [14] 程泽君, 王文科, 邱志宏. 舒血宁注射液联合依达拉奉注射液治疗急性脑梗死对血管内皮细胞功能的影响[J]. 中国中医急症, 2016, 25(8): 1568-1571.
- [15] 毛燕飞, 孙璐璐, 廖兴志, 等. 舒血宁对脓毒症大鼠心肌的保护作用[J]. 第二军医大学学报, 2011, 32(2): 175-178.

理中复元方结合针刺法治疗脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎

刘 晏¹, 殷于磊^{2*}, 乐琦琦¹, 王 莹¹, 朱凌云¹

(1. 上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200041; 2. 复旦大学附属华东医院, 上海 200040)

摘要: 目的 通过随机、平行对照试验观察理中复元方(黄芪、白术、茯苓, 等)结合针刺法(胃俞、中脘、内关、足三里)对脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎的疗效。**方法** 108例患者随机均分为理中复元方结合针刺组、理中复元方组和对对照组(叶酸), 4个月为一疗程。观察3组治疗前后的临床主症、体征, 比较胃镜分析、理化检查。**结果** 各组胃黏膜颜色和活动性有显著差异, 中医证候积分治疗前后也有显著差异。在症状疗效方面, 各组有显著差异; 在病理疗效、免疫组化和综合疗效方面, 组间差异无统计学意义, 理中复元方结合针刺组总有效率为42%, 理中复元方治疗组总有效率为36.5%, 对照组总有效率为24.1%。方差分析和秩和检验显示, 两组间差异有统计学意义。**结论** 理中复元方结合针刺可优化对脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎的疗效。

关键词: 理中复元方; 针刺; 慢性萎缩性胃炎; 脾虚痰瘀型; 临床观察

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2017)09-1799-09

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2017.09.008

Lizhong Fuyuan Decoction combined with acupuncture treats chronic atrophic gastritis with spleen deficiency and phlegm stasis

LIU Yan¹, YIN Yu-lei^{2*}, YUE Qi-qi¹, WANG Ying¹, ZHU Ling-yun¹

(1. Hospital of TCM Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200041, China; 2. Huadong Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 200040, China)

ABSTRACT: AIM To observe the therapeutic effects of Lizhong Fuyuan Decoction (LFD) (*Astragali Radix*,

收稿日期: 2017-05-31

基金项目: 上海市科学技术委员会课题项目(14401933000)

作者简介: 刘晏(1967—), 男, 主任医师, 硕士生导师, 从事中医消化系统疾病及消化内镜的临床研究工作。Tel: 18116070782, E-mail: 0625@szy.sh.cn

*通信作者: 殷于磊(1960—), 主任医师, 从事消化病理诊断、分子病理诊断工作。Tel: 18121227863, E-mail: yinyulei2001@163.com

Atractylodis macrocephalae Rhizoma, Poria, etc.) combined with acupuncture (Weishu, Zhongwan, Neiguan and Zusanli) on chronic atrophic gastritis with spleen deficiency and phlegm stasis by randomized, parallel controlled trial. **METHODS** One hundred and eight patients were randomly and equally divided into LFD + acupuncture group, LFD group and control group (folic acid), four months as a course of the treatment. The main clinical symptoms and signs in the three groups before and after the treatment were observed, and the gastroscopic analysis and physico-chemical examination were compared. **RESULTS** There were significant differences in color and activity of gastric mucosa in each group, and there was also significant difference in TCM symptom score before and after the treatment. In terms of symptom curative effect, there was significant difference among various groups. No significant differences among various groups were observed in pathological efficacy, immunohistochemistry and comprehensive curative effect. The total effective rate of the LFD + acupuncture group reached 42%, that of the LFD group was 36.5%, and that of the control group obtained 24.1%. Analysis of variance (ANOVA) and rank sum test indicated that the differences between the two groups were statistically significant. **CONCLUSION** LFD combined with acupuncture can optimize the curative effects on chronic atrophic gastritis with spleen deficiency and phlegm stasis.

KEY WORDS: Lizhong Fuyuan Decoction; acupuncture; chronic atrophic gastritis; spleen deficiency and phlegm stasis; clinical observation

近年来,中国社会老龄化趋势越来越严重,人们对腌制、速冻、富含防腐剂食品的喜爱,导致慢性萎缩性胃炎的发病率也逐年上升。本研究对3年来108例诊断为慢性萎缩性胃炎、幽门螺杆菌检测呈阴性的患者进行了临床观察,并取得了显著的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

1.1.1 纳入对象 年龄不等(25~75岁)的患者,入选前经C13呼气试验或胃镜下确诊为HP阴性,或经HP根治者(西药联合抗幽门螺旋杆菌疗程结束后1月后复查C13呼气试验或胃镜下确证为HP阴性)。

1.1.2 诊断标准 根据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)^[1]、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》(2010年)制定的诊断标准^[2];中医学辨证分型—脾虚痰瘀型参考2010年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》。主症:胃脘刺痛或隐痛,胃脘胀满。次症:胃脘嘈杂不适,纳呆少食,暖气,恶心呕吐,消瘦,大便不爽或时干时溏。舌苔脉象:舌质淡暗或有瘀斑,苔薄或腻,脉细弱或脉弦涩。证型确定:具有以上主症2项,舌苔脉象基本相符;或具备主症1项、次症2项,舌苔脉象基本相符者,即可辨证为本证。

1.1.3 胃黏膜分级标准 轻度:红白相间,以白为主,血管网透见,常呈局灶性。中度:红白相

间,以白为主,血管网明显见,常呈弥漫性,黏膜皱襞变平、变浅,B型萎缩范围由胃窦至胃角水平上下。重度:除上述表现外,并见黏膜呈颗粒状或结节状,B型萎缩范围至胃体中上部。

1.1.4 病理检测 每例接受胃镜检查的慢性萎缩性胃炎患者(胃窦萎缩为主)均于胃窦处取4块胃黏膜组织(小弯侧、大弯侧、前壁、后壁各1块)作为标本,装入含10%甲醛溶液的标本瓶中固定,送病理检查。

病理检测常规石蜡切片,行HE及Giemsa染色。腺体萎缩病理组织学分级标准:0,固有腺体数无减少;+,固有腺体数减少不超过原有腺体数的1/3;++,固有腺体数介于原有腺体数的1/3~2/3之间;+++,固有腺体数减少超过2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失。肠上皮化生分度标准:0,无肠化;+,肠化区占腺体和表面上皮总面积1/3以下;++,肠化区占腺体和表面上皮总面积1/3~2/3;+++,肠化区占腺体和表面上皮总面积2/3以上。异型增生(不典型增生、上皮内瘤变)分度标准:有异型增生(上皮内瘤变)时要注明,分轻度和重度(或低级别和高级别)2级。病理免疫组化:胃窦上皮细胞癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA),克隆号COL-1,免疫球蛋白类型IgG2a/6。应用和推荐稀释倍数:免疫组化(适用于冰冻和石蜡组织,室温下按1:50~1:100稀释)。预处理:石蜡切片需在10 mmol/L、pH 6.0的柠檬酸缓冲液中煮10~

20 min, 室温下冷却 20 min。细胞定位: 细胞浆/膜。检测结果分 +、++、+++ 3 个分度。

增生标志物 Proliferation Marker (Ki67) 克隆号为 Ki-S5, 免疫球蛋白类型为 IgG₁/κ。应用和推荐稀释倍数与预处理同 CEA。细胞定位: 细胞核。Ki67 检测结果以阳性率来表示。

Villin 克隆号 CWWB1, 免疫球蛋白类型为 IgG1/6。应用和稀释倍数与预处理同 CEA。细胞定位: 细胞膜和细胞浆, 其检测结果分 +、++、+++ 3 个分度。

CDX2 克隆号 SP54, 免疫球蛋白类型为兔 IgG, 免疫原为人 CDX2 的 N 端合成肽。应用和稀释倍数与预处理同 CEA。细胞定位: 细胞核, 其检测结果分 +、++、+++ 3 个分度。

1.1.5 纳入标准 一周内未使用同类中西药、幽门螺杆菌检测阴性或者转阴的患者, 签署知情同意书, 配合疗程结束后作相关复查。

1.2 排除标准 临床症状疑似, 未经胃镜、病理明确诊断者; 合并胃及十二指肠溃疡者; 上消化道出血者; 胃黏膜有高级别上皮瘤变或病理诊断怀疑恶变者; 有严重的原发性心、肝、肾、肺、血液系统疾病, 肾功能 Cr > 正常参考值上限者, 肝功能 ALT ≥ 正常参考值 1.5 倍以上者; 妊娠或正在哺乳的患者; 晕针及其他不能耐受针刺治疗者, 不配合

操作者; 精神病患者;

1.3 剔除标准 (1) 患者依从性差, 研究中途随意停药或不按要求服药者; (2) 研究期间依从性差, 自行停药或联合应用相关治疗药物, 拒绝按时服药或者接受施针的患者, 影响本病的临床观察者。

1.4 一般资料 选择 2014—2016 年上海市中医医院的门诊病人 90 例 (考虑临床观察中脱落率, 实际入组病人数 108 例), 病程从半年至十余年, 病情以发展缓慢、反复发作作为特点, 根据随机数字表分为理中复元方结合针刺组 (结合组)、理中复元方治疗组 (中药组) 和对照组 (叶酸)。理中复元方结合针刺治疗组患者 36 例, 其中男性 3 例, 女性 33 例; 年龄最小者 36 岁, 年龄最大者 74 岁; 病程最短 1 个月, 最长 10 年, 脱落 5 例。理中复元方治疗组 36 例患者中, 男性 12 例, 女性 24 例。年龄最小者 27 岁, 年龄最大者 69 岁; 病程最短 1 个月, 最长 9 年, 脱落 5 例。对照组 36 例患者中, 男性 6 例, 女性 30 例; 年龄最小者 29 岁, 年龄最大者 71 岁; 病程最短 3 个月, 最长 10 年, 脱落 7 例。3 组一般情况中除性别比外, 年龄、心率、呼吸、体温、收缩压、舒张压等人口学资料均有可比性 ($P > 0.05$), 其余所有人口学基线资料均有可比性 ($P > 0.05$, 表 1)。

表 1 人口学资料 [例 (%)]

Tab. 1 Demographic data [case (%)]

项目	结合组	中药组	对照组	项目	结合组	中药组	对照组
性别	女	33(91.7)	24(69.5)	30(83.3)	无	36(100.0)	34(94.5)
	男	3(8.3)	11(30.5)	6(16.7)	有	0(0.0)	2(5.5)
	合计	36	36	36	合计	36	36
婚姻	否	0(0.0)	1(2.8)	1(2.8)	无	28(77.8)	28(77.8)
	是	36(100.0)	35(97.2)	35(97.2)	有	8(22.2)	8(22.2)
	合计	36	36	36	合计	36	36
民族	其他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	无	34(94.4)	31(86.2)
	汉族	36(100.0)	36(100.0)	36(100.0)	有	2(5.6)	5(13.8)
	合计	36	36	36	合计	36	36
				是否合并其它疾病	有	2(5.6)	5(13.8)
				合计	36	36	36

2 方法

2.1 分组与治法

2.1.1 理中复元方结合针刺组 本组在口服理中复元方的同时给予针刺治疗。理中复元方: 生黄芪 9 g、炒白术 9 g、云茯苓 9 g、制半夏 9 g、柴胡 6 g、莪术 9 g、广郁金 12 g、炙刺猬皮 9 g、平地木 15 g、炒白芍 12 g、黄连 3 g、吴茱萸 1.5 g、白花蛇舌草 30 g、生牡蛎 15 g, 水煎服, 每日 1 剂。煎法: 冷水 400 mL 浸泡 1 h; 大火煮沸后小火煎 20 min, 取汁 200 mL; 同样方法再煎 1 次, 取汁

200 mL。服法: 口服 2 次, 早晚饭后半小时服用, 4 个月为一疗程。针刺法治疗规范: 所需器材为 75% 酒精棉球、毫针 (由无锡佳健医疗器械有限公司提供, 为一次性无菌针灸针, 规格 0.30 mm × 40 mm); 腧穴定位为胃俞、中脘、内关、足三里; 针刺疗程为每周 2 次, 9 次为 1 疗程, 每个疗程中间休息 5 d, 治疗 4 个疗程, 实际针刺治疗时间约 4 个月。针刺时应征求患者同意, 消除其紧张情绪, 根据病情需要, 再施针刺。

2.1.2 理中复元方治疗组 本组只服用理中复元

方，水煎服，每日1剂。煎法：冷水400 mL浸泡1 h；大火煮沸后小火煎20 min，取汁200 mL；同样方法再煎1次，取汁200 mL。服法：口服2次，早晚饭后半小时服用。4个月为一疗程。

2.1.3 叶酸对照组 本组服用叶酸（上海信谊黄河制药有限公司，批号130101），每次10 mg，每日3次，4个月为一疗程。

2.2 疗效观察

2.2.1 胃镜报告 根据2003年中华医学会消化内镜学会大连会议制定的慢性胃炎内镜分型分级标准^[3]，对治疗前后胃镜图文报告进行对照。

2.2.2 胃镜病理报告 参考2003年版的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[4]，对治疗前后病理结果、免疫组化结果进行对照。

2.2.3 评分标准 参照2002年版《中药新药临床研究指导原则》^[5]，将本病的临床主症（胃脘疼痛、胃脘胀满）、次症（嘈杂、嗝气、恶心呕吐、消瘦、纳呆）均分为“无”、“轻”、“中”、“重”4个等级并赋予相应的分值。分别于患者治疗首日、治疗后1、2、3、4、6个月对其进行观察评分并记录，具体评分量化标准为主症无、轻、中、重分别赋予0、2、4、6分，次症分别赋予0、1、2、3分。对治疗首日，治疗后1、2、3、4、6个月的舌苔、脉搏作对照观察。

2.3 疗效评定标准

2.3.1 症状 根据2002版《中药新药临床研究指导原则》^[5]，临床痊愈，症状、体征消失或基本消失，症候积分减少 $\geq 90\%$ ；显效，症状、体征明显改善，症候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效，症状、体征均有好转，症候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效，症状、体征均无明显改善，甚至加重，症候积分减少不足30%。疗效指数 = [(治疗后得分 - 治疗前得分) / 治疗前得分] $\times 100\%$ 。

2.3.2 病理 临床痊愈，活检组织显示腺体萎缩、肠化、异型增生恢复正常或消失；显效，活检组织显示腺体萎缩、肠化、异型增生基本恢复正常或减轻2个级度；有效，活检组织显示腺体萎缩、肠化、异型增生减轻1个级度；无效，达不到有效标准。

2.3.3 免疫组化 临床痊愈，活检组织显示胃窦上皮细胞CEA、CDX2、Villin及Ki67恢复正常或消失；显效，活检组织显示胃窦上皮细胞CEA、CDX2、Villin基本恢复正常或减轻2个级度，Ki67数值明显下降；有效，活检组织显示胃窦上皮细胞

CEA、CDX2、Villin减轻1个级度，Ki67数值有所下降；无效，达不到有效标准。

2.3.4 总体 萎缩性胃炎伴肠化疗效评定标准参考2003年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》。近期临床治愈：临床主要症状消失，次要症状基本消失或消失；胃镜复查黏膜活动性炎症消失，慢性炎症好转达轻度；活检组织病理证实胃镜所见，萎缩、肠化和异型增生复常或消失；胃窦上皮细胞CEA、CDX2、Villin、Ki67恢复正常。显效：临床主要症状消失，次要症状基本消失；胃镜复查黏膜急性炎症基本消失，慢性炎症好转；活检组织病理证实胃镜所见，萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻达2个级度以上（含2个级度）；胃窦上皮细胞CEA、CDX2、Villin恢复或减轻达2个级度以上（含2个级度），Ki67数值明显下降。有效：主要症状明显减轻；胃镜检查黏膜病变范围缩小1/2以上，炎症有所减轻；活检组织病理证实胃镜所见，急、慢性炎症减轻1个级度以上，萎缩、肠化和异型增生减轻；胃窦上皮细胞CEA、CDX2、Villin减轻1个级度，Ki67数值有所下降。无效：达不到有效标准之病例，而未恶化者。

2.4 统计学方法 计量资料以均数 \pm 标准差，或最大值、最小值、中位数、95%置信区间描述；计数资料以频数表、百分率描述。计量资料组间比较采用方差分析（ANOVA），若 $P < 0.05$ 时，提示组间差异有统计学意义，采用LSD-*t*检验进行组间两两比较；试验后各时点与基线的比较，采用配对*t*检验。疗效指标中，重复测量的计量资料（3个时点及以上）采用方差分析进行时点和组间比较，当不符合球形检验时，以G-G法和H-H法进行校正。二分类计数资料组间比较采用卡方检验（MH），若 $P < 0.05$ 时，提示组间差异有统计学意义，采用MH法进行组间两两比较；当发生频数小于5时，采用Fisher精确检验。等级资料组间比较采用秩和检验（K-W法），若 $P < 0.05$ 时，提示组间差异有统计学意义。采用扩展的卡方检验方法（CMH法）进行组间两两比较。当发生频数小于5时，采用Fisher精确检验。分析采用SPSS 16.0软件。

3 结果

3.1 胃黏膜颜色分级疗效 第2次检查 $P < 0.05$ ，说明治疗前后有差异；两两比较的*P*值结合*q*值比较后，可以发现在改善胃黏膜颜色疗效方面，理中

复元方组 > 理中复元方结合针刺组 > 对照组。见表2。

表2 胃黏膜颜色分级历时性变化 [例 (%)]

Tab. 2 Diachronic changes of color grading of gastric mucosa [case (%)]

项目	理中复元方结合针刺组	理中复元方组	对照组	P
第1次检查				0.697
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
轻度	18(50.0)	21(58.3)	22(61.1)	
中度	18(50.0)	13(35.1)	14(40.0)	
重度	0(0.0)	2(5.4)	0(0.0)	
合计	36	36	36	
第2次检查				0.018
正常	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	0.013*
轻度	26(83.9)	30(96.8)	23(79.3)	0.745
中度	5(16.1)	0(0.0)	6(20.7)	0.006▲
重度	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
合计	31	31	29	

注:理中复元方结合针刺组与理中复元方组比较,* $P < 0.05$;理中复元方组与对照组比较,▲ $P < 0.05$

3.2 胃黏膜慢性炎症反应疗效 胃黏膜炎症反应治疗前后无变化。见表3。

表3 胃黏膜慢性炎症反应分级历时性变化 [例 (%)]

Tab. 3 Diachronic changes of chronic inflammatory response grading of gastric mucosa [case (%)]

项目	理中复元方结合针刺组	理中复元方组	对照组
第1次检查			
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
轻度	30(83.3)	29(80.6)	33(91.7)
中度	6(16.7)	7(18.9)	3(8.6)
重度	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合计	36	36	36
第2次检查		0.145	
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
轻度	24(77.4)	20(64.5)	25(86.2)
中度	7(22.6)	11(35.5)	4(13.8)
重度	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合计	31	31	29

3.3 活动性分级疗效 胃黏膜活动性分级治疗后组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 各组治疗前后变化有显著差异 ($P < 0.05$)。见表4。

3.4 中医症候疗效 中医症候积分入组时比较, $P > 0.05$, 故均具有可比性 (表5)。

中医症候积分重复测量资料方差分析及历时性变化图显示, 中脘疼痛、胃脘胀满、暖气、嘈杂以及总评分组间有显著差异 ($P < 0.05$), 在改善程度方面依次为理中复元方结合针刺组 > 理中复元方组 > 对照组; 各组在纳呆、消瘦、恶心和呕吐方面

表4 活动性分级历时性变化 [例 (%)]

Tab. 4 Diachronic changes of activity classification [case (%)]

项目	理中复元方结合针刺组	理中复元方组	对照组	P
第1次检查				0.035
正常	19(52.8)	26(72.2)	28(77.8)	0.019
轻度	12(33.3)	10(27.0)	7(20.0)	0.022
中度	5(13.9)	0(0.0)	1(2.9)	0.907
重度	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
合计	36	36	36	
第2次检查				0.008
正常	22(71.0)	30(96.8)	27(93.1)	0.027
轻度	7(22.6)	0(0.0)	1(3.4)	0.068
中度	2(6.5)	1(3.2)	1(3.4)	0.693
重度	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
合计	31	31	29	

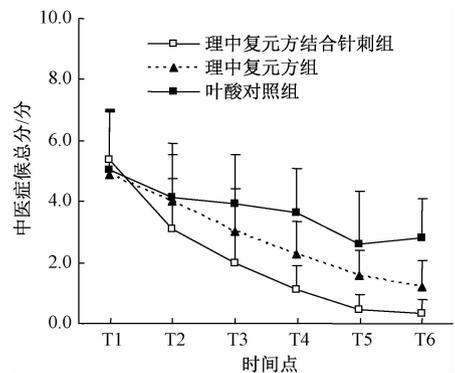
表5 中医症候比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

Tab. 5 Comparison of TCM syndromes (score, $\bar{x} \pm s$)

项目	理中复元方结合针刺组	理中复元方组	对照组
中脘疼痛	0.69 ± 0.82	0.62 ± 0.76	0.65 ± 0.88
胃脘胀满	1.33 ± 0.86	1.49 ± 0.73	1.29 ± 0.84
暖气	1.42 ± 0.84	1.54 ± 0.65	1.41 ± 0.66
嘈杂	1.28 ± 0.88	0.84 ± 0.73	1.15 ± 0.82
恶心	0.17 ± 0.56	0.03 ± 0.16	0.06 ± 0.24
呕吐	0.03 ± 0.17	0.00 ± 0.00	0.03 ± 0.17
纳呆	0.31 ± 0.62	0.16 ± 0.44	0.24 ± 0.50
消瘦	0.17 ± 0.45	0.22 ± 0.42	0.24 ± 0.50
总评分	5.39 ± 1.57	4.89 ± 2.11	5.06 ± 1.97

无显著差异 ($P > 0.05$)。见表6、图1~2。

理中复元方结合针刺组较其他2组中医症候评分下降趋势较明显, 且在前后症候评分对比上改善幅度较大。整体而言, 对于中医症候的改善方面而言, 理中复元方结合针刺组 > 理中复元方组 > 对照组。见图1。



注: T1 为入组时, T2 为治疗后1月, T3 为治疗后2月, T4 为治疗后3月, T5 为治疗后4月, T6 为随访期 (治疗结束后2月)

图1 中医症候总评分历时性分析

Fig. 1 Diachronic analysis of TCM syndrome total scores

表6 中医症候积分重复测量资料方差分析
Tab. 6 Analysis of variance of TCM syndrome scores with repeated measurement data

变异来源	离均差平方和	自由度	均方	F	P	校正概率	
						G-G 法	H-F 法
中腕疼痛							
时间	18.867	5	3.737	16.499	0.000	0.000	0.000
组间	9.951	2	4.970	6.040	0.003		
胃脘胀满							
时间	62.830	5	12.566	53.918	0.000	0.000	0.000
组间	26.036	2	13.018	10.632	0.000		
暖气							
时间	59.014	5	11.803	51.371	0.000	0.000	0.000
组间	14.351	2	7.176	9.164	0.000		
嘈杂							
时间	46.577	5	9.315	31.129	0.000	0.000	0.000
组间	16.276	2	8.138	0.618	0.000		
恶心							
时间	0.516	5	0.103	2.502	0.030	0.083	0.081
组间	0.145	2	0.073	0.806	0.450		
呕吐							
时间	0.056	5	0.011	0.924	0.465	0.396	0.399
组间	0.027	2	0.014	0.846	0.432		
纳呆							
时间	2.424	5	0.485	7.232	0.000	0.001	0.001
组间	0.919	2	0.459	2.547	0.084		
消瘦							
时间	3.550	5	0.710	13.488	0.000	0.000	0.000
组间	0.132	2	0.066	0.540	0.585		
总分							
时间	920.542	5	184.108	158.110	0.000	0.000	0.000
组间	258.290	2	129.145	20.060	0.000		

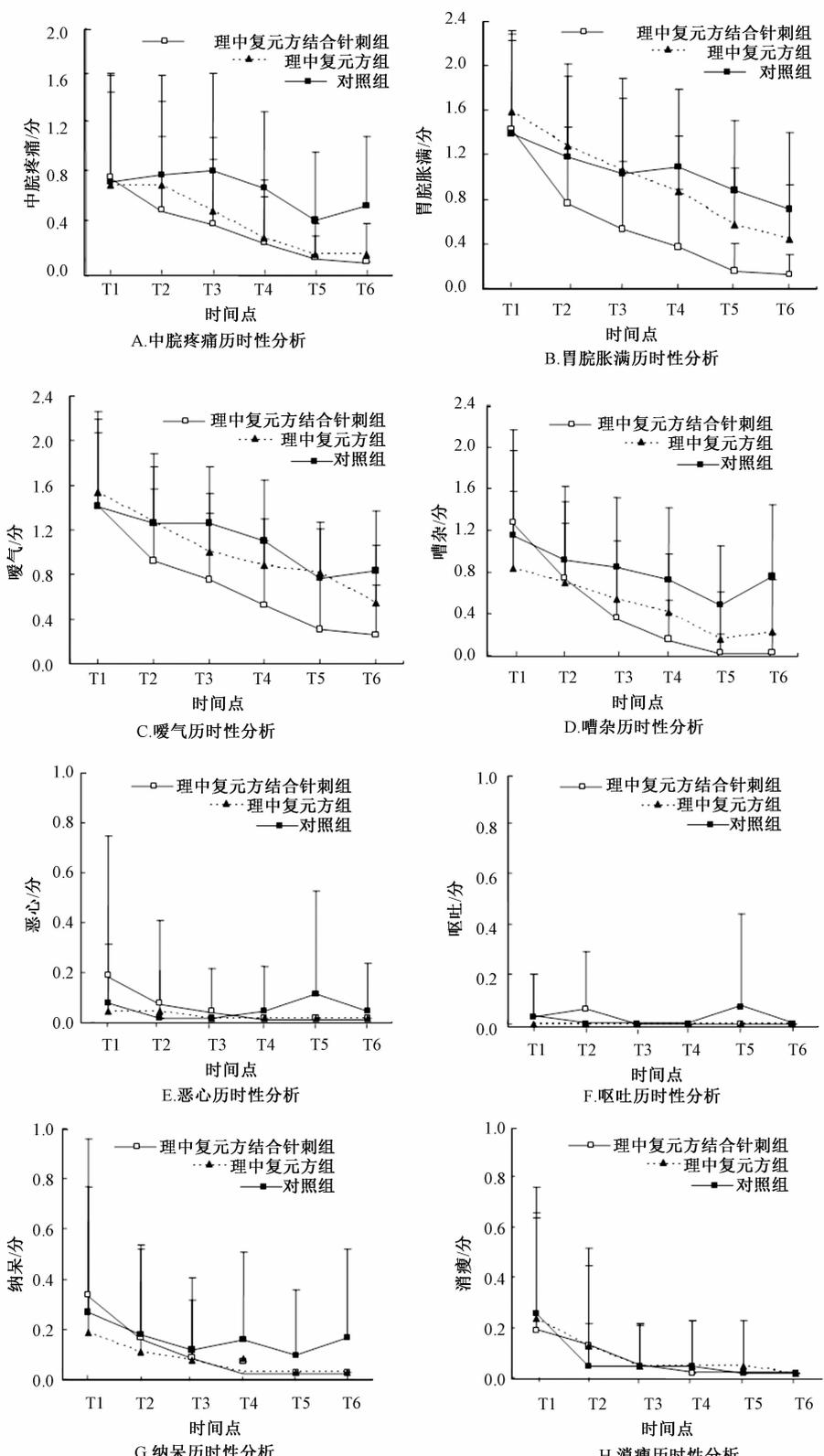
对中腕疼痛、胃脘胀满、暖气、中腕嘈杂、恶心、呕吐、纳呆改善情况进行分析，发现理中复元方结合针刺组 > 理中复元方组 > 对照组。但理中复元方结合针刺组在改善上述症状方面较其他 2 组下降趋势较明显，且前后对比改善幅度较大。

对消瘦改善情况进行分析，发现对照组 > 理中复元方组 > 理中复元方结合针刺组。但对照组在改善消瘦方面较其他 2 组下降趋势较明显，且前后对比改善幅度较大。见图 2。

3.5 综合疗效分析 在症状疗效方面，组间有显著差异 ($P < 0.01$)。两两比较的 P 值结合 q 值比较后，发现疗效依次为理中复元方结合针刺组 > 理中复元方组 > 对照组。在病理疗效、免疫组化和综合疗效方面，组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 7。

4 讨论

自 1978 年世界卫生组织 (WHO) 把慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 定义为胃癌的癌前病变以来，胃固有腺体萎缩的基础上同时伴有肠腺化生或不典型增生者日益受到人们重视^[6]。21 世纪以来，由于“韩日风”日盛，生吃生猛海鲜、追捧腌制食品和韩国泡菜成为时尚，从而导致本病发病率逐年升高，发病年龄逐渐下降，预后也逐渐向恶，西医至今尚无特效药^[7]。海派中医代表人物、国医大师张镜人提出“治胃之要，衡平概之”、“脾虚必生痰湿”^[8]、“初病在经，久病入络”、“久病必瘀”的学术思想，遵循张老“宏观以辨证，微观以借鉴”^[9]的精髓，辨证本病为脾胃不和，气虚血瘀，立足于“脾虚”、“痰”、“瘀”的致病病机，辨证归属于“胃脘痛”、“胃



注：T1 ~ T6 分别代表入组时、治疗后 1 月、治疗后 2 月、治疗后 3 月、治疗后 4 月、随访期（治疗结束后 2 月）

图 2 中医症候历时性分析

Fig. 2 Diachronic analysis of TCM syndromes

痞”、“嘈杂”等范畴，多由于饮食不节、情志不遂，致痰瘀蕴结、气血郁滞；或久病脾气虚弱，痰

瘀交阻而致病。长期临床观察中发现胃镜、病理检查与中医辨证用药有着密切的关系，逐渐建立了健

表7 综合疗效分析结果 [例 (%)]

Tab. 7 Results of comprehensive efficacy analysis[case(%)]

项目	理中复元方 结合针刺组	理中复 元方组	对照组	P
症状疗效判定				0.000
无效	0(0.0)	0(0.0)	5(17.2)	0.000*
有效	0(0.0)	18(58.1)	21(72.4)	0.000 [△]
显效	10(32.3)	10(32.3)	2(6.9)	0.002 [▲]
痊愈	21(67.7)	3(9.7)	1(3.4)	
合计	31	31	29	
病理疗效判定				0.495
无效	20(66.7)	19(61.3)	22(75.9)	
有效	7(23.3)	7(22.6)	4(13.8)	
显效	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
痊愈	3(10.0)	5(16.1)	3(10.3)	
合计	30	31	29	
免疫组化疗效判定				0.457
无效	13(41.9)	15(48.4)	18(62.1)	
有效	16(51.6)	15(48.4)	8(27.6)	
显效	2(6.5)	1(3.2)	2(6.9)	
痊愈	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)	
合计	31	31	29	
综合疗效判定				0.260
无效	18(58.1)	20(64.5)	22(75.9)	
有效	10(32.3)	10(32.3)	7(24.1)	
显效	2(6.5)	1(3.2)	0(0.0)	
痊愈	1(3.2)	0(0.0)	0(0.0)	
合计	31	31	29	

注:理中复元方结合针刺组与理中复元方组比较,* $P < 0.01$;理中复元方结合针刺组与对照组比较,[△] $P < 0.01$;理中复元方组与对照组比较,[▲] $P < 0.01$

脾扶正、化痰祛痰的攻补兼施治则,研制出经验方“理中复元方”,用药特点为运用气血共调的方法,做到祛痰不伤正、化痰不动血。方中君药生黄芪,健脾益气、托毒生肌;柴胡疏肝解郁,制半夏和胃降逆,二药一升一降,寓“中焦如衡、非平不安”之意,茯苓、炒白术健脾利湿、燥湿化痰;郁金、莪术、刺猬皮(制用)、平地木,四药共用,共奏活血化瘀;炒白芍柔肝养血;黄连配吴茱萸取清肝和胃之意,白花蛇舌草清热解毒,生牡蛎软坚散结、收敛止血,诸药配伍,共奏健脾祛痰、行气化痰、化腐生肌、软坚散结之功。

然后,结合针刺治疗。祖国医学素有“药物归经”、“引经报使”理论,结合张老“初病在经,久病入络”、“久病必瘀”的独特见解,选取的足三里穴为足阳明胃经的合穴及下合穴,足阳明胃经隶属于整个经脉系统,针刺该经所流注的腧穴均可

治疗脾胃疾患,且“合治内腑”,“肚腹三里留”;针刺足三里可以奏疏通经络、扶正祛邪、强脾健胃之功,为强壮保健要穴^[10]。内关属手厥阴心包经,为该经的络穴,同时也是八脉交会穴,通于阴维脉内关可宁心安神、理气止痛,是多种疾病按摩治疗时的首选穴,除了可治疗心系相关疾病外,对于胃痛、呕吐、呃逆等胃腑疾病亦具有非常好的疗效^[10]。中脘为任脉循经所过之穴,属胃经募穴,也是八会穴之腑会,同时也是手太阳、少阳、足阳明、任脉之会,在治疗胃痛、腹胀、呕吐、呃逆等胃腑疾病方面具有非常确切的疗效^[10]。胃俞位于于背部,为膀胱经循经所过之穴,其穴义为“胃腑的湿热之气由此外输膀胱经”,亦是胃经俞穴,用于治疗胃脘痛、腹胀、呕吐等疾病,中脘配胃俞,俞募相配,加强疗效。遵循“药物归经”、“引经报使”理论,研究采用理中复元方结合针刺法治疗本病,取足三里疏通经络、益气健脾;内关宁心安神、理气止痛;中脘为胃经募穴,胃俞为胃经俞穴,俞募合治,加强健脾和胃之效,四穴远近共治,共奏理气通络、健脾化痰之效。近年来,不少实验与临床研究表明,单用针刺法能在一定程度上改善慢性萎缩性胃炎,升高CAG模型大鼠的血清胃泌素水平,降低其血浆胃动素水平,从而保护胃肠黏膜,促进胃排空,缩短损伤因子在胃内的滞留,促进食物的消化吸收^[11],并能提高胃黏膜组织前列腺素E₂(PGE₂)、前列腺素F_{2α}(PGF_{2α})的含有量,降低环磷酸鸟苷(cGMP)的含有量,从而调整胃肠激素^[12];还能够降低C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、血细胞介素-6(IL-6)含有量,抑制炎症反应^[13],亦可减少胃酸分泌,提高胃酸pH值,破坏HP的生存环境^[14]。临床综合疗效结果分析显示,胃黏膜颜色和活性分级在各组间差异有统计学意义,中医症候(尤其是主症总积分)在治疗前后有显著差异,理中复元方结合针刺组在改善慢性萎缩性胃炎患者胃脘疼痛、中脘胀满、嗝气、嘈杂等主症方面的疗效卓著,明显减轻了患者的痛苦,提高了患者的生活质量,更有利于保证患者配合治疗的依从性。在综合疗效方面,各组间有显著差异;在病理疗效、免疫组化和综合疗效方面,组间差异无统计学意义,结合组总有效率为42%;中药组总有效率为36.5%;对照组总有效率为24.1%。研究结果显示,各中医主症改善程度方面依次为理中复元方结合针刺组>理中复元方治疗组>对照组,而且理中

复元方结合针刺组在改善中脘疼痛、胃脘胀满、嗝气、嘈杂、纳呆、消瘦等方面差异有统计学意义,证实了针药结合健脾祛痰、行气化痰的有效性。虽然有疗程短、病例少的问题存在,但综合疗效仍显示理中复元方结合针刺组 > 理中复元方治疗组 > 对照组,相比较西医对幽门螺杆菌的反复姑息治疗、长期大量补充叶酸、维生素、硒酵母支持治疗乃至胃镜下微创治疗,节约了用药成本,避免了这些疗法费用高、耗时长等目前存在的主要缺憾,继承和宏扬国医大师的学术思想,开拓和尝试针药结合的临床研究新思路。今后,将扩大样本量,进一步优化对慢性萎缩性胃炎这一临床多发病的疗效。

参考文献:

[1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 18(2): 119-128.
[2] 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.
[3] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
[4] 张万岱, 陈治水, 危北海, 等. 慢性胃炎的中西医结合诊

治方案[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(5): 314-317.
[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 74-78.
[6] 王艳君. 中医治疗慢性萎缩性胃炎的研究近况[J]. 河北中医, 2007, 29(10): 957-958.
[7] 徐清喜, 金冠羽. 慢性萎缩性胃炎癌前期病变的中医药临床和实验研究综述[J]. 中医药通报, 2002, 1(6): 37-39.
[8] 张亚声. 治胃之要, 衡平概之一张镜人老师临诊用药经验[J]. 中国中医急症, 1996(6): 267-268.
[9] 张亚声. 重脾胃生理契机治胃炎独具匠心—张镜人老师临诊经验[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1995, 3(4): 226-228.
[10] 石学敏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010.
[11] 孙玉霞, 王瑞莉, 贾成文, 等. 针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠血清胃泌素和血浆胃动素水平的影响[J]. 陕西中医, 2006, 27(10): 1301-1302.
[12] 高希言, 饶红, 王燕, 等. 针刺对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃粘膜保护作用的实验研究[J]. 中医杂志, 2002, 43(5): 344-345.
[13] 张璇. 针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠 CRP、IL-6、TNF- α 的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
[14] 宋京英, 王文生. 针刺配合西药治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎临床观察[J]. 中国针灸, 2003, 23(4): 213-214.

紫河车免煎颗粒对温和刺激方案结局的影响

蒋晓梅, 庄楣, 戴德英, 童国庆*
(上海中医药大学附属曙光医院, 上海 201203)

摘要: 目的 观察紫河车免煎颗粒(紫河车)对子宫内膜容受性以及胚胎结局的影响。方法 将符合肾气虚型的90例不孕患者随机分为对照组和紫河车组(治疗组),观察两组的子宫内膜厚度、形态、血流、取卵数、受精数、发育胚胎数、优质胚胎数、妊娠率、着床率、流产率。结果 两组患者在血流、发育胚胎数、优质胚胎数上有显著差异($P < 0.05$)。对照组10例以及治疗组14例达到鲜胚移植标准;对照组人体绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性人数4例,低于治疗组6例;对照组临床妊娠人数3例,治疗组6例;对照组种植率4例,治疗组9例。差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 紫河车免煎颗粒可以改善温和刺激方案下促排卵周期子宫内膜容受性及优质胚胎数,显示出增加临床妊娠率的趋势。

关键词: 紫河车免煎颗粒;温和刺激方案;子宫内膜容受性;胚胎质量

中图分类号: R285.5

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2017)09-1807-06

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2017.09.009

收稿日期: 2017-05-31

作者简介: 蒋晓梅(1989—),女,硕士生,研究方向为中西医结合生殖医学。Tel: 13122813760

*通信作者: 童国庆(1971—),男,博士,教授,主任医师,研究方向为中西医结合生殖医学。Tel: 18916290923, E-mail: drtong-guoqingivf@hotmail.com