

分类号：

学校代号：10471

密 级：

学 号：2015424

# 河南中医药大学

## 硕士学位论文

四合胃痛饮治疗慢性非萎缩性胃炎  
(肝郁气滞型) 临床观察

作者姓名：	于悦
导师姓名：	史海立
学科专业：	中医内科学
学位类型：	中医硕士专业学位
所属院部：	第二临床医学院

2018年4月30日

河南中医药大学 2018 届硕士研究生学位论文

四合胃痛饮治疗慢性非萎缩性胃炎  
(肝郁气滞型) 临床观察

研究生姓名： 于悦

导 师： 史海立 主任医师

指导组成员： 张玉峰 主任医师

刘静生 主任医师

赵庆华 主任医师

学科、专业： 中医内科学

所属院、系： 第二临床医学院

中国·郑州

2018 年 4 月 30 日

## 硕士学位论文原创性声明

本人所呈交的硕士学位论文，是在导师史海立教授的指导下，独立进行科学研究工作所取得的成果。除文中特别加以注明引用的内容外，论文中不含有任何其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

特此声明。

论文作者（签名）：于悦

2018 年 5 月 30 日

## 硕士学位论文使用授权声明

本人已完全了解河南中医药大学有关保留、使用硕士学位论文的相关规定，同意学校保留或向国家有关部门、机构送交本学位论文的复印件和电子版，允许论文被查阅或借阅。本人授权河南中医药大学可以将本论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存、汇编本论文（注：保密论文在解密后适用本授权声明）。

特此声明。

论文作者（签名）：于悦

2018 年 5 月 30 日

导师（签名）：史海立

2018 年 5 月 30 日

# 目录

摘要.....	1
Abstract.....	2
前言.....	4
临床研究.....	6
1. 临床资料.....	6
1.1 样本量估算.....	6
1.2 病例来源.....	6
1.3 入选病例诊断标准.....	6
1.4 病例选择标准.....	7
2. 研究方法.....	8
2.1 随机分组.....	8
2.2 治疗方法.....	9
2.3 观察方法.....	9
2.4. 疗效评定标准（参照慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 2011，天津） .....	10
2.5 安全性评定标准.....	11
2.6 统计学处理.....	11
2.7 研究质量控制.....	11
研究结果.....	12
1. 治疗前病例一般情况分析.....	12
1.1 安全性评价.....	12
1.2 治疗前两组患者的年龄分布比较.....	12
1.3 治疗前两组患者的性别分布比较.....	13
1.4 治疗前两组患者的病程分布比较.....	13
2. 两组患者临床疗效比较.....	13
3. 症状积分结果.....	14
3.1 治疗前后中医主要症状积分比较.....	14
3.2 治疗前后中医次要症状积分比较.....	14

3.3 治疗前后中医症状总积分比较.....	15
4. 治疗后两组患者胃黏膜改善情况比较.....	15
5. 治疗后、随访时两组患者中医症状总积分比较.....	16
讨论.....	17
1. 导师对本病的认识.....	17
2. 四合胃痛饮的来源.....	18
3. 四合胃痛饮的方药分析.....	18
1.1 方药组成.....	18
1.2 方剂解析.....	18
4. 疗效分析.....	22
5. 对照组选用气滞胃痛颗粒的临床研究.....	23
6. 不足与展望.....	23
结论.....	24
致谢.....	25
参考文献.....	26
附录.....	26
附录 1 胃镜积分表.....	26
附录 2 中医证候积分表.....	27
附录 3 文献综述.....	28
慢性非萎缩性胃炎的中西医研究进展.....	28
1. 西医学对慢性非萎缩性胃炎的研究.....	28
1.1 概念及流行病学.....	28
1.2 发病机制.....	28
1.3 诊断标准.....	30
1.4 治疗.....	30
2. 中医对慢性非萎缩性胃炎的认识.....	31
2.1 对慢性非萎缩性胃炎病名的认识.....	31
2.2 对慢性非萎缩性胃炎病因病机的认识.....	31
2.3 对慢性非萎缩性胃炎治疗的认识.....	33
3. 结论.....	35
附录 4 附在校期间论文发表情况.....	39

## 摘要

**目的：**观察运用四合胃痛饮治疗慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）的临床疗效，探讨其机制，来评价临床有效性和安全性，进而更好发挥中医药的特色优势，为改善患者生活质量提供一种安全有效的方药。

**方法：**本课题随机选取 2017.04-2017.12 开封市中医院肝胆脾胃科门诊符合慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）诊断标准的患者 102 例，随机分为治疗组与对照组，分别给予四合胃痛饮配方颗粒及气滞胃痛颗粒口服，4 周为一疗程，观察临床症状、胃镜检查的改善情况，并进行安全性评价。

**结果：**1.在临床总有效率方面，治疗组总有效率为 93.62% ，对照组为 81.25%，经秩和检验  $P<0.05$ ，组间比较差异有统计学意义，说明治疗组有效率优于对照组。

2.在中医主要症状方面，两组组内配对  $t$  检验  $P<0.05$ ，两组治疗方案均可改善中医主要症状，组间差值  $t$  检验  $P<0.05$ ，治疗组主要症状积分差值较对照组变化幅度大。

3.在中医次要症状方面，两组组内配对  $t$  检验对照组  $P<0.05$ ，观察组  $P<0.05$ ，治疗后两组中医次要症状均有改善，组间差值  $t$  检验  $P<0.05$ ，治疗组次要症状积分差值较对照组变化幅度大。

4.在胃镜结果方面，两组患者胃镜下积分愈显率及有效率无明显改善，且  $P>0.05$ ，两组治疗方案无明显差异。

5.治疗组患者随访时中医症状积分改善不明显（ $P>0.05$ ），而对照组随访后症状积分有所增高（ $P<0.05$ ），治疗组的远期疗效要优于对照组。

**结论：**四合胃痛饮可明显缓解慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）患者的临床症状，且远期疗效较好，无明显副作用，疗效显著，是治疗慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）的一种有效方药。

**关键词：**慢性非萎缩性胃炎；中国传统医学；中草药；临床观察

# **Clinical Study of Siheweitongyin in the treatment of Chronic non-atrophic gastritis (The Type Of Liver Depression and Qi stagnation )**

*YuYue* (Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine)

Directed by *Shi Haili*

## **Abstract**

**Objective:** This study discuss the mechanism of Siheweitongyin based on observing the clinical treatment of Liver Depression and Qi stagnation type of chronic non-atrophic gastritis, and evaluate the efficacy and safety of this medicine in order to find the advantages of Traditional Chinese Medicine and provide a more effective prescription for patients which can improve patients' living quality.

**Methods:** 102 patients who compliance with diagnostic criteria of Liver Depression and Qi stagnation type of chronic non-atrophic gastritis in KaiFeng Chinese traditional medicine Hospital from April, 2017 to December, 2017 are selected and then they are divide into two group: control group and observed group randomly. The control group are treated by Qizhiweitong Granules while observed group are treated by Siheweitongyin. After a course treatment of four weeks, patients' clinical symptoms, symptom integral and gastroscopie are observed to see the improvement of their clinical symptoms, and safety is evaluated.

**Results:** 1. For the total effective of rate, the observation group is percent 93.62 while the control group is percent 81.25, this result suggests that the observation group is better than the control group.

2. For cardinal symptom of traditional Chinese medicine, the  $P$  values of the paired  $t$  test in the two groups is less than 0.05. This result suggests that these two groups of

treatment schemes could obviously improve the cardinal symptom using traditional Chinese medicine. The  $t$  test between groups shows that the observation group is better than the control group.

3. For the minor symptoms of traditional Chinese medicine, the  $t$  test of the independent sample is  $P<0.05$ . The control group is  $P<0.05$  while the observation group is  $P<0.05$  in the  $t$  test of intra group pairing. The results show that the minor symptoms of two groups using traditional Chinese medicine are improved after the treatment. And the therapeutic effect of observation group is better than the control group.

4. For the results of gastroscopy, the total effective rate of the observation group and control group is not developed. And  $P>0.05$  shows that there is no significant difference in the improvement of gastric mucosa between the two groups.

5. In the prognosis, the improvement of the score of symptom of traditional Chinese medicine is not obvious though the telephone interviews ( $P>0.05$ ). However, the symptom score of the control group is increased after the telephone interviews ( $P<0.05$ ). The results show that the observation group is better than the control group for the long-term treatment.

**Conclusion:** This study confirms the efficiency of Siheweitongyin in the treatment of the deficiency Liver Depression and Qi stagnation type of chronic non-atrophic gastritis and this medicine should be widely used in clinical.

**Key words:** Chronic non-atrophic gastritis; Traditional Chinese medicine ; Chinese herbal medicine; clinical research



## 前言

慢性非萎缩性胃炎（Chronic non-atrophic gastritis，CNAG）是指在各种环境因素与自身因素的影响下，主要特征是以浆细胞和淋巴细胞在胃黏膜层多见，且胃黏膜不见萎缩，而胃内细胞发生慢性炎症反应的，以胃痛、恶心、反酸为主要症状的一种临床常见疾病。本病无典型及特异性的临床表现，大多数患者有上腹部饱胀或疼痛，且疼痛无明显节律性，亦有反酸、嗝气、恶心等消化不良症状，少数患者可无临床症状。

目前西医对本病的发病机制的认识主要包括以下几点，1.幽门螺杆菌的感染；2.常见的包括不洁食物饮水等导致胃肠严重感染，由于暴饮暴食或老年胃肠黏膜退行性萎缩导致的胃肠吸收蠕动差，以及胃肠的开放性手术损伤，幽门括约肌在这些因素的长期刺激下失去其正常的收缩功能，导致消化液由十二指肠段反流到胃底，因为其酸碱度与生物活性不同，胃部的黏膜层在这些消化液的长期刺激下损伤，给予其他损伤因子如 Hp 生存创造条件；3.自身免疫因素，当免疫机制出现问题时，胃黏膜会出现不同程度的损害，进而导致胃内出现炎症细胞的浸润；4.随着年龄的变化，动脉血管出现硬化，在高血压，糖尿病这些老年常见病的侵蚀下，加重了其胃肠微小动脉血管的粥样硬化，导致胃黏膜分泌功能的下降和屏障功能的降低；5.理化因素，胃黏膜对外界屏蔽功能损伤跟长期不良饮食习惯以及对辛辣食物、酒精的过度偏嗜直接相关，很大程度上增加了该病的发病率；6.其他因素，包括精神心理压力因素、其他各个系统的疾病等等。西医在治疗上多采用对症治疗与对因治疗，对于善太息、嗝气、胸胁胀满等肝郁气滞的症状并没有很大改善，且复发率较高，副作用较大，患者依从性差，在治疗上有一定的局限性。

依据慢性非萎缩性胃炎的主要临床表现，中医学将其归类于“痞满”“嘈杂”、“胃脘痛”等病，将慢性非萎缩性胃炎的病因病机概括为“外邪犯胃”、“饮食内伤”、“情志因素”、“脾胃素虚”四方面。自古以来中医对慢性非萎缩性胃

炎的研究极为繁多，历代医家总结了丰富的经验，治疗方法多种多样。导师结合前人的积累及临床数十年的经验提出，由于时代的不同，胃脘痛病因病机的主导地位也发生了变化，由情志因素所致的胃脘痛发病率逐年上升，除肝气郁滞外，多夹湿，夹热，夹瘀。导师还认为，胃为六腑之一，以通为用，以降为顺，若外邪、情志、饮食等因素伤胃，胃的通降、消化、受纳功能失常，易出现胃脘部胀满、大便不通等症状，多表现为实证，因此导师依据多年的临床经验，将胃脘痛分为两种，分别为胃气痛及胃血痛，由于气血相互影响，导致临床表现繁杂，单纯的气滞及血瘀症状多不常见，常夹杂出现，在辨证的过程中，要注意辨证患者气滞症状突出还是血瘀症状突出，但不可拘泥于突出症状，还要兼顾次要症状，既要理气，又要活血，可根据不同的证型选择不同的用药及剂量，灵活运用。对于本病肝郁气滞型的治疗，舒肝理气止痛为根本，还需兼顾活血、燥湿、清热之法，以理气为主，以活血、燥湿、清热为辅，主次分明，方可奏效。方取柴胡疏肝散、丹参饮、半夏厚朴汤、平胃散四方加减合成，命名为四合胃痛饮。通过前期观察及临床研究，得出四合胃痛饮治疗慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）具有疗效好，副作用少，改善症状明显、价格低廉等优势，可以进一步研究及推广。

## 临床研究

### 1. 临床资料

#### 1.1 样本量估算

据资料显示及前期临床观察，估算治疗组治疗方案有效率约为 93.7%，对照组治疗方案治疗有效率约为 70.3%，本试验拟取 $\alpha=0.05$ ， $\beta=0.10$ ，代入公式  $n=(z_{\alpha}+z_{\beta})^2 2p(1-p)/(p_1-p_2)^2$ ，得出  $n=45.62 \approx 46$ ，按 10% 的脱落率，拟两组各观察 51 例，拟共纳入 102 例患者。

#### 1.2 病例来源

参与本次临床观察的 102 例受试者均来自 2017 年 4 月至 2017 年 12 月期间就诊于开封市中医院肝胆脾胃科，经 13C-尿素呼气试验检验为阴性，内镜下观察黏膜病变为非萎缩性病变，符合设定的纳入标准的中医证属肝郁气滞患者。按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组。

#### 1.3 入选病例诊断标准

##### 1.3.1 西医诊断标准

1) CNAG 诊断标准 本病的诊断标准参照中华医学会消化病学分会发布的《中国慢性胃炎共识意见 2012·上海》<sup>[1]</sup>及中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发布的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 2011·天津》<sup>[2]</sup>制定：

（1）反复或持续性钝痛、烧灼痛、上腹不适、饱胀，进食后加重，伴恶心、反酸、嗝气、纳差等表现；或伴上腹部压痛；

（2）胃镜检查可见黏膜红斑，黏膜出血点或斑块，黏膜粗糙伴或不伴水肿，及充血渗出等基本表现。

其中，反复或持续性钝痛、烧灼痛、上腹不适、饱胀，进食后加重为其主要症状，恶心、反酸、嗝气、纳差等为其次要症状。

##### 2) 胃镜形态诊断标准

根据《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[3]</sup>，非萎缩性胃炎

在内镜下可见黏膜红斑，黏膜出血点或斑块，黏膜粗糙伴或不伴水肿及充血渗出等基本表现：

- (1) 红斑（点、片状或条状），黏膜粗糙不平，出血点斑；
- (2) 水肿，黏膜反光强，稍苍白，肿胀感，胃小窝明显；
- (3) 糜烂，皱襞面黏膜剥脱，常有白苔。又可分为型：隆起型，如丘疹状，顶端有脐样凹陷；平坦型，不高出周围黏膜；凹陷型，比周围黏膜低，糜烂的周围黏膜有炎症的表现；
- (4) 出血，黏膜内点状、片状出血，不隆起的红色、暗红色出血斑。

### 1.3.2 中医辨证标准

#### 1) 肝郁气滞辨证标准

##### (1) 胃脘痛诊断标准

参照 2002 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则（试行）2002 年》

<sup>[4]</sup>拟定胃脘痛中医诊断标准：

①胃脘部疼痛及胃肠病症状；②有反复发作史；③发病前多有明显诱因。

上述①必须具备，并应兼具其余 1-2 项，即可诊断。

##### (2) 证型诊断标准

参照 2002 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则（试行）2002 年》、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发布的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 2011·天津》中的“中医证型”及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>拟定肝郁气滞型胃脘痛中医诊断标准如下：

主症：胃脘胀痛或痛窜两胁；每于情志因素而痛作。

次症：嗳气频繁；胸闷喜太息；不思饮食；精神抑郁。

舌脉：脉弦，舌质淡红，苔薄白。

证型确定：具备主症 2 项加次症 1 项，或主症第 1 项加次症 2 项。

#### 2) 中医症状评分标准（见附表 1）

### 1.4 病例选择标准

#### 1.4.1 纳入标准

- 1) 不限性别，年龄符合在 18 岁至 65 岁之间；

- 2) 符合西医慢性非萎缩性胃炎的 CNAG 诊断标准以及胃镜形态诊断标准；
- 3) 符合中医胃脘痛诊断标准，辨证为肝郁气滞者；
- 4) Hp 阴性者；
- 5) 病程在 6 个月以上；
- 6) 愿意配合本次调查并自愿签署知情同意书者。

#### 1.4.2 排除标准

- 1) 合并其他严重消化道疾病者；
- 2) 合并有严重其他系统原发性疾病者；
- 3) 开始治疗 14 天前使用抑酸剂、质子泵抑制剂等可能影响胃镜及 <sup>13</sup>C-呼气试验检查结果的药物者；
- 4) 妊娠及对该研究药物、检查过敏者；
- 5) 有严重的心理疾病以及精神异常、智能障碍等影响证候评分者。

#### 1.4.3 病例剔除标准

有下列情况之一者，受试者可被剔除或被中止：

- 1) 治疗期间发生过敏反应者；
- 2) 试验期间病情持续恶化，有可能发生危险事件者；
- 3) 依从性差，不能按要求规律服药者；
- 4) 在研究观察期间自行服用其他影响评分、胃镜检查等调查结果的药物的患者。

#### 1.4.4 病例脱落标准及处理

- 1) 患者首诊后失联、未经沟通放弃跟进调查研究者以及临床资料（包括安全性指标、一般资料在内）缺失的患者；
- 2) 因依从性差、出现夹杂症、严重不良事件等原因被要求退出试验者；
- 3) 愿意配合调查研究但不按规定服药或服用药物剂量不达标者。

## 2.研究方法

### 2.1 随机分组

先用随机数字表法抽取为三位数的随机数，如果所抽序号相同，则重新抽取，直到抽齐 102 个随机数为止。对符合纳入标准的患者按先后就诊顺序从 1-102 进

行编号，进行编号的每一个患者对应一个随机数，序号 R 为 102 个随机数从小到大排列所得。将前 51 个序号 R 规定为治疗组，后 51 个序号 R 规定为对照组，如表 1。

表 1 随机分组示意表

实验人员编号	1	2	3	4	5	6	7	8	...
随机数	031	018	062	065	083	075	086	051	...
序号 R	15	6	51	38	66	60	68	30	...
处理组别	A	A	A	A	B	B	B	A	...

## 2.2 治疗方法

对照组：口服气滞胃痛颗粒（辽宁本溪三药有限公司生产，国药准字 Z21021522，主要成分为柴胡、炙延胡索、枳壳、炙香附、白芍和炙甘草）。用法：每次 1 袋，每日 3 次。

治疗组：口服四合胃痛饮配方颗粒：柴胡 10g 香附 12g 丹参 30g 川芎 10g 厚朴 12g 元胡 12g 五灵脂 12g 檀香 10g 苍术 10g 茯苓 12g 砂仁 10g 半夏 10g 草果仁 10g 神曲 12g 栀子 10g 以上用量为 1 剂药的用量，所有中药均使用开封市中医院中药房的“新绿药中药配方颗粒”（四川新绿色药业科技发展股份有限公司），混合为冲剂。用法：每日 1 剂，分早晚两次，用 150ml 温开水溶化口服。

在调查研究中每次对病人回访要准确记录病人的病情变化，叮嘱患者避免食用对胃肠刺激较大的食物，4 周为一疗程，治疗期间停用其他药物，治疗结束时进行疗效评定。

## 2.3 观察方法

### 2.3.1 一般项目

包括人口学资料、病程等。

### 2.3.2 安全性观察项目

#### 1) 不良事件和不良反应

两组患者用药过程中应密切观察其体征，询问有无不适，记录所有患者反映以及检查时出现的任何不适，以及相应的处理方法。

## 2) 实验室检测项目

患者在调查开始前以及病程结束后进行血常规、肝肾功能等指标的监测，记录所有异常指标并密切关注指标变化，必要时定期复查以及给与相关干预。

### 2.3.3 疗效性观察项目

1) 中医证候评分：参照 2002 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则（试行）2002 年》及《中医病证诊断疗效标准》，对主症和次症采用计分，分别于治疗前、治疗后进行计分登记，观察积分变化。所有症状均分为无、轻、中、重 4 级，在主症分别记 0、2、4、6 分，在次症则分别记 0、1、2、3 分。舌脉具体分析，不计入积分（见附录 2）。

2) 胃镜：对所有符合纳入标准的患者行电子胃镜检查，根据胃黏膜糜烂与否、有无红斑水肿、黏膜的红白相病变等胃镜下改变由轻到重分为 4 级，1 级病变胃黏膜表现为无糜烂及红斑水肿，无红白相间改变；2 级病变为胃镜下可见胃黏膜存在以红相为主的红白相间病变，但无糜烂；3 级改变为黏膜糜烂并且存在以红相为主的红白相间病变；4 级改变为黏膜糜烂伴有弥漫性充血水肿，且存在以红相为主的红白相间病变。按分级 1、2、3、4 级分别记为 0、3、6、9 分进行胃镜积分统计，于疗程前后各检查一次（见附录 1）。

## 2.4. 疗效评定标准（参照慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 2011，天津）

### 2.4.1 西医疾病疗效判定标准

临床治愈：①临床主要症状消失，次要症状基本消失或消失；②胃镜复查活动性炎症消失，慢性炎症好转达轻度。

显效：①临床主要症状消失，次要症状基本消失；②胃镜复查黏膜急性炎症基本消失，慢性炎症好转。

有效：①主要症状减轻；②胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上，炎症有所减轻。

无效：症状、内镜均无好转者。

### 2.4.2 胃镜疗效标准

对胃镜下水肿、出血、红斑和糜烂的表现加以统计，计算各镜下临床表现的改善等级及总积分改善程度。胃黏膜下表现较治疗前改善 3 个等级或者消失为治愈；胃黏膜下表现较治疗前改善 2 个等级为显效；胃黏膜下表现较治疗前改善 1 个等级为有效；胃黏膜下表现较治疗前无明显改善或恶化为无效。

### 2.4.3 中医证候疗效判定标准

临床治愈:主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$

显效：主要症状、体征明显改善， $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$

有效：主要症状、体征明显好转， $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$

无效：主要症状，体征无明显改善，甚或加重，疗效指数 $< 30\%$

疗效指数  $= [(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$

## 2.5 安全性评定标准

根据临床症状与体征、胃镜下黏膜改变以及肝肾功等安全指标来判断有无不良反应以及不良反应的轻重。根据不良反应与药物的关系，分为肯定无关、可能无关、可能有关以及肯定有关 4 级。前三级可继续给药，但计入不良反应，第 4 级按脱落处理。

## 2.6 统计学处理

计量资料对照组与治疗组治疗前后比较采用配对样本  $t$  检验，治疗前和治疗后的对照组与治疗组比较用独立样本  $t$  检验，表示形式采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )。计数资料采用  $\chi^2$  检验，等级资料用秩和检验。差异有统计学意义设定值为  $P < 0.05$ ，采用 SPSS 21.0 统计软件完成数据。

## 2.7 研究质量控制

2.7.1 严格按照诊断标准进行疾病诊断。

2.7.2 固定调查人员，且对调查人员进行培训。

2.7.3 填表完毕需进行复核，检查有无资料的遗漏。



## 研究结果

### 1.治疗前病例一般情况分析

#### 1.1 安全性评价

对照组 1 例患者在参与 7 天调查研究后未按时来我院复诊，电话随访无法取得联系，2 例患者用药 2 天后出现腹泻恶心，停药给与相关药物治疗后病情控制；治疗组 2 名患者 14 天后未来我院及时复诊，其中第 1 名患者电话联系未诉任何原因放弃治疗，第 2 名患者电话联系未接通，2 例患者服药后出现胃脘部胀闷不适，停药观察 1 天后症状自行消失，2 例患者出现头晕，但未停药也未给与相关干预措施，继续治疗 3 天后症状自行消退。对照组不良事件发生概率为 5.88%，治疗组为 7.84%，Pearson  $X^2$  值为 0.153,  $P=0.695$ , 两组不良事件发生率比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。所有符合标准的 95 例受试者治疗后复查各项安全性指标均未发现异常。

表 2 不良事件发生率

组别	例数	脱落数	剔除数	脱落率 (%)	剔除率 (%)	有效病例
对照组	51	3	0	5.88	0	48
治疗组	51	4	0	7.84	0	47

#### 1.2 治疗前两组患者的年龄分布比较

本次观察共纳入 102 例患者，按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组各 51 例，对照组失访、脱落 3 例，完成 48 例，治疗组失访、脱落 4 例，完成 47 例，Pearson  $\chi^2=0.949$ ,  $\nu=4$ ,  $P=0.917>0.05$ , 说明治疗前两组患者在年龄分布上无显著统计学差异，具有可比性。

表 3 不同年龄段患者分布表

组别	不同年龄段患者分布 (例)				
	18-30 岁	31-40 岁	41-50 岁	51-60 岁	60-65 岁
对照组	3	11	17	10	7
治疗组	2	13	14	9	9

### 1.3 治疗前两组患者的性别分布比较

两组患者中男性共 52 例，女性共 43 例。其中对照组和治疗组男性人数分别为 25 例和 27 例，女性人数分别为 23 例和 20 例。经 Pearson  $X^2$  检验，得  $\chi^2=0.246$ ， $\nu=1$ ， $P=0.600>0.05$ ，说明治疗前两组患者在性别分布上无显著统计学差异，具有可比性。

表 4 患者性别分布

		性别		合计
		男（例）	女（例）	
组别	对照组	25	23	48
	治疗组	27	20	47
合计		52	43	95

### 1.4 治疗前两组患者的病程分布比较

入组患者中 0.5-1 年的病例 18 例，其中对照组 11 例，治疗组 7 例；1-2 年的病例 29 例，对照组 14 例，治疗组 15 例；2-3 年的病例 27 例，对照组 14 例，治疗组 13 例；3 年以上的病例 21 例，对照组 9 例，治疗组 12 例。经 Pearson  $X^2$  检验： $X^2=1.739$ ， $\nu=3$ ， $P=0.711>0.05$ ，表明治疗前两组患者在病程分布上无明显差异，具有可比性。

表 5 病程分布

		病程（例）				总计
		0.5-1 年	1-2 年	2-3 年	3 年以上	
组别	对照组	11	14	14	9	48
	治疗组	7	15	13	12	47

## 2. 两组患者临床疗效比较

治疗组临床总有效率为 93.62%，优于对照组的 81.25%，经 Wilcoxon 秩和检验，组间比较差异有统计学意义（Wilcoxon  $W=1913.00$ , Mann-Whitney  $U=785.00$   $z=2.703$ ,  $P=0.007<0.05$ ）。

表 6 临床疗效

		临床疗效（例）				总计	总有效率 （%）
		临床治愈	显效	有效	无效		
组别	对照组	6	16	17	9	48	81.25
	治疗组	10	25	9	3	47	93.62
总计		16	41	26	12	95	

### 3. 症状积分结果

#### 3.1 治疗前后中医主要症状积分比较

治疗前后对照组组内配对样本  $t$  检验回示： $\nu=47, t=11.409, P<0.05$ ，治疗前后治疗组组内配对样本  $t$  检验回示： $\nu=46, t=17.201, P<0.05$ ，两组治疗后均有统计学差异，两组治疗后的积分均低于治疗前，说明经治疗后两组中医主要症状积分均有改善。

治疗前对照组与治疗组独立样本  $t$  检验回示： $t=-0.079, P=0.937>0.05$ ，说明两组患者中医主要症状积分上差异不明显，具有可比性。治疗前后两组积分差值独立样本  $t$  检验回示： $t=5.231, P<0.05$ ，有统计学差异，治疗组主要症状积分差值较对照组变化幅度大，说明治疗组改善中医主要症状较对照组改善幅度大。

表 7 治疗前后中医主要症状积分比较

组别	治疗 前	治疗 后	差值	组内		组间 (治疗前)		组间差值 (治疗后)	
				t	p	t	p	t	p
对照 组	7.88± 2.42	5.96± 3.07	1.92± 1.16	11.409	<0.05			-0.079	0.937
								-5.231	<0.05
治疗 组	7.91± 2.50	4.68± 2.80	3.23± 1.29	17.201	<0.05				

#### 3.2 治疗前后中医次要症状积分比较

治疗前后对照组组内配对样本  $t$  检验回示： $\nu=47, t=5.553, P=0.017<0.05$ ，治疗组组内配对样本  $t$  检验回示： $\nu=46, t=20.837, P=0.004<0.05$ ，两组治疗后均有统计学差异，两组治疗后的积分均低于治疗前，说明经治疗后两组中医次要症状

积分均有改善。

治疗前对照组与治疗组独立样本  $t$  检验回示： $t=0.696$ ， $P=0.488>0.05$ ，说明治疗前两组患者中医次要症状积分上差异不明显，具有可比性。治疗前后两组积分差值独立样本  $t$  检验回示： $t=4.077$ ， $P<0.05$ ，有统计学差异。在中医次要症状积分上，治疗组改善中医次要症状的效果优于对照组。

表 8 治疗前后中医次要症状积分比较

组别	治疗前	治疗后	差值	组内		组间（治疗前）		差值（治疗后）	
				t	p	t	p	t	p
对照组	6.71±	5.17±	1.54±	5.553	0.017				
	2.97	3.22	1.02			0.696	0.488	-4.077	0.005
治疗组	6.28±	3.47±	2.81±	20.837	0.004				
	3.08	2.48	0.92						

### 3.3 治疗前后中医症状总积分比较

治疗前对照组与治疗组独立样本  $t$  检验回示： $t=0.273$ ， $P=0.786>0.05$ ，说明治疗前两组患者在中医症状总积分上无明显差异，具有可比性。治疗前后两组积分差值独立样本  $t$  检验回示： $t=6.438$ ， $P<0.05$ ，有统计学差异。在中医症状总积分上，治疗组改善中医主要症状的效果优于对照组。

表 9 治疗前后中医症状总积分比较

组别	治疗前	治疗后	差值	组内		组间（治疗前）		差值（治疗后）	
				t	p	t	p	t	p
对照组	14.50 ±	11.13±	3.38±	10.236	<0.05				
	5.51	5.98	2.28			0.273	0.786	-6.438	<0.05
治疗组	14.19±	8.14±	6.04±	24.279	<0.05				
	5.51	5.20	1.07						

### 4. 治疗后两组患者胃黏膜改善情况比较

治疗后对照组与治疗组愈显率分别为 4.17%，2.13%，总有效率分别为 12.50%，8.51%。经秩和检验（Wilcoxon  $W=2258.00$ , Mann-Whitney  $U=1082.00$   $z=-0.643$ ， $P=0.520>0.05$ ），无明显统计学差异。说明治疗后两组在改善胃黏膜状态方面效

果不明显，且无明显差异。

表 10 治疗后两组患者胃黏膜改善情况比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率	有效率
	(例)	(例)	(例)	(例)	(例)	(%)	(%)
对照组	48	0	2	4	42	4.17	12.5
治疗组	47	0	1	3	43	2.13	8.51

### 5. 治疗后、随访时两组患者中医症状总积分比较

随访时对照组患者中医症状积分较治疗后增高( $P<0.01$ ), 而治疗组患者无明显改变 ( $P>0.05$ )。随访后组间独立样本  $t$  检验,  $t=3.518$ ,  $P=0.003<0.05$ , 有统计学差异, 说明在改善中医症状方面治疗组的远期疗效优于对照组。

表 11 治疗后、随访时两组患者中医症状总积分比较

组别	例数(例)	治疗后	随访	$t$	$P$
对照组	48	$11.13 \pm 5.98$	$12.23 \pm 6.02$	-3.109	0.003
治疗组	47	$8.14 \pm 5.20$	$8.17 \pm 5.18$	-1.000	0.323

## 讨论

### 1.导师对本病的认识

导师史海立教授从事中医消化内科多年，对本病有着较深刻的认识，特将导师经验总结如下：中医学并不存在“慢性非萎缩性胃炎”这一病名，导师根据其临床症状和体征，将其归为中医学“胃脘痛”范畴。导师认为，引起胃脘痛的原因不外乎六邪犯胃、饮食伤胃、脾胃虚弱、内伤七情四个方面，本病的病位在胃，又与脾、肝密切相关。脾胃同居中焦，脾主运化，胃主受纳，共司饮食水谷的消化、吸收、输布，脾主升清，胃主降浊，互为表里，脾不升清直接影响到胃的通降功能，气机阻滞引起胃痛，因而脾病易及胃；脾胃升清降浊有序则气机通畅，而气机通畅又有赖于肝的疏泄功能，肝疏泄功能失常，横逆犯脾克胃，气机运行不畅，进而出现脾胃运化失常，发为胃脘痛。

导师认为，虽然引起本病的病因大致可分为四类，但最根本的还属情志因素，《内经》云：“百病皆由气生”，情志因素在疾病的发生发展过程中有着不可忽视的作用，本病也不例外。情志不舒易引起肝气郁结，气为血之帅，气的运行不畅易导致血的瘀滞，易夹瘀；气能行津，气的运动变化是津液运行的前提，若肝气郁结，则水饮停著，湿气横生，水湿易困脾，进一步影响脾胃的运化功能，易夹湿；湿性重浊粘腻，又反过来阻滞气机的运行，进一步加重气滞，郁久化热，易夹热。导师还认为，胃为六腑之一，以通为用，以降为顺，若外邪、情志、饮食等因素伤胃，胃的通降、消化、受纳功能失常，易出现胃脘部胀满、大便不通等症状，多表现为实证，因此导师依据多年的临床经验，将胃脘痛分为两种，分别为胃气痛及胃血痛，由于气血相互影响，导致临床表现繁杂，单纯的气滞及血瘀症状多不常见，常夹杂出现，在辨证的过程中，要注意辨证患者气滞症状突出还是血瘀症状突出，但不可拘泥于突出症状，还要兼顾次要症状，既要理气，又要活血，可根据不同的证型选择不同的用药及剂量，灵活运用。对于本病肝郁气滞型的治疗，舒肝理气止痛为根本，还需兼顾活血、燥湿、清热之法，以理气为

主，以活血、燥湿、清热为辅，主次分明，方可奏效。

## 2.四合胃痛饮的来源

四合胃痛饮源自导师祖父所著《通鸿辨证》一书，包含苏叶、香附、川芎、厚朴等十五味药，分别来自柴胡疏肝散、丹参饮、半夏厚朴汤、平胃散，取其四方合成之意，故命名为四合胃痛饮。书中均采用中医病名与西医病名相对照的方式，将中医辨证与西医理论相结合，对诊治疾病大有益处。由于中医、西医分属两类系统，因此在结合的过程中似有鸿沟之隔，通，取其沟通之意，表达了祖师爷迫切希望中西医融会贯通的美好愿景，为使中医西医在临床上能相互参照，相互沟通，特命名为《通鸿辨证》。本书所载 180 余种疾病，涵盖了内、外、妇、儿四类学科，所创方剂多为临床所见屡试有效者，四合胃痛饮仅为其中之一，因临床疗效显著，所用之人十之八九皆能好转，故而流传至今。但本病病因病机繁杂，除肝气郁滞外，多夹湿，夹热，夹瘀。因此在本方药的基础上，去苏叶，加柴胡，增其疏肝解郁之效。在四方之中，重用柴胡疏肝散，丹参饮理气活血止痛，佐以平胃散，半夏厚朴汤燥湿和胃降逆。虽方药有所增减，但方名不改，取其传承之意。临床依此方随症加减，若胃脘部饱胀感较重，加麦芽、鸡内金各 12g；若胃脘部嘈杂不适，加牡蛎、石决明各 15g；若有反酸烧心者，加蛤粉 10g、红豆蔻 3g；若疼痛连绵不断，加肉桂、干姜各 10g；若阵发性疼痛，加黄连、黄柏各 10g，临床疗效显著。

## 3.四合胃痛饮的方药分析

### 1.1 方药组成

柴胡 10g，香附 12g，丹参 30g，檀香 10g，川芎 10g，砂仁 10g，延胡索 12g，厚朴 12g，茯苓 12g，半夏 10g，五灵脂 12g，草果仁 10g，苍术 10g，神曲 12g，焦栀子 10g

### 1.2 方剂解析

君药：柴胡：始载于《神农本草经》，味辛苦，性微寒。柴胡不仅能疏肝解郁，达条肝气，还能恢复肝主疏泄的生理特性，是为君药，与香附同用，增其解郁之功。

现代药理研究表明，柴胡具有抗炎、抗抑郁、解热、保肝、增强免疫等多种药理活性，其作用机制主要为改善毛细血管通透性，抑制炎性介质的释放，并刺激 T 淋巴和 B 淋巴细胞参与机体的免疫调节，减少神经细胞凋亡从而发挥抗抑郁的作用，临床广泛用于抑郁症、各类型肝炎及感冒等疾病<sup>[6-7]</sup>。

香附：味辛微苦甘，性平，归肝、脾、三焦经，能行能散，具有行气解郁，活血调经的作用，主治肝郁气滞，消化不良，胸腹胀痛，月经不调等，《滇南本草》云：“调血中之气，开郁，宽中，消食，止呕吐。”本方取香附行气解郁宽中之功，通肝胃之气滞，与柴胡配伍，共为君药。

现代药理研究显示，香附的化学组成包括多种成分，例如甾体皂苷、黄酮类和挥发油类等，具备神经保护、抗炎、抗氧化、抗过敏等多种药理作用<sup>[8]</sup>，近年来有关香附抗抑郁的研究正逐渐成为热点，有文献表明香附之所以能抗抑郁，主要是因为香附具有改善脑神经因子，减少神经元细胞的损伤等功效，可显著改善患者的精神症状<sup>[9]</sup>。

臣药：延胡索：味辛苦，性温，归肝、胃、心、肺、脾经，温则和畅，和畅则气行，辛则走散，走散则血活，故能行气中血滞，血中气滞，专治一身上下诸痛。《本草求真》云：“延胡索，不论是血是气，积而不散者，服此力能通达，以其性温，则于气血能行能畅，味辛则于气血能润能散，所以理一身上下诸痛，往往独行功多。”《医学启源》云：“治脾胃气结滞不散，主虚劳冷泻，心腹痛，下气消食。”

现代药理研究显示，延胡索含有多种药理成分，对各种系统均有药理作用，其中对于消化系统起作用的成分主要为去氢延胡索甲素，实验表明能保护因饥饿或药物(考的松、利血平等)所产生的大鼠实验性溃疡病，减少胃液分泌胃酸及胃蛋白酶的量<sup>[10]</sup>，因而能有效缓解胃痛。

五灵脂：味甘苦，性温，归肝、脾经，《本草纲目》云：“足厥阴肝经药也。气味俱浓，阴中之阴，故入血分。肝主血，诸痛皆属于木，诸虫皆生于风；故此药能治血病，散血和血而止诸痛。”

现代药理研究显示，五灵脂的药理成分主要包括三萜类化合物,含氮化合物



等，药理研究主要集中在活血化瘀、抗溃疡、抗炎、抗自由基等方面，李庆明等人的研究说明五灵脂可以保护胃粘膜，抑制胃液分泌，从而可以有效预防大白鼠实验性溃疡的发生<sup>[11]</sup>。

丹参：始载于《神农本草经》，被列为上品，味苦，性微寒，归心、肝经，具有祛瘀、生新、活血、调经等功效，《本经》云：“主寒热积聚；破癥除瘕，止烦满，益气。”

现代药理研究显示，丹参含有丹参酮、丹参素等药理成分，具有消肿止血，改善微循环，抗炎，保护肝细胞，抗消化性溃疡，抗肿瘤等多种作用，可以广泛用于心脑血管、消化系统等疾病<sup>[12]</sup>。

川芎：味辛，性温，归肝、胆、心包经，被称为血中之气药，主治一切瘀血阻滞之症。《本草纲目》云：“燥湿，止泻痢，行气开郁。芎藭，血中气药也，肝苦急以辛补之，故血虚者宜之；辛以散之，故气郁者宜之。”

现代药理研究显示，川芎含有挥发油，生物碱及有机酸类等成分，主要有镇静、镇痛、抗血小板聚集、抑制血栓形成，改善心肌缺血缺氧等作用<sup>[10]</sup>。

檀香：味辛，性温，归脾、胃、肺经，入手太阴足少阴，通行阳明之经，具有理气和胃之功，主治心腹疼痛，噎膈呕吐，胸膈不舒。《本草择要纲目》云：“消风热肿毒，治中恶鬼气，杀虫，煎服止心腹痛霍乱。”

现代药理研究显示，檀香含有多种挥发油，这些挥发油可抑制中枢系统，因而具有镇静、镇痛等作用<sup>[13]</sup>，可有效缓解因胃肠道平滑肌痉挛引起的胃痛。

砂仁：味辛，性温，归脾、胃、肾经，具有温中、行气、化湿、安胎等功效，《药性论》云：“主冷气腹痛，止休息气痢，劳损，消化水谷，温暖脾胃。”《日华子诸家本草》又云：“治一切气，霍乱转筋，心腹痛，能起酒香味。”辛温能行散，芳香主化湿，为醒脾和中之要药，临床多应用于脾胃方面疾病。

现代药理研究显示，砂仁含有挥发油及皂苷，挥发油具有健胃的功能，能促进胃液分泌，增强胃肠的运动功能，排除消化道胀气<sup>[14]</sup>，Jafri 等<sup>[15]</sup>研究发现砂仁挥发油能够抑制胃酸和胃蛋白酶的产生，对胃肠起保护作用。

佐药：厚朴：性苦辛，性温，归脾、胃、大肠经，主治食积气滞、湿阻中焦、

脘痞吐泻、痰饮喘咳。现代药理研究显示，厚朴含有酚类、挥发油类、生物碱等多种成分，具有抗炎、镇痛、抗氧化、抗菌、抗肿瘤等多种作用，对消化道作用主要表现在能够促进胃肠蠕动，引起胃液分泌，从而达到健脾消积的作用<sup>[16]</sup>。

苍术：味苦辛，性温，归脾、胃、肝经，能燥湿健脾，祛风散寒，明目，辟秽，主治脘腹胀痛、风湿痹痛、水肿、泄泻、风寒感冒、雀目。现代药理研究显示，苍术主要化学成分包括甾体类、芳香苷类等，主要药理作用包括抗菌、抗肿瘤、促进胃肠道蠕动、抑制胃酸分泌等<sup>[17]</sup>。

半夏：味辛，性温，有毒，归脾、胃经，能行水湿，降逆气，而善祛脾胃湿痰，故为燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结之良药。现代药理研究显示，半夏具有止咳、抗炎、抗肿瘤等多种作用，对胃肠道作用主要表现在能够促进胃肠道蠕动，抑制胃酸分泌，保护胃黏膜<sup>[18]</sup>。

草果仁：味辛，性温，归脾、胃经，具有燥湿除寒，祛痰截疟，健脾开胃，利水消肿的功效。《本草备要》云：“脘腹冷痛、食积不化，或饮食不香、呕吐反胃者宜食。”现代药理研究显示，草果仁含有挥发油等成分，主要分为倍半萜烯类、单萜烯类、含氧单萜类、含氧倍半萜类和其它等五大类，具有调节胃肠功能、抗肿瘤、降血糖、抗氧化、防霉和抗炎镇痛等作用<sup>[19]</sup>。

茯苓：味甘淡，性平，归心、肺、脾、肾经，具有渗湿利水，健脾和胃，宁心安神的功效。现代药理研究显示，茯苓中的主要化学成分为茯苓聚糖，能抑制多种细菌，抑制胃酸分泌，预防消化道溃疡，保护肝细胞，抗肿瘤，调节免疫功能，镇静<sup>[20]</sup>。

神曲：味甘辛，性温，归脾、胃经，具有消食和胃的功效，最早收载于《药性论》：“化水谷宿食，癥结积滞，健脾暖胃。”现代药理研究显示，神曲为酵母制剂，含有酵母菌、酶类等多种成分，能促进胃液分泌，调节肠道菌群<sup>[21]</sup>。

栀子：味苦，性寒，归心、肺、胃三焦等经，始载于《神农本草经》，具有泻心除烦的功效。现代药理研究显示，栀子的化学成分包括挥发油、有机酸类以及栀子黄色素等，具有解热镇痛、保肝利胆、抗炎、镇静催眠、抑制胃酸分泌等多种作用<sup>[22]</sup>。

本方中柴胡辛行苦泄，性善条达肝气，香附入肝经理气解郁，主入气分，行气时兼行气中血滞，为气中血药，两者共为君药；气机郁滞、不通则痛，故用延胡索、五灵脂、丹参、川芎增其活血之力，檀香、砂仁加其行气之功，为臣药；佐以厚朴、半夏理气和胃降逆，苍术、草果仁、茯苓除运化失司积滞之痰湿，加神曲助脾胃运化，梔子清其郁热。全方共奏疏肝理气、和胃降逆、活血止痛之功。

根据单味药现代药理研究显示，本方具有以下药理作用：第一，调理神经，改善精神症状；第二，缓解胃肠道平滑肌痉挛；第三，抑制胃酸分泌，保护胃黏膜；第四，镇痛，抗炎；第五，调节免疫；第六，改善微循环。与中医疏肝理气、和胃降逆、活血止痛的治法有异曲同工之处，因而本方可以治疗慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）。

#### 4.疗效分析

治疗前两组患者在一般资料，以及主要症状、次要症状、病程总积分、胃镜下积分比较方面，均无明显统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

治疗后在中医主要症状方面，从中医主要症状积分来看，对照组治疗前 8 分以上患者 31 例，经治疗后降为 18 例；治疗组治疗前 8 分以上患者 31 例，治疗后降为 10 例，两组组内配对  $t$  检验  $P<0.05$ ，两组治疗方案均可改善中医主要症状，且组间差值  $t$  检验  $P<0.05$ ，有统计学差异，治疗组主要症状积分差值较对照组变化幅度大。在中医次要症状方面，两组治疗后对噯气、胸闷善太息、不思饮食、情志抑郁四个次要症状评分均有不同程度改善，组内配对  $t$  检验对照组  $P<0.05$ ，治疗组  $P<0.05$ ，治疗后两组中医次要症状均有改善，组间差值  $t$  检验  $P<0.05$ ，有统计学差异，治疗组次要症状积分差值较对照组变化幅度大。

治疗后，两组患者胃镜下积分愈显率及有效率均较低，表明两组在改善胃黏膜状态方面效果不明显，且  $P>0.05$ ，表明两组治疗方案无明显差异。分析原因：中医在改善临床症状方面虽有效果，但在现代药理等方面仍需进一步研究，而且用胃镜等西医的先进手段来评估中医药疗效这一做法本身就有所争议。本课题纳入的患者病程均在半年以上，胃黏膜在长期反复感染中出现了损伤，仅仅服用 1 个疗程的药物并不能有效改善胃黏膜状态。且本课题重点为中医药缓解临床症状

的疗效，因此本课题对于胃镜结果的影响较小。

在安全性评价上，对照组脱落 3 例，治疗组脱落 4 例，两组不良事件比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，在总体疗效上，两组患者均有改善，治疗组的总体疗效要优于对照组。

治疗组患者随访时中医症状积分改善不明显 ( $P>0.05$ )，而对照组随访后症状积分有所增高 ( $P<0.05$ )，说明治疗组的远期疗效要优于对照组。

综上所述，治疗组在改善胃黏膜方面效果与对照组相当，在改善中医症状方面疗效要优于对照组，且治疗组的远期疗效要优于对照组，进一步证明了该治疗方案可明显缓解患者的临床症状，是治疗肝郁气滞型胃脘痛的一种有效方剂，有助于该治疗方案在临床上进一步推广应用。

## 5. 对照组选用气滞胃痛颗粒的临床研究

气滞胃痛颗粒（辽宁本溪三药有限公司生产，国药准字 Z21021522），主要成分为柴胡、炙延胡索、枳壳、炙香附、白芍和炙甘草，具有疏肝理气，和胃止痛的功效。其中柴胡、香附配伍疏肝理气，枳壳行气宽中，白芍、甘草酸甘化阴以缓急止痛，佐以延胡索增强止痛功效。袁荭等<sup>[23]</sup>研究表明气滞胃痛颗粒对 Hp 阴性的慢性胃炎临床疗效与奥美拉唑相比相近或更优。李琼玉<sup>[24]</sup>观察气滞胃痛颗粒治疗肝胃不和型胃脘痛，将 72 例患者随机分为治疗组 38 例，对照组 34 例，分别给予气滞胃痛颗粒及硫糖铝片口服，得出治疗组在临床症状及胃黏膜状态方面均有明显的改善，能有效改善胃脘部胀痛、泛酸、嗝气、纳差的症状。苏青等<sup>[25]</sup>研究气滞胃痛颗粒治疗以上腹部胀满不适或疼痛为主要症状的功能性消化不良，得出气滞胃痛颗粒可明显缓解患者上腹部饱胀、疼痛及烧灼感等症状。

## 6. 不足与展望

本课题观察时间短，样本量小，缺乏大样本的临床资料总结，同时所得有效率不排除偶然因素，因此在未来，应广泛开展大样本、多中心的临床观察，进一步明确四合胃痛饮在慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）患者中的有效性及安全性。

## 结论

通过四合胃痛饮治疗 95 例慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）患者临床试验结果，可得出以下结论：四合胃痛饮可明显缓解慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）患者的临床症状，且远期疗效较好，无明显副作用，疗效显著，是治疗慢性非萎缩性胃炎（肝郁气滞型）的一种有效方药。

## 致谢

春去秋来，三载光阴转瞬即逝，研究生生活只是我们人生经历当中的一部分，我们就要踏上新的征程。我很庆幸自己在茫茫人海中遇到了我的恩师史老师，是恩师的谆谆教导使我深深的爱上了医生这个职业，让我明白白衣下承担的责任与希望，也坚定了我从医的决心。在此对恩师三年来对我的辛苦栽培表示最诚挚的感谢。

感谢孙晓娜教授，张玉峰教授，赵庆华教授以及所有带教老师的悉心指导，是你们孜孜不倦的讲解让我的理论知识及临床能力得到了提高。

感谢我的师姐、师妹和同学们的帮助，及家人无私的付出与支持。

感谢遇到过的每一个人，是你们教会了我成长。

## 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(2012年,上海)[J].中国医学前沿杂志（电子版）,2013,5(7):44-55.
- [2]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.天津)[J].现代消化及介入诊疗,2012,17(3):172-177.
- [3]中华医学会消化内镜分学会.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]郑筱萸,任德全.《中药新药临床研究指导原则（试行）》[M].北京:中国医药科技出版社,2002,111-115.
- [5]中医病证诊断疗效标准(一)[J].湖北中医杂志,2002,24(4).
- [6]赵香妍,刘长利.中药柴胡的研究概况及发展趋势[J].时珍国医国药,2015,26(4):963-966.
- [7]张颖,陈宇霞,黄世敬.柴胡及柴胡类复方的抗抑郁研究现状[J].世界中西医结合杂志,2014,9(9):985-988.
- [8]刘成彬,张少聪,李青天.香附的现代药理研究进展[J].光明中医,2009,24(4):787-788.
- [9]王联生,潘菊华.香附及其复方抗抑郁应用[J].时珍国医国药,2017,28(5):1180-1182.
- [10]黎江华.川菊止痛颗粒的药学部分研究[D].四川成都:成都中医药大学,硕士学位论文,2011.
- [11]雍玉琴,高军太.五灵脂在慢性心力衰竭治疗中的应用[J].中医临床研究,2017,9(4):47-48.
- [12]刘江亭,李慧芬,崔伟亮等.丹参研究述要[J].中医药学报,2017,45(6):54-55.
- [13]梁杨静,兰薇,桑柏等.三味檀香散的药理研究进展[J].云南民族大学学报,2010,19(2):86-89.

- [14]黄崇才.砂仁的化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J].内蒙古中医药,2017,21:210-212.
- [15]Jafri MA, Farah, Javed K, et al. Evaluation of the gas-tricantiul — cergenic effect of large cardamom (fruits of Amomum subulatum Roxb)[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2001, 75(2): 89-94.
- [16]张淑洁, 钟凌云. 厚朴化学成分及其现代药理研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(5): 838-843.
- [17]邓爱平, 李颖, 吴志涛等. 苍术化学成分和药理的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(21): 3904-3913.
- [18]龚道锋, 王甫成, 纪东汉等. 中药半夏化学成分及其药理、毒理活性研究进展[J]. 长江大学学报, 2015, 12(18): 77-79.
- [19]代敏, 彭成. 草果的化学成分及其药理作用研究进展[J]. 中药与临床, 2011, 2(4): 55-59.
- [20]王坤凤. 茯苓化学成分及质量控制方法研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 硕士学位论文, 2014.
- [21]贾天柱. 神曲组方中用生苦杏仁和制苦杏仁的比较研究[J]. 中成药, 2008, 30(9): 1324-1325.
- [22]黄仕孙. 栀子的现代药理研究及临床应用概述[J]. 内科, 2010, 5(5): 534-536.
- [23]袁荭, 凌洁, 张立群等. 气滞胃痛颗粒治疗慢性胃炎的临床研究[J]. 世界临床药物, 2013, 34(2): 97-100.
- [24]李琼玉, 雷霆. 气滞胃痛颗粒治疗肝胃不和型胃痛症 38 例[J]. 陕西中医, 2015, 36(8): 954-955.
- [25]苏青, 涂蕾, 贾小红等. 气滞胃痛颗粒治疗功能性消化不良患者随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J]. 临床消化病杂志, 2016, 28(4): 216-219.



## 附录

附录1胃镜积分表

内镜表现	内镜特征	分级标准	积分	治疗前	治疗后
红斑	与周围黏膜比较，有明显的发红	0级 无	0		
		1级 分散或间断线状	3		
		2级 密集斑点或连续线状	6		
		3级 广泛融合	9		
水肿	黏膜反光强，稍苍白，肿胀感	0级 无	0		
		1级 轻度	3		
		2级 中度	6		
		3级 重度	9		
糜烂	平坦/隆起疣状：黏膜破损浅，周围黏膜平坦或隆起糜烂	0级 无	0		
		1级 单发	3		
		2级 多发局部 $\leq 5$	6		
		3级 多发广泛 $> 5$	9		
出血	黏膜内出血：黏膜内点状、片状出血，不隆起的红色、暗红色出血斑点	0级 无	0		
		1级 局部	3		
		2级 多发	6		
		3级 弥漫	9		

附录2 中医证候积分表

症状	程度	治疗前	治疗后
胃脘胀痛或痛 窜两胁	无疼痛 (0分)		
	轻 偶发 每天持续<1小时缓解 (2分)		
	中 每天持续<1小时缓解 (4分)		
	重 疼痛难忍, 每天>3小时, 服药后缓解 (6分)		
因情志发作	无 无明显 (0分)		
	轻 偶发 (2分)		
	中 经常 (4分)		
	重 持续 (6分)		
暖气	无 无明显 (0分)		
	轻 每天<4次 (1分)		
	中 每天发作 4-10次 (2分)		
	重 每天>10次 (3分)		
胸闷喜太息	无 无明显 (0分)		
	轻 偶发, 情绪不佳时发作 (1分)		
	中 经常 (2分)		
	重 持续 (3分)		
不思饮食	无 无明显 (0分)		
	轻 进食乏味, 但基本保持原食量 (1分)		
	中 无食欲, 食量下降 1/3 左右 (2分)		
	重 厌恶进食, 食量下降 1/2 以上 (2分)		
情志抑郁	无 无明显 (0分)		
	轻 偶发 (1分)		
	中 经常 (2分)		
	重 持续 (3分)		
总分 (分)			

## 附录 3 文献综述

### 慢性非萎缩性胃炎的中西医研究进展

**摘要：**慢性非萎缩性胃炎（Chronic non-atrophic gastritis，CNAG）是指在各种环境与自身因素的影响下，主要特征是以浆细胞和淋巴细胞在胃黏膜层多见，且胃黏膜不见萎缩，而胃内细胞发生慢性炎症反应的，以胃痛、恶心、反酸为主要症状的一种临床常见疾病<sup>[1]</sup>。2012 年于上海颁布的慢性胃炎共识不再沿用旧称的慢性浅表性胃炎的说法，并指出慢性胃炎在内镜下分为三种，除特殊类型的胃炎及慢性萎缩性胃炎之外，还启用了慢性非萎缩性胃炎这一新概念。目前，中西医对本病的认识都取得了一定的成果，就目前取得的研究成果谈一些我的认识。

**关键词：**慢性非萎缩性胃炎；研究进展；西医；中医药

#### 1. 西医学对慢性非萎缩性胃炎的研究

##### 1.1 概念及流行病学

慢性非萎缩性胃炎（Chronic non-atrophic gastritis，CNAG）是指在各种环境与自身因素的影响下，主要特征是以浆细胞和淋巴细胞在胃黏膜层多见，且胃黏膜不见萎缩，而胃内细胞发生慢性炎症反应的，以胃痛、恶心、反酸为主要症状的一种临床常见疾病，无典型及特异性的临床表现，多数患者有上腹部疼痛或饱胀不适感，但疼痛无明显节律性，伴或不伴恶心、反酸、嗝气等症状，少数患者可无临床症状<sup>[2]</sup>。由于部分慢性胃炎患者可无明显症状，因此目前统计的患病率并不精确。有研究显示，估计的慢性胃炎患病率与当地人口中幽门螺旋杆菌感染率大致平行，或与幽门螺旋杆菌感染率相差并不大<sup>[3]</sup>。

##### 1.2 发病机制

###### 1.2.1 幽门螺旋杆菌（Helicobacter Pylori, Hp）感染

1982 年澳大利亚学者 Robin Warren 和 Barry Marshall 发现了幽门螺旋杆菌，并证实大部分胃部疾病的发生与胃部感染该细菌有关。Marshall 等<sup>[4]</sup>和 Morris 等<sup>[5]</sup>在 1985 年和 1987 年分别证实，Hp 感染可导致健康人群出现急慢性胃炎。Hp 进入胃内后，胃酸可以杀灭一部分，另外一部分则黏附于胃黏膜上皮细胞表面，由于其特异性受体的存在，这部分细菌既不能被免疫清除，又不能被胃酸杀灭，因

而可以长期定植并进行繁殖。**Hp** 可产生尿素酶, 进而分解尿素, 能产生中和胃酸的氨, 使 **Hp** 周围环境的 PH 升高, 更有利于 **Hp** 的定居与繁殖, 导致长期反复感染, 使胃黏膜遭到持续破坏。进一步研究证实<sup>[6]</sup>, 根除 **Hp** 可使炎性细胞显著减少, 从而改善慢性胃炎患者的胃黏膜情况。

### 1.2.2 胆汁反流

引起胆汁反流的因素有多种, 常见的包括不洁食物饮水等导致胃肠严重感染, 由于暴饮暴食或老年胃肠黏膜退行性萎缩导致的胃肠吸收蠕动差, 以及胃肠的开放性手术损伤, 幽门括约肌在这些因素的长期刺激下失去其正常的收缩功能, 导致消化液由十二指肠段反流到胃底, 因为其酸碱度与生物活性不同, 胃部的黏膜层在这些消化液的长期刺激下损伤, 给予其他损伤因子如 **Hp** 定植创造条件<sup>[7]</sup>。胆汁反流的镜下表现除可看到胃黏膜损伤的一般表现, 还可见到黄绿色胆汁附着于胃壁上, 因而出现上腹部烧灼感。

### 1.2.3 自身免疫

有研究显示, 慢性非萎缩性胃炎患者 NK 细胞和 T 淋巴细胞亚群数量均明显下降, 表明机体免疫功能下降<sup>[8]</sup>, 对外界环境及自身的适应性降低。胃肠道内表面分泌的免疫因子是人体对抗外界病毒细菌干扰的主要屏障, 当免疫机制出现问题时, 胃黏膜会出现不同程度的损害。胃黏膜损伤可引起胃黏膜免疫应答反应, 产生细胞免疫或体液免疫, 进而导致胃内出现炎症细胞的浸润。

### 1.2.4 年龄因素

年龄因素也是本病的危险因子之一<sup>[9]</sup>。随着年龄的变化, 动脉血管出现硬化, 在高血压, 糖尿病这些老年常见病的侵蚀下, 加重了其胃肠微小动脉血管的粥样硬化, 胃肠黏膜供血量减少导致胃肠黏膜失去营养支持, 加之年龄增长本身会导致胃肠黏膜机能退化, 胃肠与外界直接接触机会加大, 感染损伤等炎症反应也随之增加<sup>[10]</sup>。

### 1.2.5 理化因素

相关研究表明, 胃黏膜对外界屏蔽功能损伤跟长期不良饮食习惯以及对辛辣食物、酒精的过度偏嗜直接相关, 烟酒对于胃黏膜的损害也是有证可寻<sup>[11]</sup>, 饮酒

量越大者胃黏膜的受损程度也越严重。饮酒 20 年左右为胃黏膜损伤的高发期，镜下表现多为慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。每天吸烟 20 支以上的人群中 40% 会引起胃黏膜炎症。药物原因引起的胃黏膜损害不容小觑，临床应用的非甾体类抗炎药，常见的有阿司匹林等，这些药物长期服用也会造成胃黏膜的损伤，严重者可引起消化道出血。

### 1.2.6 其他因素

近年来，精神心理压力因素越来越引起人们的重视。心理应激学说提示消极情绪的出现与不良事件在生活中的发生息息相关，消极情绪会因一个人的紧张焦虑或者内心脆弱而加重，副交感神经在这种长期的抑制下，无法与交感神经达到平衡，进而影响到胃黏膜区域的小血管网的收缩，影响其供血，胃黏膜失去营养而损伤<sup>[12]</sup>。还有其他各个系统的疾病，都会直接或间接的引起胃黏膜的损害，进而发展成慢性胃炎。

### 1.3 诊断标准

慢性非萎缩性胃炎患者无典型及特异性的临床表现，大多数有上腹部疼痛或饱胀不适感，且疼痛无明显节律性，亦有反酸、嗝气、恶心等症状，部分患者可有上腹部压痛，无反跳痛，亦有少数患者无任何症状，因此确诊主要依赖消化道内镜检查和胃黏膜活检组织学检查。内镜下观察慢性非萎缩性胃炎，表现主要为黏膜的改变，包括黏膜的充血、斑块形成，黏膜壁的不光滑或水肿等。慢性胃炎的病理学改变主要为细菌感染、单核细胞的浸润、炎性细胞的浸润、固有腺体的病理减少，胃细胞的肠化生。依病情的轻重主要分为 0-+++4 个等级。最新共识提出，慢性胃炎的诊断应力求明确病因，应常规筛查 Hp<sup>[2]</sup>。

### 1.4 治疗

慢性非萎缩性胃炎的治疗目的是缓解症状、改善胃黏膜状态。现代医学对本病的治疗尚没有特效疗法，主要以对因治疗和对症治疗为主。

#### 1.4.1 一般治疗

注意患者教育，饮食应清淡易消化，忌食辛辣、刺激、生冷、油腻等食物，改善吸烟、饮酒等不良生活习惯，学会自我调节负面情绪。

### 1.4.2 对因治疗

确诊慢性非萎缩性胃炎由 Hp 感染引起时，应及时行根除 Hp 治疗。目前根除 Hp 的治疗方案有多种，除了临床常用的三联疗法、四联疗法外，还提出了序贯疗法、伴同疗法等。这些疗法是根据药物及疗程的不同分别组合而成。目前国内外推荐的一线方案主要根据不同地区抗生素药物耐药的不同制定，初次治疗 Hp 且无抗生素耐药的情况下通常选用经典含铋剂四联疗法<sup>[13]</sup>。由药物引起的慢性非萎缩性胃炎应及时减量或停药。

### 1.4.3 对症治疗

对于有腹胀、嗝气、食欲不振等症状的患者，可以使用促胃肠动力药，在胃肠壁直接发挥作用，常用的药物包括西沙必利、莫沙必利等，多潘立酮由于其副作用较多，在临床上已不推荐应用；对于有反酸、烧心等症状的患者，可以使用质子泵抑制剂缓解胃酸分泌过多，常用泮托拉唑、雷贝拉唑等；对于伴有胆汁反流的患者，可应用铝碳酸镁制剂结合胆酸从而减轻胃黏膜的损害；还可使用胃黏膜保护剂改善胃黏膜损害状态；关于抑郁焦虑的患者应该对其进行心理的矫正与治疗，对其汉密尔顿抑郁焦虑量表评分较高的患者以及严重失眠的患者给与调整睡眠药物以及抗抑郁焦虑药物进行治疗。

## 2. 中医对慢性非萎缩性胃炎的认识

### 2.1 对慢性非萎缩性胃炎病名的认识

依据慢性非萎缩性胃炎的主要临床表现，中医学将其归类于“痞满”“嘈杂”、“胃脘痛”等病。《黄帝内经》首先提出“胃脘痛”并且在《灵枢·邪气脏腑病形》首先阐述了胃痛与腹部不适的关系：“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛。”在唐宋以前医家胃痛多以心下痛为记载，如张仲景在伤寒论中阐述大陷胸汤云：“结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬”，宋代以后医家则将胃脘痛与心痛区分开来，如《三因极一病证方论》中陈言将胃痛描述为痛在中脘，而非心痛。《兰室秘藏》中李杲为了将心痛与胃脘痛描述的更确切，将胃脘痛独立为一种病症。

### 2.2 对慢性非萎缩性胃炎病因病机的认识

中焦之脾土在相火作用下运化腐熟水谷，将从水谷中产生的津液运输散布到其它各个脏器，而气机的通畅的中枢为脾胃的升清降浊，腹胀、呃逆、咳嗽等气机不利均与脾胃有关。而气机通畅又有赖于肝的疏泄功能，肝疏泄功能失常，横逆犯脾，进而影响脾胃的消化吸收功能。风寒暑湿等外感六淫与情志内伤均会影响到脾胃的运化与肝胆的疏泄，进而导致气机的阻滞，日久化瘀，气郁与血瘀共同致病而表现或为痞满，或为嘈杂，或为胃脘痛<sup>[14]</sup>。

### 2.2.1 外邪犯胃

胃脘疼痛及呕吐等症状多因外邪直中损伤脾胃阳气为主，当人体虚弱，营卫之气不足以抵御外邪时，其外感六淫之邪会直接侵犯人体而致病。其中寒邪湿邪多从食道直接作用于脾胃，其为阴邪最易伤阳，导致脾胃的气机升降失司，发为该病。

### 2.2.2 饮食内伤

胃为水谷之海，主受纳，脾为后天之本，主运化，脾胃在津液的生成与散布上起到了至关重要的作用，脾胃居中以灌四旁，人体的机能以及脏器的正常运转都离不开脾胃的运化，饮食偏好、嗜酒啖肥以及寒凉暴食等因素长期刺激，脾胃健运功能受损，导致津液停滞而生湿生痰，阻遏气机，三焦气化不利而又反过来加重了脾胃的升降失调，导致胃脘疼痛缠绵难愈。

### 2.2.3 情志因素

五志怒喜悲思恐，每个情志的过与不足均会影响五脏的正常相生相克，而与情志最为密切的脏腑为肝胆，肝藏魂胆主决断，二者共奏疏泄之功，其情志刺激或抑郁或紧张或狂躁，均影响着肝胆对气机的疏泄功能，肝木疏泄太过则横犯脾土，影响到脾胃的健运与对气机的升降功能，日久气机瘀滞，不通则痛。诚如《沈氏尊生书·胃痛》所言：“胃痛，……惟肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正相克也。”气机久郁而化火，炼津生痰，痰气相阻而影响血行，乃为瘀血，久之耗气伤阴，形成痰、火、瘀、虚夹杂的胃痛<sup>[15-16]</sup>。

### 2.2.4 脾胃虚弱

脾胃为后天之本，与先天之本肾共同主宰着机体的生理活动。若先天禀赋不

足，或素体虚弱，则会影响脾胃的运化功能，使得气血亏虚，不荣则痛，发为胃脘痛。

### 2.3 对慢性非萎缩性胃炎治疗的认识

六腑藏而不能满，均以通为要，而胃腑甚焉，情志不和、饮食刺激等影响到脾胃的健运，一则胃气不降则发为胃痛、痞满、呃逆等疾病，一则伤脾阳，脾气不生导致泄泻，而治疗时主要以温通为主，一则降胃气以通腑，一则暖脾土而助运化。“通字须究气血阴阳”乃叶天士对通法的独到见解，近代各个医家依靠叶天士的观点对通字法灵活运用，不单理气和胃，散胃寒是为通，消食积是为通，温脾阳是为通，故很多脾胃名方应运而生，如良附丸、清中汤、补中益气汤等，结合现代工艺，将上述方剂制为中成丸剂、颗粒，收获了非常好的临床效果。

许鑫梅<sup>[17]</sup>教授有着多年的临床经验，对胃病的治疗有独特的思路，她认为元气乃一身之本，而脾胃为元气之源，所以主张补益，临床多以四君子汤为主方加减，并主张从“肝”“肺”“大肠”论治，同时注意非药物疗法。李其忠<sup>[18]</sup>教授主张运用调理气机升降法治疗胃脘痛，具体细分如下：肝旺脾虚者宜补虚为主，兼以清火，和其气机；脾胃湿困者宜化湿为主，兼以宣散，畅其气机；食积而瘀者消食为主，兼以活血，理其气机；脾肾阳虚者温煦为主，兼以补气，协其气机。李振华<sup>[19]</sup>教授认为胃病多实证，脾病多虚症，脾病多气虚、阳虚、水湿，因此在治疗胃病的时候要谨记脾胃的生理特性，临床用药多以健脾和胃为主，甘温淡渗药居多，脾胃同治，肝胃同治，切不可头痛医头。徐景藩<sup>[20]</sup>教授认为脾胃升降失调是脾胃疾病的根本病机，升清降浊为脾胃疾病的根本大法，降包括降气与通腑，升包括升阳举陷与补气升阳，一升一降，相辅相成。裘沛然<sup>[21]</sup>教授在其医案中总结到：辛行苦泄、甘缓酸收当为脾胃病的治疗大法，当胃病病机为寒热互结，升降失司时以辛散苦泄为主，当胃病病机为脾胃虚弱时以甘缓酸收为法。王国斌<sup>[22]</sup>教授认为脾胃疾病病因繁杂多样，在治疗上应顺应脾胃的生理特性，调畅气机，补泻兼施。熊继柏<sup>[23]</sup>教授指出胃痛首辨虚实寒热，其次辨清疼痛性质，胃痛实证包括气滞、火郁、寒气、食滞、血瘀，虚症包括虚寒、阴虚，可分别从以上论治，但无论哪一种均离不开疏肝理气之法。薛世明<sup>[24]</sup>通过对 86 例慢性胃炎患者的随



机对照分析，对照组应用常规西药治疗有效率为 76.74%，治疗组应用半夏泻心汤治疗有效率为 93.02%，得出半夏泻心汤治疗慢性胃炎疗效优于常规西药。魏明<sup>[25]</sup>观察肝胃不和型胃炎 186 例，应用胃痛颗粒治疗，对照组 112 例应用气滞胃痛颗粒治疗，结果得出两组有效率分别为 94.1%、75%。黄蓓<sup>[26]</sup>等将 160 例慢性胃炎患者随机分为观察组和对照组各 80 例，其中对照组应用西医常规药物治疗，观察组应用中成药胃苏颗粒进行治疗，结果观察组总体有效率为 93.8%，优于对照组 77.5%。

除了口服的药物外，针灸在慢性非萎缩性胃炎的症状改善方面也取得了显著疗效。历史文献虽然没有针灸治疗胃痛的证型记载，但对其诊治思路已通过对所取穴位体现出来。如《标幽赋》云：“脾冷胃痛，泻公孙而立愈”以及《针灸甲乙经》记载：“心腹胀痛，心尤痛甚，此胃心痛也，大都主之，并取隐白”等。现在针灸治疗手段主要以普通针刺为主，也有灸法、梅花针、穴位注射等多种治疗途径，取穴以肝经、脾经及阿是穴为主，根据中医辨证思维以及五行生克理论，结合不同手法综合治疗。何守华<sup>[27]</sup>总结了多年来治疗胃脘痛的经验，提出了针灸治疗十法治疗胃脘痛，临床疗效显著。刘家瑛<sup>[28]</sup>教授根据胃痛的不同证型采用不同的针刺手法，如温补法、泻热法等等，还在透天凉的基础上改良了进针手法，穴位注射也是刘老师大力推崇的一种疗法，均取得了较理想的临床疗效。李志方<sup>[29]</sup>将 72 例脾胃虚寒型胃脘痛患者随机分为治疗组与对照组，治疗组用温针灸治疗，取中脘、足三里、内关、公孙，配合脾俞、胃俞，有效率达 91.6%。冯敏萍<sup>[30]</sup>观察艾灸治疗胃脘痛的疗效，应用艾灸神阙穴联合常规药物，结果表明艾灸神阙穴效果优于常规药物治疗。陈贵莲<sup>[31]</sup>应用针刺联合灸法中脘、足三里、内关、气海、关元等治疗胃痛，总有效率 86.67%。

另外，穴位贴敷疗法、耳穴压豆疗法等对于胃脘痛的治疗疗效也有证可循。如王纪君<sup>[32]</sup>观察穴位贴敷联合艾灸治疗胃脘痛，将 48 例脾胃虚寒型患者随机分为对照组与观察组各 24 例，对照组采用西药治疗，观察组采用穴位贴敷联合艾灸，结果得出观察组有效率 95.83%，对照组 70.83%。吴太梅<sup>[33]</sup>应用中药热奄包联合穴位贴敷治疗虚寒胃痛，得出有效率达 98%，表明中医联合疗法在治疗胃痛中

的有效性。徐海霞<sup>[34]</sup>观察耳穴压豆联合按摩手法治疗急性胃痛，结果表明治疗组有效率 90.0%，对照组 76.6%，提示对于瘀阻型胃痛疗效显著，同时避免了药物治疗的副作用。

### 3.结论

综上所述，西医先进的检查手段对于本病的诊断确有一定优势，但是对于本病的发病机制阐述并不完善，且治疗方法较为单一，多为对症治疗及对因治疗，临床应用副作用较大，症状缓解效差。而中医药治疗疾病具有整体调节的特点，根据不同的证型，确立正确的治则,从而达到扶正祛邪的目的。目前中医对慢性非萎缩性胃炎的研究取得了极大进展，治疗方法多种多样，具有疗效显著，副作用少，改善症状明显、经济等优势，临床可以广泛应用。但由于目前并没有统一的分型标准，临床医生多根据临床经验选取方药，造成疗效参差不齐，且多为一家之言，同时缺乏大样本的临床资料总结，所得有效率不排除偶然因素，这些都为中医药的推广带来了问题。因此，如何解决这些问题，将成为我们下一步的研究方向，还需要我们大家的共同努力。

## 参考文献

- [1]路再英, 钟南山.内科学[M].北京: 人民卫生出版社, 2008: 382.
- [2]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, 天津) [J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3):172-177.
- [3]Sonnenberg A,Lash RH,Genta RM.A national study of Helicobacter pylori infection in gastric biopsy specimens[J]. Gastroenterology,2010, 139:1984-1991.
- [4]Marshall B J, Armstrong J A,Mcgechie D B,Glancy R J.Attempt to fulfill Koch's postulates for pyloric Campylobacter[J].Med J Aust,1985,142(8):436-439.
- [5]Morris A,Nicholson G.Ingestion of Campylobacter pyloridis causes gastritis and raised fasting gastric pH[J].Am J Gastroenterol,1987,82(3):192-199.
- [6]Hojo M,Miwa H,Ohkusa T,Ohkusa R,Kurosawa A,Sato N.Alteration of histological gastritis after cure of Helicobacter pylori infection[J].Aliment Pharmacol Ther,2002,16(11):1923-1932.
- [7]仲高娟. 胆汁反流性胃炎的发病机制及药物治疗[J]. 世界最新医学信息文摘, 2013, 13 (14) : 210.
- [8]张坤, 段金雨等.胃癌及癌前病变患者 DNA 倍体与 T 淋巴细胞检测的意义[J].世界华人消化杂志, 2016, (9) : 1433-1437.
- [9] Tsukui, TKashiwagi, Sakane R et al.Aging increases, and duodenal ulcer reduces the risk for intestinal metaplasia of the gastric corpus in Japanese patients with dyspepsia[J]Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2001, 16 (1) : 15-21.
- [10]王金周.艾灸治疗慢性浅表性胃炎 58 例疗效观察[J].国医论坛, 2013, 28 (3): 42-43.
- [11]张继明, 周宁, 吴玉林. 长期饮酒者胃镜资料分析[J].临床和实验医学杂志, 2013, 12 (16) :1287-1290.
- [12]刘海英等. 慢性胃炎发病相关必现因素分析与护巧对策[J]. 使用临床医药杂志(护理版), 2007,3(2):54.
- [13]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组,第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华内科杂志, 2012,10 (51) : 832-837.
- [14]周仲英.中医内科学[M].北京: 中国中医药出版社, 2003,208.

- [15]卓家和,陈寿菲,郑立昇.慢性胃炎中医辨证分型研究—附 361 例临床资料分析[J].新中医, 2001, 02: 21-22.
- [16]夏小芳,徐珊.慢性胃炎脾气虚证临床研究[J].浙江中西医结合杂志, 2005, 03: 6-8.
- [17]林子霖.名老中医许鑫梅治疗胃脘痛的用药规律研究[D].广州:广州中医药大学,博士学位论文.2017.
- [18]杨扬,李其忠.李其忠运用调理气机升降法治疗胃脘痛经验[J].安徽中医药大学学报,2016,35(4):49-51.
- [19]王海军,李郑生.李振华脾胃病学术思想及临证经验探讨[J].中华中医药学刊, 2013,31(8):1643-1646.
- [20]耿燕楠,刘子丹,宋红春等.徐景藩运用升降理论诊治脾胃病经验[J].中医杂志,2014,55(1):12-14.
- [21]王庆其,李孝刚,邹纯朴等.裘沛然辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].安徽中医药大学学报,2017,36(1):30-32.
- [22]崔琳琳,车志英,姚涛等.王国斌教授治疗胃脘痛经验[J].中医研究, 2016,29 (9):42-45.
- [23]姚欣艳,李点,何清湖等.熊继柏教授辨治胃痛经验[J].中华中医药杂志,2015,30(1):143-145.
- [24]薛世明.半夏泻心汤治疗慢性胃炎的临床疗效分析[J].光明中医, 2017,32 (2): 227-228.
- [25]魏明,张照兰,赵秋英等.胃痛颗粒剂治疗浅表性胃炎肝胃不和型临床研究[J].河南中医, 1997,17 (4): 239-240.
- [26]黄蓓,顾映赞.胃苏颗粒在慢性胃炎患者治疗中的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘, 2016, 65:92-102.
- [27]何守华. 针灸治疗胃脘痛十法[J]. 医药前沿, 2011, 01(17).
- [28]李敬华,于彤,于琦等.刘家瑛教授针灸治疗胃痛经验[J].中国医学创新, 2015,12(9):90-92.
- [29]李志方.温针灸治疗脾胃虚寒型胃痛的临床效果[J].临床合理用药, 2017,10(7):105-106.
- [30]冯敏萍等.艾灸神阙穴辅助治疗胃脘痛的效果观察[J].物理与康复, 2013,12(4):384.
- [31]陈贵莲. 针灸治疗胃痛 30 例临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2015,7(25):35.
- [32]王纪君.穴位贴敷配合艾灸治疗脾胃虚寒型胃痛 48 例[J].陕西中医学院学

报,2015,38(1):32-34.

[33]吴太梅.中药热奄包联合穴位贴敷配合中药内服治疗虚寒胃痛 100 例临床与护理研究[J].大家健康,2014,8(2):46.

[34]徐海霞,刘妮娜,曹承楼.耳穴压豆联合穴位按摩缓解急性胃脘痛效果的观察[J].安徽医药,2016,20(8):1533-1535.

#### 附录 4 附在校期间论文发表情况

- [1]解郁丸联合黛力新治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察[J].中医临床研究,2017,9(4):97-98.
- [2]泽泻泄浊颗粒配合穴位贴敷治疗非酒精性脂肪肝的临床观察[J].中医临床研究,2016,8(35):1-4.
- [3]涤浊通窍方治疗痰浊夹瘀型阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 48 例临床观察[J].辽宁中医杂志,2017,44(10):2126-2128.