铺灸治疗慢性非萎缩性胃炎 25 例临床观察

袁菱梅 李艳明

(成都市新都区中医医院, 四川成都 610500)

摘要 目的:观察铺灸治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效。方法:将 50 例慢性非萎缩性胃炎患者随机分为治疗组和对照组各 25 例,治疗组采用铺灸治疗,对照组采用口服兰索拉唑肠溶片治疗,3 周后比较 2 组症状积分及临床疗效。结果:治疗组、对照组总有效率分别为 92.00%和 88.00%,2 组差异无统计学意义($P>0.05$);2 组的愈显率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗后的症状积分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:铺灸是一种治疗慢性非萎缩性胃炎的有效方法。

关键词 慢性非萎缩性胃炎 脾胃虚寒证 铺灸

中图分类号 R573.390.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)10-0059-02

慢性非萎缩性胃炎属于中医学的“胃脘痛”范畴,发病率逐年升高,缠绵难愈,西药治疗副作用较大。笔者近年采用铺灸法治疗慢性非萎缩性胃炎(脾胃虚寒型)患者 25 例,并设口服兰索拉唑肠溶片组 25 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2015 年 11 月至 2016 年 10 月我院针灸门诊及住院部患者(均经胃镜证实为胃炎,并排除胆囊炎、胃溃疡、胃癌)50 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 25 例:男 11 例,女 14 例;年龄 35~58 岁,平均年龄(46.02 ± 10.12)岁;病程 1.5~10 年,平均病程(5.74 ± 4.34)年。对照组 25 例:男 13 例,女 12 例;年龄 28~60 岁,平均年龄(44.83 ± 9.54)岁;病程 2~10.5 年,平均病程(6.73 ± 4.83)年。2 组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照全国慢性胃炎研讨会《中国慢性胃炎共识意见》^[1]拟定。(1)病史和症状:多数患者无或有非特异性消化不良症状;部分患者可有上腹痛、饱胀等消化不良症状。(2)符合慢性非萎缩性胃炎胃镜及病理组织学检查: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;病理组织学检查可见慢性炎性细胞(单个核细胞,主要是淋巴细胞、浆细胞)浸润。

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]中脾胃虚寒证拟定:胃痛绵绵,空腹为甚,得食则缓,喜热喜按,泛吐清水,神倦乏力,手足不温,大便多溏。舌质淡,脉沉细。

1.3 纳入标准 (1)符合慢性浅表性胃炎的西医诊断标准及中医脾胃虚寒型胃脘痛的诊断标准;(2)年龄 18~65 岁,性别不限;(3)同意接受治疗并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)合并心脑血管、肝、肾、内分泌和造血系统严重原发性疾病者;(2)妊娠或准备妊娠妇女,经期、哺乳期妇女;(3)过敏体质者;(4)不能接受及未按要求坚持治疗者。

1.5 病例剔除、脱落和中止试验标准 (1)出现严重副作用或重度不良事件者;(2)临床试验过程中出现其它严重并发症者;(3)症状恶化须采取紧急措施者;(4)主动退出临床试验者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 嘱患者取仰卧位,裸露腹部皮肤,上铺 2 层桑皮纸,2kg 鲜生姜捣成泥状,铺灸部位(从胸剑联合至肚脐,两侧边际达锁骨中线)铺厚约 3cm 的姜泥饼,大小以能覆盖施术部位为宜,周围用干毛巾包围,防止艾灰掉落。选用清艾绒适量均匀铺洒于姜泥上点燃,每次待艾绒自燃完毕再换新艾绒,连续 3 次,约 60min,待患者温热感消失后取下所有材料,用干毛巾擦拭干净铺灸部位,3d 1 次,3 周后进行疗效统计。

2.2 对照组 口服兰索拉唑肠溶片(山东鲁抗辰欣药业有限公司生产)30mg,1 次/d,连续用药 3 周。

3 疗效观察

3.1 症状观察 主要观测上腹胀、胃脘痛、食少纳呆、嗝气、泛酸、大便异常,将症状分为无、轻、中、重(0、3、5、7 分)四级。

3.2 疗效判定标准 参照国家药品监督管理局颁发的《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[3]及中

国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2003年制定的《胃肠疾病中医证候评分表》^[4]的相关标准制定。痊愈:症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显改善,疗效指数 $\geq 70\%$,且 $<95\%$;有效:症状、体征均有好转,疗效指数 $\geq 30\%$,且 $<70\%$;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,疗效指数 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 19.0软件处理,组间构成比较用卡方检验,组间疗效比较用Ridit分析,2组均数比较用t检验,治疗前后比较用配对t检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后症状积分比较 见表1。

表1 治疗组、对照组治疗前后症状总积分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	25	30.81 $\pm$ 5.54	7.76 $\pm$ 4.30 ^{*△}
对照组	25	31.47 $\pm$ 5.78	11.84 $\pm$ 4.63 [*]

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

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组、对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	25	2(8.00)	14(56.00)	7(28.00)	2(8.00)	64.00 [△]	92.00
对照组	25	0(0.00)	13(52.00)	9(36.00)	3(12.00)	52.00	88.00

注: △与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

本病属于中医学“胃脘痛”范畴,多因饮食不节、误用寒凉药物等所致,日久入络夹瘀则缠绵难愈。临床治疗以健脾益气、温中散寒、活血通络为主。腹部铺灸涉及任脉、足阳明胃经、足太阴脾经穴位,其与胃腑的位置接近,通过刺激可直达病所。任脉穴中脘为腑会、胃之募穴,有健胃消胀的作用;神阙“以任脉上直乎心,心之所藏者神,此穴有隙焉,如王者宫门之有阙”,说明此穴是元气出入之所,古人早已用来治疗腹部及寒性病症。《针灸穴法》曰神阙“治腹中百病”。《寿世保元》曰:“治阴证,用大艾炷灸脐中,预将蒜捣汁擦脐上,后放艾多灸之。”任脉的上脘、建里、下脘等穴,功在健脾和胃。足阳明胃经的不容、承满、梁门、关门、太乙、滑肉门、天枢均在上腹部,治疗胃痛、胃胀的作用明显,尤其天枢穴是大肠募穴,调肠腑,理气滞,可以增强胃肠动力。《针灸甲乙经》曰:“肠胃间游气切痛,食不化……天枢主之。”

腹部铺灸不仅涉及穴位广泛,材料还使用了大量艾绒和生姜。关于艾草的记载,《别录》曰:“主灸百病”;《本草从新》曰:“艾叶苦辛,性温,属纯阳之

性,能回垂危之阳,温十二经……以之灸火,能透诸病而除百病。”说明艾草的治疗范围广泛,临床多用灸法。治疗组每次艾灸时间约60min,所用艾绒量多,可以起到加强灸效的目的。白氏^[5]研究表明,在施灸40~60min内,施灸时间越长,痛阈上升越高。较大剂量施灸时,穴位区接受的热辐射量增高……增强了对机体的调整作用。生姜有很好的温中止呕作用,《本草拾遗》曰“去冷,除痰,开胃”,《本草纲目》曰“生用发散,熟用和中”。操作铺灸时大量使用生姜,且捣烂成泥,一使其有较好的透皮作用,二可以保证足够的施灸范围。此外在姜泥上连续施灸3次,火力足,温通力强,通过刺激局部腧穴,充分发挥了铺灸疗法祛寒湿、温经络、通血脉的功效。有研究发现,隔附子饼、隔姜和隔蒜等3种传统间接灸的红外光谱与人体穴位红外辐射光谱最接近,它们在治疗中除有药理效应及艾灸的热辐射效应外,间接灸和穴位的红外共振辐射可能是另一种重要的作用^[6-8]。

铺灸疗法是应用前景广泛的一种外治法,患者接受度、体验舒适度较高,在施灸过程中,涉及穴位较多,既可避免单个腧穴的局限性,又发挥了艾、姜的作用,加强疗效,值得临床推广使用。

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].肠胃病杂志,2013,18(1):24.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:6.
- [3] 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.
- [4] 危北海,陈治水,张万岱.胃肠疾病中医证候评分表[J].世界华人消化杂志,2004,12(11):2701.
- [5] 白耀辉.灸法镇痛的时效和量效的动物实验研究[J].上海中医药大学上海市中医药研究院学报,1998,12(1):54.
- [6] 沈雪勇,丁光宏,褚君浩,等.人体穴位和艾灸红外辐射光谱与穴位红外传输[J].上海中医药大学学报,2001,15(4):33.
- [7] 丁光宏,沈雪勇,褚君浩,等.中医灸与人体穴位红外辐射光谱特性研究[J].国生物医学工程学报,2002,21(4):356.
- [8] 沈雪勇,丁光宏,褚君浩,等.传统艾灸与替代物灸和人体穴位红外辐射光谱比较[J].红外与毫米波学报,2003,22(2):123.

第一作者:袁菱梅(1986—),女,医学硕士,主治医师,研究方向为针灸治疗脑病。119581920@qq.com

收稿日期:2017-04-27

编辑:华由 王沁凯