

“保胃抗萎方”联合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎 48 例临床研究

范文东 章浩军 李 丽
(龙岩市中医院,福建龙岩 364000)

摘 要 目的:观察保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:采用随机数字表法将 147 例慢性萎缩性胃炎患者随机分为药灸治疗组(治疗组)、中药对照组、艾灸对照组 3 组。药灸治疗组口服保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗,中药对照组和艾灸对照组分别采用单纯口服保胃抗萎方治疗或艾灸治疗。治疗前后详细记录各组患者的临床症状及胃镜下黏膜改变情况,并做统计学比较。结果:治疗组总有效率显著高于各对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。各组治疗后胃镜检查情况均较治疗前显著改善($P<0.05$);治疗后治疗组胃镜下颗粒增生、血管透见、糜烂疗效显著优于各对照组($P<0.05$),而充血水肿疗效与两对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$);中药对照组胃镜下血管透见疗效优于艾灸对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:保胃抗萎方配合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效显著。

关键词 保胃抗萎方 艾灸 慢性萎缩性胃炎 胃镜检查

中图分类号 R573.320.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)01-0058-03

萎缩性胃炎是临床上一种常见的慢性消化系统疾病,是由于胃黏膜表面反复受到损害后导致的黏膜固有腺体萎缩甚至消失、黏膜肌层常见增厚的病理改变,常伴有肠上皮化生、异型增生及幽门螺杆菌(Hp)感染,其慢性而严重的病理改变是临床治疗中的难题。现代医学将其作为一种癌前状态,认

为其与胃癌的发生发展密切相关,是胃癌的前期潜在因素。临床表现有上腹部隐痛或灼痛、胀满或胀痛、痞闷、嗝气、食欲不振、吞酸、恶心、呕吐、便溏、贫血、消瘦、便秘等症状。我院脾胃病科采用保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗本病,取得了较好的临床疗效。本研究将联合治疗与单用中药或艾灸治疗做了

- [6] HUTCHINSON A J, BALL S, ANDREWS J C, et al. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature[J]. J Orthop Surg Res, 2012(7):36.
- [7] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等.Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J].中国脊柱脊髓杂志,2002(1):13.
- [8] VAN TULDER M, KOES B. Chronic low back pain[J]. Am Fam Physician,2006,74(9):1577.
- [9] HAY E M, DUNN K M, HILL J C, et al. A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2008(9):58.
- [10] GUPTA G, RADHAKRISHNA M, CHANKOWSKY J, et al. Methylene blue in the treatment of discogenic low back pain[J]. Pain Physician,2012,15(4):333.
- [11] ANDERSSON G B. Epidemiological features of chronic low-back pain[J]. Lancet, 1999,354(9178):581.
- [12] GUM J L, GLASSMAN S D, CARREON L Y. Clinically important deterioration in patients undergoing lumbar spine surgery: a choice of evaluation methods using the Oswestry Disability Index, 36-Item Short Form Health Survey, and pain scales[J]. J Neurosurg Spine, 2013,19(5):564.
- [13] JOHNSEN L G, HELLMUM C, NYGAARD O P, et al. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease[J]. BMC Musculoskelet Disord,2013,14:148.
- [14] 李士春,郭昭庆.评分系统在腰椎疾患中的应用[J].中国脊柱脊髓杂志,2005,15(12):758.
- [15] LURIE J D, FAUCETT S C, HANSCOM B, et al. Lumbar discectomy outcomes vary by herniation level in the Spine Patient Outcomes Research Trial[J]. J Bone Joint Surg Am, 2008,90(9):1811.

第一作者:袁仕国(1984—),男,医学硕士,博士研究生,主治医师,从事中西医结合骨伤科临床与基础研究。yysg0808@126.com

收稿日期:2015-07-01

编辑:华 由 王沁凯

疗效对比,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 146例萎缩性胃炎患者均来自我院脾胃病科门诊及住院部,按受试者进入研究的先后顺序,采用随机数字表法分为药灸治疗组(治疗组)、中药对照组、艾灸对照组3组。治疗组48例:男22例,女26例;年龄33~64岁,平均年龄(47.28±9.34)岁;病程5个月~10年,平均病程(10.68±3.21)年。中药对照组50例:男21例,女29例;年龄33~65岁,平均年龄(45.72±9.84)岁;病程5个月~13年,平均病程(9.24±3.62)年。艾灸对照组49例:男23例,女26例;年龄32~62岁,平均年龄(44.66±10.26)岁;病程6个月~15年,平均病程(9.65±3.93)年。3组患者性别、年龄、病程等一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照2012年在上海召开的中国慢性胃炎共识意见研讨会所制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[1],中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。

1.3 排除标准 合并消化性溃疡或病理诊断疑有恶变者;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者;妊娠期或近期准备妊娠的妇女,哺乳期妇女;过敏体质或对多种药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用保胃抗萎方配合艾灸疗法治疗。保胃抗萎方基本方:黄芪15g,升麻9g,知母10g,石斛12g,白豆蔻10g,砂仁6g,佛手15g,厚朴12g,焦神曲12g,鸡内金9g,茯苓15g,山药15g,莪术6g,丹参20g,三七粉(冲服)6g。寒多者,去知母,加小茴香9g;心情抑郁者,加郁金9g、合欢花15g;腹痛者,加延胡索10g、川楝10g、槟榔6g;胃热较重者,加苦参6g、蒲公英15g、连翘10g;胃镜下有明显炎症增生者,加半枝莲10g、白花蛇舌草10g;舌苔厚腻,口有异味者,加茵陈10g、藿香10g、佩兰10g。中药由本院煎药室用煎药机煎取300mL,分成2袋,每次1袋,每日2次温服。

艾灸疗法选择足三里、中脘、天枢、关元和脾俞、胃俞等为基础穴位,心情抑郁者加章门、肝俞、期门,胃酸过多者加阳陵泉。采用艾条悬灸法,将艾条点燃,医者左手食指、中指放于被灸的穴位两旁,右手持艾卷垂直悬起于穴位之上,离皮肤3~4cm直接照射,以病人感觉温热舒适,以至微有热痛感觉为度。如觉太热,可作缓慢上、下、左、右或回旋灸,使温热连续刺激。每穴

10min左右,双侧足三里、双侧脾俞、双侧胃俞、双侧天枢可同时进行。施灸的顺序为:脾俞、胃俞、足三里、中脘、天枢、关元。每日1次。灸治过程中,如患者有明显咽干口燥烦躁等现象,可于大椎等穴位刺络放血或涌泉穴贴敷吴茱萸粉。

2.2 中药对照组 采用保胃抗萎方口服,药物组成及煎服法同治疗组。

2.3 艾灸对照组 采用单纯艾灸治疗,取穴及方法同治疗组。

3组均以治疗1个月为1个疗程,3个疗程后复查胃镜。

3 观察指标

3.1 疗效标准 根据《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[3]制定疗效评定标准。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,腺体萎缩、肠化和异型增生消失。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,腺体萎缩、肠化和异型增生明显减轻。有效:主要症状减轻;胃镜复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,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效:症状、内镜、病理均无好转。

3.2 胃镜检查 在治疗前及治疗后进行胃镜检查,观察胃黏膜下颗粒增生、血管透见、充血水肿、糜烂情况,比较治疗前后的变化。

3.3 统计学方法 采用SPSS18.0统计软件进行分析,多个样本率的比较用卡方检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 各组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率显著高于两对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两对照组总有效率组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.4.2 各组治疗前后胃镜检查结果比较 见表2。三组患者治疗前胃镜检查结果无显著性差异($P>0.05$);各组治疗后胃镜检查情况均显著改善,与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后胃镜下颗粒增生、血管透见、糜烂疗效显著优于各对

表1 各组患者临床疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	48	20(41.67)	17(35.42)	6(12.50)	5(10.42)	89.58%
中药对照组	50	14(28.00)	16(32.00)	10(20.00)	10(20.00)	80.00%*
艾灸对照组	49	12(24.49)	19(38.78)	9(18.37)	10(20.41)	79.59%*

注:与治疗组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

照组 ($P<0.05$), 充血水肿疗效与两对照组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 中药对照组胃镜下血管透见疗效明显优于艾灸对照组 ($P<0.05$), 其他 3 项指标两对照组组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

4 讨论

目前 CAG 的病因及发病机制还不十分清楚, 现代医学尚缺乏有效的治疗方法。中医学认为本病多属于“胃脘痛”“胃痞”等病范畴, 病位在胃, 脾胃相表里, 涉及肝、肾等。患者胃病日久, 致脾胃虚损。一方面, 脾胃为气血生化之源, 脾胃虚损, 气血生化无源, 故气虚、阳虚、血少等为虚; 另一方面, 脾胃居中焦, 主腐熟运化水谷, 脾虚失运, 导致水湿痰饮内停, 阻滞气机, 气滞血阻等为实。本病以脾胃虚弱、气血不足为“本”, 湿热内结、气滞血瘀为“标”, 本虚标实, 虚实夹杂, 故复杂难治。据此, 我院脾胃病科在慢性萎缩性胃炎的治疗中, 抓住以脾胃为中心, “本虚”故必须以“保胃气为本”, 病位在胃, 治病重点必须使胃气恢复, 胃气不保则邪气不去, 创造性地把中药内服和艾灸外治结合起来, 创立了“药灸综合疗法”, 既可以发挥中药改善机体内环境、有效保护胃黏膜的作用, 同时又可发挥艾灸温经止痛、行气消胀、见效快、疗效持久的特点, 二者内外结合, 标本兼治, 故能取得较好的疗效。

保胃抗萎方中黄芪益气升阳, 健脾和胃, 与升麻相配, 使阳气得升; 知母清胃以救津液, 石斛养胃阴、生津液, 两药相配使胃阴得以滋润。石斛及知母配黄芪、升麻, 其凉润之性可防黄芪及升麻之温燥, 使脾胃功能加强, 气机升降有度, 达到保胃气之效。砂仁开脾胃, 和中气, 与白豆蔻相须为用, 二药芳香化湿, 行气和胃, 使浊气通散, 达到保胃气之效。慢性萎缩性胃炎与广泛性焦虑症常相互影响, 致病情缠绵难愈^[4], 故用佛手疏肝解郁, 理气和中而不燥烈耗阴。厚朴通肠降气, 为消除湿滞痞满之要药, 并给邪以出路; 神曲、鸡内金, 健脾消食, 以助脾胃功能, 使胃气恢复; 山药、茯苓健脾利湿, 降脾胃浊气。本病自然病程较长, 久病入络, 三七、丹参、莪术通络活血、化瘀生新, 使胃部气血充盈、胃肌发育而腺体新生, 三七既活血又止血, 可防止莪术攻伐太过之弊, 现代药理学证明, 三药均可改善胃黏膜微循环, 促使炎症吸收, 有利于胃黏膜修复及肠化的逆转^[5-6]。诸药合用, 有寒热并用、补泻兼施之功效, 使脾胃运化升降的特性得以满足, 功能得以发挥, 达到保胃气的作用。本病治疗疗程较长, 治疗后期可嘱患者将中

表 2 各组患者治疗前后胃镜检查结果比较 例 (%)

组别	例数	时间	颗粒增生	血管透见	充血水肿	糜烂
治疗组	48	治疗前	39(79.16)	44(91.66)	32(66.66)	29(60.41)
		治疗后	16(33.33) [#]	12(25.0) [#]	11(22.91) [#]	7(14.58) [#]
中药对照组	50	治疗前	40(80.00)	45(93.75)	30(60.00)	28(56.00)
		治疗后	21(42.00) ^{##}	19(38.00) ^{##▲}	10(20.00) [#]	13(26.00) ^{##}
艾灸对照组	49	治疗前	40(81.63)	43(87.75)	28(57.14)	30(61.22)
		治疗后	21(42.85) ^{##}	22(44.89) ^{##}	10(20.40) [#]	14(28.57) ^{##}

注: 与同组治疗前比较, [#] $P<0.05$; 与治疗组治疗后比较, ^{*} $P<0.05$; 与艾灸对照组比较, [▲] $P<0.05$ 。

药饮片打成粉状, 每次服 5~8g, 开水冲服, 每日 3 次, 长期服用以巩固疗效。

慢性萎缩性胃炎病程长, 单纯的中药治疗疗效有限, “药之不及, 针之不到, 必须灸之”。用艾灸由外补中气、助药力, 与内服之中药内外呼应相得益彰。艾灸是中医特色治疗, 其用于临床历史已久, 具有温经散寒、消瘀散结之功。在治疗本病中取穴以脾胃经特定穴为主, 其中足三里是胃经的下合穴, 行气和胃、调理气血; 胃俞、中脘俞募穴相配, 治疗胃腑疾患; 脾俞健脾摄血、化湿除胀; 关元是小肠募穴, 配合大肠募穴天枢穴调理胃肠、消胀和胃。

CAG 是慢性病理过程, 在治疗的同时, 应保持乐观心态, 讲究饮食卫生, 起居有常, 对本病的痊愈也有一定帮助。本研究结果表明, 药灸合用治疗 CAG 较单用中药或艾灸有更好的临床疗效, 胃镜下颗粒增生、血管透见、糜烂等指标改善也明显优于对照组, 中药对照组胃镜下血管透见疗效优于艾灸对照组, 故药灸结合治疗 CAG 值得推广应用并就其治疗机理做进一步研究。

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]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24.
- [2] 郑筱萸. 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: 125.
- [3] 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 年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738.
- [4] 周丽平, 沈洪. 从郁论治慢性萎缩性胃炎伴广泛性焦虑症[J]. 江苏中医药, 2014, 46(1): 8.
- [5] 苗明三, 王国斌. 常用中药药理与临床[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 79.
- [6] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1979: 54, 478, 2450.

第一作者: 范文东 (1972—), 男, 本科学历, 副主任医师, 主要从事中医脾胃病临床诊治研究。
13860212128@163.com

收稿日期: 2015-08-22

编辑: 吴 宁