

温胃膏对浅表性胃炎模型大鼠炎症因子及透皮性的影响研究

马颖卿 王国杰

黑龙江中医药大学 150036

〔摘要〕目的 通过探讨温胃膏对浅表性胃炎检查指标影响研究,以及温胃膏透药性的实验研究,证实内病外治的理论,阐明温胃膏对浅表性胃炎的疗效作用机理,为推广临床应用提供理论依据。**方法** 2021 年 4 月 12 日于黑龙江中医药大学实验动物中心购入 SD 大鼠 40 只,雌雄各半,体重均为 $180 \pm 20\text{g}$ 。(4 月 20 日)大鼠纯净水、大鼠饲料正常喂养 1 周称重,后随机分为正常组、模型组、对照药物治疗组、高剂量组、低剂量组 5 组。除正常组正常饲养外,其他 4 组 32 只大鼠分笼饲养并加以造模处理,每组 8 只,雌雄各半。大鼠饲养两周时,称其体重,观察爪甲颜色,精神状态,大便性状。**结果** 大鼠饲养 13 周,模型大鼠大多数出现稀便、黏便粘饲养笼底,食量、饮水量减少,爪甲色白,精神萎靡,行动迟缓,蜷缩抱团。大鼠饲养 17 周,无异常死亡。**结论** IL-6 浓度低无意义, GAS 胃泌素有意义, PG 胃蛋白酶原有意义。

〔关键词〕 温胃膏; 浅表性胃炎; 模型组

〔中图分类号〕 R243 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2021) 11-062-02

慢性浅表性胃炎是一种临床常见病、多发病,是由多种原因引起的胃黏膜慢性炎症性病变,浅表性胃炎迁延不愈,将转化为萎缩性胃炎,其中约有 10% 在 20 年观察中发展为胃癌。因此,从萎缩性胃炎和胃癌预防的角度注重对浅表性胃炎的研究,特别是建立类似人的慢性浅表性胃炎动物模型具有重要意义,但目前尚缺乏稳定的、成熟的 CSG 动物模型,而温胃膏是由活人圣散子治寒疫之方合东垣中满分消汤治内伤之剂加减而成,主治胃寒不纳,呕泻、痞胀、疼痛诸证,在治疗胃炎中有较好的效果,为此,本研究采用温胃膏对浅表性胃炎模型大鼠炎症因子及透皮性的影响分析,利用多因素综合方法成功制备了一种简便、价廉、稳定。

1 临床资料

搜集 2021 年 4 月 12 日于黑龙江中医药大学实验动物中心购入 SD 大鼠 40 只,雌雄各半,体重均为 $180 \pm 20\text{g}$ 。每日每只进行 0.10% 浓度的氨水 1ml 灌胃,自由饮用纯净水,饥饱失常法饲料喂养,每日冰水浸浴 15min (确保每只大鼠四肢以及腹部在冰水中浸泡),每周生冷蔬菜水果碎屑喂养一次,连续造模 13 周,抽取检测,通过 He 染色胃黏膜观察造模情况。

2 研究方法

2.1 对大鼠炎症因子的影响

实验取 48 只基本相同健康正常大鼠,雌雄各半即可,随机抽取 16 只作为空白对照组 A 组,采取蒸馏水及清洁级普通饲料喂养。余 32 只拟通过饥饱失常法及喂以 0.02% 氨水自由饮用连续 10 周,制作浅表性胃炎模型大鼠,使之出现精神萎靡,倦怠少动,蜷缩扎堆,纳差便秘,脏脏温低,毛发不荣,口水量多清稀,体质量下降,并以胃组织病理学检查结果作为模型复制的成功标准。造模后大鼠进行腹部除毛,脱毛范围在 $3 \times 4\text{cm}$,并抽取 16 只,温胃膏胶布固定贴敷于腹部作为治疗组 B 组,每日贴敷 3 小时,疗程 30 天,造模后其余 16 只大鼠以“舒腹贴膏”贴敷为药物对照组 C 组。末次给药 1 小时后观察各组大鼠状态,取三组大鼠 HE 染色病理切片及酶联免疫吸附 (ELISA) 测定法检测胃泌素 -17 (G-17) 水平、胃酸 HP 值测定、血清白介素 8 (IL-8) 检测,并进行体质量检测。

2.2 对大鼠腹腔透皮性的影响

选取雌雄各半 40 只基本相同健康正常大鼠,随机抽取 10

只作为空白对照组,其余 30 只同 2.1 方式进行造模,抽取 10 只以“舒腹贴膏”贴敷,抽取 10 只贴敷 3g 温胃膏作为小剂量组,其余 10 只贴敷 6g 温胃膏大剂量组,给药方式、疗程同前,末次给药 1 小时后四组大鼠做血清淀粉酶、胃蛋白酶的测定。

3 研究结果

(5 月 3 日)大鼠饲养两周时,称其体重,观察爪甲颜色,精神状态,大便性状。

(7 月 20 日)大鼠饲养 13 周,模型大鼠大多数出现稀便、黏便粘饲养笼底,食量、饮水量减少,爪甲色白,精神萎靡,行动迟缓,蜷缩抱团。模型组中随机抽取 2 只大鼠 (一雄一雌),处死取样,胃黏膜肉眼观察色苍白,胃内容物不消化,胃酸增多。进行 He 染色观察胃黏膜造模情况。其余模型大鼠仍继续造模,正常组仍继续正常喂养。

(7 月 28 日)大鼠饲养 14 周,除正常组 8 只,模型组 6 只,其余 24 只大鼠按计量腹腔注射水合氯醛麻醉,腹部剃毛备皮,平均分 3 组 (每组雌雄各半) 分别贴敷舒腹贴膏、温胃膏 4g (高剂量)、温胃膏 2g (低剂量),每日贴敷 2 小时,喂养方式如正常组。继续饲养 3 周,称量体重,观察各组大鼠状态,进食情况,大便性状等。

(8 月 17 日)大鼠饲养 17 周,无异常死亡,所有大鼠称重,腹腔注射水合氯醛麻醉,腹主动脉抽血 3ml,取胃组织,观察颜色,内容物等。

4 讨论分析

温胃膏其药物组成为:干姜,白术,川乌,苍术,党参,附子,吴茱萸,黄芪,麻黄,桂枝,北细辛,羌活,独活,防风,麦冬,藁本,柴胡,川芎,当归,酒芍药,香附,紫苏,藿香梗,杏仁,白芷,青皮,陈皮,半夏,南星,厚朴,乌药,威灵仙,麦芽,神曲,枳实,泽泻,萆薢,草果,草蔻仁,肉蔻仁,故纸,良姜,益智仁,大茴香,巴戟,萆薢,车前,延胡,灵脂,黄连,五味子,甘草等诸多药材。其中芳香药物和富含挥发油性药物均具有渗透和发散药性的功能,配伍符合吴氏组方用药原则,主要用于胃寒不纳,呕泻、痞胀、疼痛诸证的治疗,对于慢性浅表性胃炎的治疗当具有可行性。

中医药的治疗有长久的记载和经验,最早《内经》记载

(下转第 65 页)

生素、激素类药物,导致持续治疗难以获得满意的效果^[3]。该病在中医属于“肺胀”、“咳嗽”范畴,其病机为虚实夹杂,缓解期以肺、脾、肾三脏虚为主,急性发作期以痰、热、饮、瘀为实,且在急性加重期多是由于痰热蕴结、肺气郁闭所致,因此以痰热郁肺证最为常见。

本研究结果显示实验组的治疗有效率高于对照组($P<0.05$),两组在治疗后的FvC、FEV1、PEF水平均上升($P<0.05$),而实验组的水平高于对照组($P<0.05$),提示在常规西药治疗的基础上应用桑白皮汤可提高对老年慢阻肺急性加重期(痰热郁肺证)的治疗效果,更好的改善患者的肺通气功能。桑白皮汤是出自《景岳全书》^[4],方中以桑白皮为君,入肺经,取其甘寒以降之功用,以泻肺火、平咳喘:以半夏、苏子、杏仁为臣,其药性以降为主,可降气化痰、止咳平喘:浙贝母药性苦寒为佐,入心肺经,主清肺化痰,栀子、黄芩、黄连为苦寒之品,增加方中清热泻火之力,同时制半夏、杏仁、苏子之温,以上药物和而为使,清上焦实火。诸药配伍,以寒为主,寒温并用,辛开苦降,以降为用,共奏清热、降气、化痰、平喘之功效。现代药理研究表明桑白皮汤中含有的乙醇、醋酸酐、乙酸、块茎含挥发油、天门冬氨酸等物质具有较好的解热、镇咳、抑制腺体的分泌的作用^[5],另外药物成分中的黄芩素、汉黄芩及多种生物碱可抑制炎症介质的释放,

缓解气管平滑肌的痉挛和镇静的作用。因此在常规西药治疗的基础上应用桑白皮汤可增加治疗效果,强化对炎症因子的抑制作用,从而更好的改善患者的肺功能。

综上所述,应用桑白皮汤联合西药治疗老年慢阻肺急性加重期(痰热郁肺证)对于提高治疗效果,改善患者的肺功能有显著的作用。

[参考文献]

- [1] 姜芋竹,陈会君.清金化痰汤联合两药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热郁肺型)临床疗效观察[J].四川中医,2017,34(2):84-86.
- [2] 中华中医药学会内科分会肺系专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2012,53(1):80-84.
- [3] 徐树华,折哲,熊必丹,等.清肺颗粒治疗慢性支气管炎痰热郁肺证的临床研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(4):747-749.
- [4] 张介宾,余瀛整,林菁,等.景岳全书集要[M].辽宁科学技术出版社,2007:55-56.
- [5] 苏映碧,陈宏恩,王飞.清肺降气平喘汤治疗慢性肺源性心脏病急性发作期(痰热壅肺证)临床疗效观察[J].四川中医,2015,33(12):57-59.

(上接第 62 页)

此病,又经《伤寒论》、《景岳全书》、《丹溪心法》等的发挥,其间不乏外治理论的发展。外治法中膏剂的应用尤为广泛。清代是我国中医外治法发展成熟的鼎盛时期,膏药也已发展成为普遍的民间用药。从西医的角度来看,目前对临床诊断的研究基于细胞学和分子水平,用于CSG诊断的检查包括但不限于Hp、血清胃泌素-17、胃酸、胃镜活检病理检查。治疗上除抗感染根除幽门螺旋杆菌、胃酸抑制剂及胃粘膜保护剂使用外,尚没有针对的特效药^[1]。相关进展是从病因角度进行治疗防止过度使用抗生素以及对于减少不良反应的发生进行研究和观察^[2]。因此治疗上中西医结合的疗效研究会更加突出,可有效缩短病程,防止疾病加重。

[参考文献]

- [1] 唐传铁,李莹莹,汪毅,黄聪,邓伟.苗药复方金荞

麦汤治疗慢性非萎缩性胃炎药效学研究[J].新中医,2021,53(02):1-6.

- [2] 饶卉明,孟红旭,辛伟.胃泰康对慢性浅表性胃炎大鼠的影响[J].中药药理与临床,2015,31(05):95-99.
- [3] 林柳兵,阙任焯,沈艳婷,苏凯奇,陶智会,李勇.慢性浅表性胃炎的中西医研究进展[J].陕西中医,2016,37(08):1099-1101.
- [4] 吴焱.慢性浅表性胃炎的治疗现状及进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(02):42-43.
- [5] 陈馥馨.析《理渝骈文》对膏药制剂的研究[J].中成药,1991,03:37-38.
- [6] 阿贝尔(Abel Glaser).吴尚先内病外治经验研究[C].成都中医药大学,2015.
- [7] 秦平,侯扬,李忠.中药透皮吸收研究现状与展望[J].中国社区医师(综合版),2007(17):8.

(上接第 63 页)

已成为临床首选药物^[3]。依巴斯汀是一种组胺H₁受体阻断剂,其在治疗慢性荨麻疹上效果显著,其主要通过抑制组胺释放,降低水中及炎性渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问

题。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为治疗方向,标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。本文研究结果显示,观察组采取药物联合针灸

进行治疗,治疗后总有效率为93.33%,对照组采取药物治疗,治疗总有效率为73.33%,两组数据对比差异具有统计学意义($P<0.05$),经过30天随访,观察组患者复发率为20.00%,对照组复发率为46.67%,组间对比差异存在显著性($P<0.05$),充分表明,针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果,提高治疗有效率,降低复发率,值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 吕延蓉,应掌红.依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价[J].临床合理用药杂志,2020,13(11):100-102.
- [2] 胡瑾瑾.中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2018,40(06):848-850.
- [3] 王玫玲,闵玮,钱齐宏,杨子良,宋琳毅,周乃慧,王森森.不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察[J].中国社区医师,2018,34(33):85-86.
- [4] 张锐.中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹86例[J].现代医学与健康研究电子杂志,2018,2(11):164.