

# 潜龙刮疗法联合丹参饮合失笑散治疗胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎临床观察<sup>※</sup>

● 陈丽凤 陈一斌<sup>▲</sup> 吴耀南 林立

**摘要** 目的:观察潜龙刮疗法联合丹参饮合失笑散治疗胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎患者的效果。方法:选取胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎患者90例,分为对照组和治疗组各45例。对照组采用丹参饮合失笑散治疗,治疗组采用潜龙刮疗法联合丹参饮合失笑散治疗,两组均治疗12周,观察两组的血清胃蛋白酶原I(PGI)、胃蛋白酶原II(PGII)和胃泌素17(G-17)等指标的变化情况及临床疗效。结果:治疗组的总有效率高于对照组( $P<0.05$ );治疗后两组的PGI和G-17水平均明显升高( $P<0.05$ ), PGII水平均明显降低( $P<0.05$ ),治疗组均比对照组变化更明显( $P<0.05$ );治疗组的复发率低于对照组( $P<0.05$ );两组均未发现明显不良反应。结论:与丹参饮合失笑散治疗相比,采用潜龙刮疗法联合丹参饮合失笑散治疗胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎效果更显著,值得推广应用。

**关键词** 慢性萎缩性胃炎;刮痧;丹参饮;失笑散;胃络瘀血;PGI;PGII;G-17

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)系指胃黏膜上皮固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和/或假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病<sup>[1]</sup>。中医认为血瘀是本病发生、发展甚至恶变的关键病理环节<sup>[2-4]</sup>,故笔者认为活血化瘀、通达胃络应贯穿本病治疗的始终。刮痧是中医学的一种外治法,具有疏通经络、活血化瘀、排毒祛邪之效,但是在CAG中的临床应用经验极少<sup>[5]</sup>。笔者根据多年临床经验,研发了一种以沉、透为特点的刮痧疗法,该疗法有如潜入经络深部之游龙荡涤周身之菀陈,故而取名潜龙刮。本研究将其联合丹参饮合失笑散治疗胃络瘀血型CAG,取得了良好的效果,现报道如下。

※基金项目 厦门市第五批优秀中医后备人才项目(No.厦卫中医[2018]392号)

▲通讯作者 陈一斌,男,主任医师。研究方向:中医脾胃病。E-mail:Chenyb2004@163.com

• 作者单位 北京中医药大学厦门医院(福建 厦门 361009)

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2017年6月—2019年9月就诊于北京中医药大学厦门医院的胃络瘀血型CAG患者90例,将其随机分成治疗组和对照组,每组各45例。治疗组男22例,女23例,年龄34~68岁,平均年龄(47.2±8.5)岁,平均病程(8.3±2.6)年;对照组男21例,女24例,年龄32~67岁,平均年龄(48.3±6.2)岁,平均病程(7.9±2.8)年。两组患者的年龄、性别、病程经统计学比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 参考2010年中华中医药学会脾胃病分会制定的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[6]</sup>中有关CAG的西医诊断标准和胃络瘀血型中医证候诊断标准。

**1.3 纳入标准** (1)符合CAG西医诊断标准和胃络瘀血型中医证候诊断标准;(2)年龄30~70岁;(3)近1个月内查幽门螺杆菌(HP)为阴性;(4)纳入试验前1个月内经检查证实诊断,且近1个月内未给予相关治疗;(5)自愿参加本研究并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1)胃手术史、消化性溃疡、恶性肿

瘤、出血或其它严重疾病者；(2)糖尿病、有出血倾向、皮肤病等不能耐受刮痧治疗的患者；(3)精神异常或不能按规定配合治疗的患者；(4)妊娠或准备妊娠、哺乳期妇女；(5)过敏体质者。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予丹参饮合失笑散治疗,处方如下:丹参 30g,檀香 6g(后下),砂仁 6g(后下),生蒲黄 10g(包煎),醋五灵脂 10g。上方由北京中医药大学厦门医院煎药室统一代煎装包,每日 1 剂,水煎为 300mL,分 2 次于饭后 1h 温服。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗用药的基础上配合潜龙刮疗法:选取从膈俞至肾俞水平的双侧膀胱经背部片段及剑突和肋缘以下、神阙以上的任脉和双侧胃经腹部片段,每周刮痧 1 次。先在施术局部涂抹适量活血刮痧油,用刮痧板以厚约 2mm 的薄面放置于皮肤上,用双手指掌协同压握刮痧板的厚面,然后以 85°~90°的角度在施术部位行单向下沉式刮拭,刮拭距离以 5~10cm 长为度,疼痛较剧部位可缩短刮拭距离至 3cm,刮拭深度根据局部皮肤厚度可达 0.5~2cm,以刮拭时局部穴位有酸重感和患者能耐受为度,每个部位刮 20~30 下,刮痧总时长控制在 20~30min。背部及腹部均从上往下刮拭,直到皮肤发红充血,出现成点、成块或成片的红色、深红色或紫青红色斑点或硬结(即为痧点)。

两组患者均持续治疗 12 周。治疗过程中嘱患者忌烟限酒,禁食生冷、辛辣、坚硬等食物,作息规律,劳逸结合。

1.6 观察指标 ①观察并记录两组患者的疗效情况。②分别于治疗前后抽取两组患者清晨空腹静脉血,采用酶联免疫吸附法检测血清胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII) 和胃泌素 17 (G-17) 水平。③治疗后对治疗有效的患者继续随访 6 个月,观察两组患者的复发率(复发率=复发例数/总有效例数×100%)。④观察有无不良反应。

1.7 疗效判定标准 根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>中规定的 CAG 中医证候疗效评定标准,采用尼莫地平法进行判定。

1.8 统计学处理 采用 SPSS 22.0 进行统计学处理,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  时有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组的总有效率为

95.6%,对照组的总有效率为 71.1%,治疗组的疗效高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较情况[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	30(66.7)	13(28.9)	2(4.4)	43(95.6)*
对照组	45	13(28.9)	19(42.2)	13(28.9)	32(71.1)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

2.2 两组患者血清 PGI、PG II、G-17 比较 两组治疗后的 PGI 和 G-17 水平均明显升高( $P < 0.05$ ),PG II 水平明显降低( $P < 0.05$ ),治疗组较对照组变化更明显( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后血清 PGI、PG II、G-17 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	PG I (ng/mL)	PG II (ng/mL)	胃泌素 17 (pmol/L)
治疗组	45	治疗前	68.74±10.69	19.43±2.58	2.63±1.51
		治疗后	145.37±20.72**	12.86±1.93**	6.08±1.26**
对照组	45	治疗前	67.58±11.27	19.56±2.37	2.58±1.43
		治疗后	106.83±18.92*	15.36±2.01*	4.92±1.37*

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P < 0.05$

2.3 两组患者复发率比较 治疗组的复发率为 7.0%,对照组为 40.6%,两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组复发率比较(例·%)

组别	有效例数	复发例数	复发率(%)
治疗组	43	3	7.0*
对照组	32	13	40.6

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

2.4 不良反应 两组患者在治疗过程中均未出现不良反应,治疗安全性良好。

## 3 讨论

CAG 是消化系统的常见病与疑难病,早在 1978 年 WHO 就将其作为胃癌前病变。中医认为本病病位在胃,与肝、脾密切相关。脾虚、气滞、血瘀是本病的基本病机,而血瘀是本病发生发展甚至恶变的关键病理环节<sup>[6]</sup>。笔者认为本病若胃腑瘀久不复,血滞气壅,气血不畅,精微不入,浊邪不出,则成湿热瘀毒、痰瘀互结之证,进而酿生恶变成岩。可见胃腑瘀血阻滞导致湿热壅遏、痰气阻滞、脾虚不复是本病迁延难愈之根本病因,故活血化瘀、通达胃络应贯穿本病治疗的始终。同时,祛瘀血也是治病的重要手段,正如《灵

枢·经脉》所言：“经脉者，所以能决生死，处百病，调虚实，不可不通。”又如《血证论》所曰：“一切不治之证总由不善去瘀之故。”临床上应善于运用各种方法排瘀，使“脉道以通，气血乃行，百邪得去”。

丹参饮中丹参重用为君，以活血祛瘀；檀香、砂仁温中行气止痛，共为佐使。三药合用，气血并治，刚柔相济，使气行血畅。失笑散方中醋五灵脂功擅通利血脉，散瘀止痛；生蒲黄破血消瘀。二者相须为用，药简力专，共奏祛瘀止痛、推陈出新之功。两方搭配，理气活血、化瘀通络之功倍增，故而数年来均被中华中医药学会脾胃病分会所制定的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》推荐为治疗胃络瘀血型CAG的方剂。

然而，CAG病程长，久病瘀血入络，仅服药内攻尚难以通达胃之百脉，故临床常配合其它外治方法以加强排瘀之力。其中，刮痧是排瘀的重要手段。现代医学研究显示，刮痧可以增强局部皮肤及本经经脉线上皮肤的微循环<sup>[8-10]</sup>；刮痧可快速调动机体局部及系统的免疫反应，增强和调节先天性免疫及适应性免疫功能<sup>[11-13]</sup>；刮痧可促进血液和淋巴液循环，改善局部营养，增强细胞免疫功能<sup>[14]</sup>。

本课题所采用的潜龙刮疗法具有其独特的临床疗效和适应症。该疗法有别于常规刮痧疗法，具有以下特点：①刮拭时要做到与皮肤表面平行和垂直的方向均有发力，以达皮部、络部、经部三位一体均得到循经刮拭；②刮拭时采用双手指掌协同配合，刮拭角度几近垂直，刮拭深度有要求；③务求与皮肤表面平行方向的力度要柔和、有节律，垂直方向的力度要均衡、柔和、深透，要求柔中带刚、刚中有柔，刚柔相济；④刮拭时要特别注重对穴位的渗透力，并重点寻找和刮拭局部阳性点；⑤本疗法尤其适用于脏腑久病之患，对久病入络、痰瘀互结之顽疾可达破损废之旧络、生通达之新络的功效，以达去菟陈莖，外络通达，气血得运，精微得布，浊邪得除，脏腑之络通畅，脏腑去旧更新之运化速矣，药倍服之，则效加矣。

在刮痧部位的选择上，本研究一来根据经络学说的“经络所过、主治所及”理论，故而选取上腹部的胃经及任脉；二来由于背俞穴和募穴都是脏腑之气输注和会聚的部位，临床治疗脏腑病证常两者配合协同使用，故而选取背部膀胱经从膈俞至肾俞片段。对这些部位所进行的潜龙刮，既可增强经络的疏通和渗灌作用，使病邪在皮毛、络脉、经、腑、脏各个层次均得到更强的疏泄，又可增强外治内腑的效果，从而可以治疗胃络瘀血型CAG。前期亦有研究显示刮痧点、线、面、

位结合是临床获效的关键，既要刮拭患部的点，又要刮拭经络、神经、肌肉、血管走形的线以及相关面<sup>[15]</sup>。

本研究发现，与单纯使用丹参饮合失笑散的对照组相比，联合使用了潜龙刮疗法的治疗组的疗效升高，复发率降低，在PGI、G-17、PG II水平的改善方面更优。潜龙刮疗法可能是通过快速改善胃组织的血液和淋巴循环、加速新陈代谢、提高机体免疫力、促进炎症的吸收和胃黏膜的再生而达到良好的临床疗效。

潜龙刮除了具有治疗CAG的良好效果外，还可通过痧象结合望、触诊进一步判断疾病的轻重、性质、部位及预后，有利于指导临床在常规辨证基础上更精准地制定治疗方案和处方用药。因此潜龙刮疗法值得在CAG患者中推广使用。

### 参考文献

- [1] Rugge M, Correa P, Dixon MF, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2002, 16(7): 1249-1259.
- [2] 王凤云, 唐旭东, 姚乃礼. 论胃肠疾病与调畅气机[J]. *上海中医药杂志*, 2006, 40(3): 20-21.
- [3] 柴可夫. 活血化痰法防治慢性萎缩性胃炎辨识[J]. *中医药学刊*, 2004, 22(3): 389-390.
- [4] 王爱云, 单兆伟. 慢性萎缩性胃炎从瘀血论治[J]. *中国中西医结合脾胃杂志*, 2000, 8(5): 290-291.
- [5] 王艳国, 任凤蛟, 肖侠, 等. 刮痧疗法疾病谱研究[J]. *天津中医药*, 2019, 36(12): 1175-1180.
- [6] 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[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2010, 18(5): 345-349.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 125-127.
- [8] 曾上劫. 中医刮痧术的刺络特征阐释[J]. *中国针灸*, 2013, 33(11): 1033-1035.
- [9] 肖丽梅, 孟宪璞, 韩明林, 等. 分段刮痧与针刺治疗颈型颈椎病疗效对照观察[J]. *中国针灸*, 2014, 34(8): 751-754.
- [10] 徐青燕, 杨金生, 杨莉, 等. 委中穴区刮痧对本经同侧经脉线上皮肤微循环血流灌注量的影响[J]. *针刺研究*, 2013, 38(1): 52-56.
- [11] 吴智聪, 刘诗雅, 李良慧, 等. 中医刮痧渗出物中免疫成分及含量的研究[J]. *广州中医药大学学报*, 2017, 34(2): 209-212.
- [12] 王珂, 蒋燕, 张秋菊, 等. 刮痧前后大鼠胆红素、SOD、IL-1、IL-6、白细胞的变化[J]. *北京中医药大学学报*, 2009, 32(9): 618.
- [13] 吴鲜鲜, 张瑾, 丁智. 刮痧对健康个体皮肤及系统免疫功能的调节研究[J]. *南京中医药大学学报*, 2019, 35(1): 58-62.
- [14] 葛翠瑶. 刮痧对头面神经痛有奇效[J]. *中国针灸*, 2008, 28(6): 455.
- [15] 杨金生, 王莹莹, 屈建峰, 等. 刮痧点线面位结合是临床获效的关键[J]. *中国康复理论与实践*, 2011, 17(3): 300.

(收稿日期: 2020-07-23)

(本文编辑: 金冠羽)