

疏调健脾方治疗慢性胃炎肝郁脾虚证的疗效观察

董梦青¹, 缪虹雨², 沈楠², 喻晓², 邢练军^{2*}

¹上海市浦东新区航头鹤沙社区卫生服务中心, 上海

²上海中医药大学附属龙华医院, 上海

收稿日期: 2023年11月5日; 录用日期: 2023年12月19日; 发布日期: 2023年12月29日

摘要

目的: 探究疏调健脾方加减治疗对慢性胃炎肝郁脾虚证的治疗效果。方法: 60例慢性胃炎肝郁脾虚型患者随机分为两组各30例。对照组用奥美拉唑片治疗, 治疗组用疏调健脾方加减辨证治疗。以临床病例症状积分以及舌诊信息特征为观察指标, 观察口服疏调健脾方加减与奥美拉唑片治疗肝郁脾虚证慢性胃炎在上述指标改善方面的差异性, 以客观评价疏调健脾方的治疗效果, 并使用上海中医药大学智能镜进行舌诊参数的分析, 从客观上验证疏调健脾方的客观疗效, 从而为该方药的临床应用提供更可靠的依据。结果: 总有效率方面, 疏调健脾方组明显高于奥美拉唑组($P < 0.05$); 疏调健脾方组经过治疗后的中医症候积分明显下降, 与奥美拉唑组组间差异具有统计显著性($P < 0.05$), 疏调健脾方组的治疗后的舌诊参数改善优于奥美拉唑组($P < 0.05$)。结论: 疏调健脾方加减治疗慢性胃炎肝郁脾虚证疗效较好。

关键词

慢性胃炎, 肝郁脾虚证, 疏调健脾方, 舌诊

Observation of Curative Effect of Shutiao Jianpi Prescription on Chronic Gastritis Syndrome of Liver-Stagnation and Spleen-Deficiency

Mengqing Dong¹, Hongyu Miao², Nan Shen², Xiao Yu², Lianjun Xing^{2*}

¹Hangtou Heshu Community Health Service Center of Shanghai Pudong New Area, Shanghai

²Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai

Received: Nov. 5th, 2023; accepted: Dec. 19th, 2023; published: Dec. 29th, 2023

*通讯作者。

Abstract

Objective: To explore the therapeutic effect of Shutiao Jianpi decoction on chronic gastritis syndrome of liver-stagnation and spleen-deficiency. **Methods:** 60 cases of chronic gastritis patients with ganyuqi and spleen deficiency were randomly divided into two groups, 30 cases in each group. The control group was treated with omeprazole tablets, and the treatment group was treated with Shutiao Jianpi decoction. Clinical case symptom scores and tongue diagnosis information characteristics were used as observation indicators to observe the differences between oral Shutiao Jianpi prescription and omeprazole tablets in the improvement of the above indicators in the treatment of chronic gastritis with liver-Qi and spleen-deficiency syndrome, so as to objectively evaluate the therapeutic effect of Shutiao Jianpi prescription. The smart mirror of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine was used to analyze the parameters of tongue diagnosis. To verify the objective curative effect of Shutiao Jianpi formula, so as to provide a more reliable basis for the clinical application of this formula. **Results:** The total effective rate of Shutiao Jianpi formula group was significantly higher than that of omeprazole group ($P < 0.05$); after treatment, the scores of TCM symptoms in Shutiao Jianpi prescription group were significantly decreased, and the difference was statistically significant between Shutiao Jianpi prescription group and omeprazole group ($P < 0.05$). The improvement of tongue diagnosis parameters in Shutiao Jianpi prescription group after treatment was better than omeprazole group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Shutiao Jianpi formula is effective in treating chronic gastritis syndrome of liver-stagnation and spleen-deficiency.

Keywords

Chronic Gastritis, Syndrome of Liver Depression and Spleen Deficiency, Shutiao Jianpi Formula, Tongue Examination

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性胃炎(Chronic gastritis, GS)是临床常见的消化系统疾病,由多病因引起慢性胃黏膜炎性病变,在现代社会中老年发病率较高,中年人的发病率逐年上升,居各种胃病之首,发病的主要因素是幽门螺杆菌感染、胃粘膜受损稀薄以及固有腺体的减少[1] [2] [3]。临床表现症状为消化不良、食欲减退、胃脘胀痛、餐后反酸、暖气等。通过临床化验指标、胃镜、胃黏膜组织病理检查等能明确诊断慢性胃炎的发生发展过程[4] [5],但由于西医治疗方案没有辨证论治思维,因此有患者临床症状反复发作,中医药在其中发挥重要作用,多位学者对柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎进行研究[6],研究发现柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎疗效明显。本课题在国医大师张震创建的“疏调气机汤”的基础上,经过临床反复验证,拟定疏调健脾方,首次运用该方剂加减进行慢性胃炎肝郁脾虚型的临床疗效研究。为了更好的评价该方剂的客观疗效性,运用一种简便、快捷的方式来评价,中医客观化研究的专家们研制了舌脉诊仪器,并且广泛运用于临床课题的研究中,付晶晶等[7]学者采用 TP-1 型中医舌脉象数字一体化分析仪,从舌色、苔色、舌苔腐腻程度、舌形胖瘦等几个维度检测慢性胃炎常见证型的舌象参数,得出慢性胃炎脾胃湿热、湿浊中阻,脾胃气虚、肝胃郁热、脾虚湿阻等不同证型与不同维度的舌象参数有明显的相关性,证明了舌象参数作为简便、无创的诊断方法,可以为慢性胃炎中医证候临床

诊断提供客观依据。本课题运用上海中医药大学智能镜采集两组患者治疗前后的舌诊参数, 进行数据分析, 更客观地验证疏调健脾方的疗效, 本研究具体如下。

2. 临床资料

选取 2020~2023 年就诊于上海中医药大学附属龙华医院及浦东新区航头鹤沙社区卫生服务中心辨属肝郁脾虚证的慢性胃炎患者 60 例。随机分为两组各 30 例。治疗组男 13 例, 女 17 例; 年龄 18~79 岁, 平均(36±5.5)岁。对照组男 9 例, 女 21 例; 年龄 21~78 岁, 平均(36±2.2)岁。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

3. 诊断标准

西医诊断标准: 参见《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017 年)》。

慢性胃炎主要表现为胃黏膜的慢性炎症反应, 多数患者可无明显临床症状, 有症状者主要表现为非特异性消化不良, 如上腹部不适、饱胀、疼痛、食欲不振、嗝气、反酸等, 部分还可伴有健忘、焦虑、抑郁等精神心理症状。

内镜诊断: ① 非萎缩性胃炎: 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、充血渗出等基本表现; ② 萎缩性胃炎: 内镜下可见黏膜红白相间, 以白相为主, 皱襞变平甚至消失, 部分黏膜血管显露, 可伴有黏膜颗粒或结节状等表现; ③ 如伴有胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等, 描述为萎缩性胃炎或非萎缩性胃炎伴胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等。

中医诊断标准: 主症为胃脘胀满或胀痛、隐痛, 胁肋胀痛, 胃部喜按或喜暖。次症为症状因情绪因素诱发或加重, 食少纳呆, 嗝气频作, 大便稀溏, 胸闷不舒, 倦怠乏力, 气短懒言, 舌苔薄白, 脉弦细。

4. 治疗方法

对照组采用常规西药治疗。口服奥美拉唑片(海南海灵化学制药有限公司, 国药准字 H10920092), 每天 1 次, 每次 20 mg; 连续治疗 12 个周。

治疗组组用柴胡 15 g, 白芍 9 g, 茯苓 9 g, 薏苡仁 15 g, 丹参 9 g, 炒白术 15 g, 淮山药 9 g, 枳实 9 g, 制香附 9 g, 甘草 6 g, 加减: 胃脘胀满甚者, 加生山楂 15 g, 鸡内金 9 g; 饮食不香者, 加炒谷芽 15 g, 六神曲 15 g, 莱菔子 15 g; 反酸者: 加吴茱萸 1 g, 煅瓦楞 30 g; 胃痛甚者, 加川楝子 15 g, 玄胡 15 g; 大便困难者, 加大黄 3 g; 呕恶明显者, 加竹茹 6 g, 姜半夏 9 g; 呃逆者, 加旋覆花 15 g, 代赭石 15 g; 寐差者: 加酸枣仁 15 g, 首乌藤 15 g。每日 1 剂, 水煎 400 ml, 早晚分两次服用。连续治疗 12 周。

5. 疗效评定标准

5.1. 中医证候疗效评价标准

参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》制定:

疗效指数(%) = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。

- ① 痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%;
- ② 显效: 主要症状、体征明显改善; 70% ≤ 疗效指数 < 95%;
- ③ 有效: 主要症状、体征明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%;
- ④ 无效: 主要症状, 体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

5.2. 主要症状单项的疗效评价标准

- ① 治愈: 疗程结束后, 症状消失;

- ② 显效：疗程结束后，症状分级减少级；
 ③ 有效：疗程结束后，症状分级减少 1 级；
 ④ 无效：达不到上述标准者。

5.3. 主要症状积分

参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》及《中药新药临床研究指导原则(试行)》拟定，肝胃气滞证：主症与次症所有症状均分为无、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。

用 SPSS 22.0 软件统计分析数据，计量资料用 t 检验，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料采用 χ^2 检验，计数资料以 (%) 表示，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

6. 治疗结果

6.1. 两组患者疗效对比情况

对照组患者的治疗总有效率为 73%，治疗组患者的治疗总有效率为 93%，对照组患者的治疗总有效率明显比治疗组更低，组间差异具有统计显著性 ($P < 0.05$)，详见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between two groups (%)

表 1. 两组患者临床疗效比较 (%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率 [n (%)]
对照组	30	4	8	10	8	22 (73)
治疗组	30	10	9	9	2	28 (93)
χ^2						14.5
P						0.0

6.2. 两组治疗前后临床症状积分差异性

两组治疗后的临床积分均有明显改善，但治疗组治疗后的中医证候积分改善明显优于对照组治疗后中医证后积分的改善，组间差异具有统计显著性 ($P < 0.05$)，详见表 2。

Table 2. Comparison of TCM Syndrome Integral between the two groups ($x \pm s$)

表 2. 两组患者中医证候积分比较 ($x \pm s$)

组别	n	中医证候积分(治疗前/治疗后)	
对照组	30	51.6 \pm 7.3	40.5 \pm 5.3
治疗组	30	52.1 \pm 7.4	17.3 \pm 7.1
t	-	0.25	20.12
P	-	0.81	0.00

6.3. 两组患者临床不良反应比较

对照组患者的临床不良反应发生率为 20%，治疗组患者的临床不良反应发生率为 13.33%，治疗组的不良反应发生率明显低于对照组，组间差异具有统计显著性 ($P < 0.05$)，详见表 3。

Table 3. Comparison of clinical adverse reactions between two groups (%)**表 3.** 两组患者临床不良反应比较(%)

组别	<i>n</i>	恶心	呕吐	头晕	其他	不良反应发生率[<i>n</i> (%)]
对照组	30	2	2	1	1	6 (20)
治疗组	30	1	1	1	1	4 (13.3)
χ^2						4.15
<i>P</i>						0.04

6.4. 治疗组治疗前后舌诊参数比较

与治疗前比较, 治疗组治疗后舌诊色度参数与特征参数差异无统计学意义, 而在舌诊特征参数中, 厚薄、齿痕、裂纹、瘀斑、胖瘦、剥苔特征参数呈下降趋势, 按下降趋势的高低排序: 齿痕特征值 > 裂纹特征值 > 瘀斑特征值 > 剥苔特征值 > 腐腻特征值, 厚薄、点刺特征参数呈上升趋势。详见表 4。

Table 4. Comparison of characteristic parameters of tongue diagnosis before and after treatment in the treatment group ($\bar{x} \pm s$)**表 4.** 治疗组治疗前后舌诊特征参数比较($\bar{x} \pm s$)

舌诊特征参数	治疗前	治疗后
厚薄特征值	927.55 ± 79.52	935.22 ± 84.19
裂纹特征值	253.96 ± 601.13	240.61 ± 455.15
剥苔特征值	7.12 ± 1.81	6.55 ± 1.01
瘀斑特征值	5.11 ± 12.02	4.06 ± 9.79
齿痕特征值	61.55 ± 173.87	33.97 ± 51.82
胖瘦特征值	1.12 ± 0.21	1.09 ± 0.20
腐腻特征值	8.89 ± 2.19	8.36 ± 1.58

从中医学的角度来看, 慢性胃炎肝郁脾虚证属于“胃痞”、“胃脘痛”的范畴, 患者多伴有情志心理变化, 情志不畅导致肝失疏泄, 肝气郁结, 加之饮食不节、体虚劳累等致使中气不足, 脾胃虚损。《临证指南医案》中记载: “肝为起病之源, 胃为传病之所”。由此可见, 该病症虽病变在胃, 但与肝、脾之间存在密切联系。胃主受纳, 肝主疏泄, 脾主运化, 且脾、胃互为表里, 同属中焦, 若脾胃虚弱, 则会导致气机不畅、运化失常、胃脘气机失调; 肝得脾精微滋养, 疏泄方可通畅; 脾得肝疏泄, 运化功能方可协调。慢性胃炎肝郁脾虚证是常见证型, 以舌质红苔白、胃脘胀痛不适、脉弦、烦躁抑郁等为主要表现[8] [9]。因此, 中医治疗的关键应以疏肝理气, 调理脾胃为主[10]。现代研究也证实这一点, 许家伦[11]等运用自主设计的“舌象量级记录表”, 对 166 例慢性胃炎患者舌象特征的提取与中医证候关系进行研究。将舌象与证候分型做判别分析得出结论, 其中脾胃虚弱型 73.33%, 脾胃湿热型 70.00%, 胃络瘀血型 59.09%, 此项研究不仅为中医脾胃病患者舌象特征与证型关系提供了舌象量级的评价依据, 也为临床探讨慢性胃炎常见证型肝郁脾虚型做出了铺垫。临床运用中医药治疗方面, 徐景藩等[12] 186 例慢性萎缩性胃炎患者主要分为中虚气滞证组和肝胃不和组, 中虚气滞证组治以调中理气, 佐以化痰(党参、白术、黄芪、山药、茯苓、陈皮等); 肝胃不和主治以疏肝和胃, 佐以化痰(柴胡、制香附、炒枳壳、炒白芍、佛手等); 对临床诊断改善的总有效率分别为 89.54%、92.85%, 说明中医药在治疗慢性胃炎的同时, 兼顾肝气郁滞的治疗。本课题采用的疏调健脾方依托于张震国医大师“疏调气机”学术思想, 结合临床实践总结而出。疏调健脾方: 柴胡入肝经, 其性轻清升散, 既疏肝解郁, 又透邪升阳, 使肝气条达, 为君药。

肝脏体阴而用阳，故以白芍补血养肝，与柴胡相配散敛互用，气血兼调；香附疏肝解郁，苦降肝逆，可通行三焦，擅于祛郁滞、畅气血，增强柴胡之疏肝解郁功效；白术、山药为补益脾气之要药，补而不滞，综白芍、香附、白术、山药共为臣药。米仁、茯苓健脾益气燥湿，使运化有权，与白术、山药为伍，相辅相成；枳实行气散结而畅脾滞，合柴胡，肝脾并调，升降互用，以增舒畅气机之力；丹参活血调经，祛瘀通络。由此，方中米仁、茯苓、枳实、丹参四药共为佐药。甘草健脾和中，兼调和诸药，为佐使。

中医有“舌乃心之首，舌为胃之镜，舌为脾之外候”之说。《辨舌指南》云：“辨舌质，可决五脏之虚实。”脾胃为气血生化之源，脾胃虚弱，生化乏源，气血亏虚，故可见舌色偏淡。胃腑以通为顺，以降为用，胃腑不通，胃气不降，加之肝气郁结，气机不畅，日久瘀滞，继而化热，故舌色以红色多见。古代医家认为心、肝、脾、胃、肾的“经脉”皆通于舌，即所谓舌尖属心肺，舌中属脾胃，舌两边属肝胆，舌根属肾。这些部位的相应变化，是反映相关脏腑变化的一面“镜子”。舌诊作为中医辨证施治病症的重要依据之一。中医四诊客观化的研究证实了这一点，例如杨帅[13]等收 122 例慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证患者，用上海中医药大学研制的智能镜并记录他们中药治疗前后的舌面诊信息，进行数据统计分析，发现中药治疗后患者舌面诊参数明显改善，为建立具有中医特色优势的临床疗效评价体系拓宽了新方向与思路。本课题治疗组治疗前后舌诊信息进行采集，经过数据分析，发现舌诊特征参数中齿痕特征值和裂纹特征值以及瘀斑特征值较治疗前下降尤其明显，表明经过疏调健脾方加减治疗，肝郁脾虚型慢性胃炎患者的脾胃功能逐渐恢复，气机逐渐通畅，气血逐渐充盈，舌体得以荣养，患者的舌质、舌苔颜色由偏淡逐渐向偏深趋势转变，舌诊特征的程度也在逐渐减轻，提示经治疗患者的舌质与舌苔逐渐好转，从侧面辅证疏调健脾方在治疗肝郁脾虚型慢性胃炎的疗效。

综上所述，疏调健脾方加减治疗慢性胃炎肝郁脾虚证疗效确切，值得临床推广应用。

基金项目

浦东新区名中医继承人项目，《疏调健脾方治疗肝郁脾虚型慢性胃炎疗效对比研究》项目编号(PWRzj2020-15)。

参考文献

- [1] 国家消化系疾病临床医学研究中心(上海), 国家消化道早癌防治中心联盟(GECA), 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组, 等. 中国幽门螺杆菌根除与胃癌防控的专家共识意见(2019 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2019, 39(5): 310-316.
- [2] 张睿祺, 张哲, 等. 慢性胃炎病理特征在幽门螺杆菌分型中的价值[J]. 新医学, 2023, 11(54): 799-803.
- [3] 张伟健, 梁艺钟, 黄彦子, 等. 国医大师治疗慢性萎缩性胃炎证型证素分布及用药规律研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(3): 37-41.
- [4] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [5] 赵晓琳, 程若东, 赵兵, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识对比分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(9): 3840-3842.
- [6] 冀雯芳. 柴芍六君子汤加减治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎的效果观察[J]. 河南医学研究, 2016, 25(11): 2002-2003.
- [7] 付晶晶, 李福凤, 陆雄, 等. 慢性胃炎中医证候舌象信息特征研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(9): 1107-1108.
- [8] 叶文平, 刘云雅, 张捷, 等. 疏肝健脾和胃汤治疗胃食管反流性病的近期和远期效果研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8(11): 65-67.
- [9] 刘术金, 胡联民, 陈刚, 等. 疏肝健脾和胃汤治疗肝癌放疗致胃肠道反应 40 例[J]. 河南中医, 2016, 36(1): 88-90.
- [10] 李朝辉. 四逆散联合奥美拉唑治疗肝郁脾虚型慢性浅表性胃炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015,

29(11): 74-75.

- [11] 许家佗, 包怡敏, 王志国, 等. 166 例慢性胃炎患者舌象特征与证型关系的初步观察[J]. 上海中医药大学学报, 2003, 17(2): 34-37.
- [12] 赵雷, 陆建林. 徐景藩三型论治慢性萎缩性胃炎癌前病变 186 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(23): 2007-2010.
- [13] 杨帅, 李福凤, 等. 基于舌诊及面诊信息特征的慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证中医疗效评价[J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2021, 5(36): 2957-2960.