

# 温针灸对慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者症状改善及生命质量的影响

陈桂珠 周松晶 桂树虹 蔡 燕

(海南省人民医院中医针灸科,海口,570311)

**摘要** 目的:探讨温针灸对慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者症状改善及生命质量的影响。方法:选取2015年10月至2016年6月海南省人民医院收治的慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者126例为研究对象,按就诊编号分组,单号纳入对照组,双号纳入观察组,每组63例。对照组采用常规针刺治疗,观察组在对照组基础上采用温针灸治疗。比较2组治疗前后临床症状、生命质量变化情况,并评价2组临床疗效。结果:观察组临床疗效总有效率为96.83%(61/63),明显高于对照组79.37%(50/63),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与治疗前比较,2组各项中医症候积分在治疗后明显下降,而各项生命质量评分均明显上升,且观察组上述观察指标均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:对慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者采用温针灸治疗,可显著提高临床疗效,改善患者临床症状,促进患者身体恢复,改善预后,提高生命质量,具有临床推广意义。

**关键词** 温针灸;慢性浅表性胃炎;脾胃虚弱;生命质量

## Effects of Needle-warming Moxibustion on Symptom Improvement and Survival Quality of Chronic Superficial Gastritis with Deficiency in the Spleen and Stomach (Deficiency Cold)

Chen Guizhu, Zhou Songjing, Gui Shuhong, Cai Yan

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Hainan General Hospital, Haikou 570311, China)

**Abstract Objective:** To investigate the effects of needle-warming moxibustion on symptom improvement and survival quality of chronic superficial gastritis (CSG) with deficiency in the spleen and stomach (deficiency cold). **Methods:** A total of 126 patients of CSG with deficiency in the spleen and stomach (with cold manifestations) in Hainan General Hospital from October 2015 to June 2016 were selected as research objects, and they were divided into two groups by registration order, with odd numbers in control group ( $n = 63$ ) and even numbers in observation group ( $n = 63$ ). The control group took conventional acupuncture therapy, on the basis of which the observation group took needle-warming moxibustion. The changes of clinical symptoms, survival quality of two groups before and after treatment were compared, and clinical efficacy of two groups were evaluated. **Results:** The total effective rate of the observation group was 96.83% (61/63), which was significantly higher than 79.37% (50/63) of control group ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, the TCM symptom scores of two groups significantly decreased after treatment, and survival quality scores significantly increased, and those of observation group were better than those of control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Needle-warming moxibustion for CSG with deficiency in the spleen and stomach (deficiency cold) can significantly increase clinical efficacy, improve clinical symptoms, promote patients' recovery, improve prognosis and increase survival quality, which is worthy of clinical promotion.

**Key Words** Needle-warming moxibustion; Chronic superficial gastritis; Deficiency in spleen and stomach; Survival quality

中图分类号:R246;R256.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.042

慢性浅表性胃炎是指各种病因引起的胃黏膜慢性炎性反应,具有较高的发病率,占全部慢性胃炎的50%~85%。大部分慢性浅表性胃炎患者临床可无任何症状,或有进食后出现上腹部不适、隐痛、伴暖气、恶心、泛酸等消化不良症状,严重影响患者生命质量<sup>[1]</sup>。目前,西医对于慢性浅表性胃炎的治疗以抑制幽门螺杆菌感染、抗酸或抑酸治疗、保护胃黏膜

等为主,虽具有一定疗效,但存在一定不良反应,不利于患者预后<sup>[2-3]</sup>。因此,如何有效治疗慢性浅表性胃炎,是目前临床工作中面临的棘手问题。近年来,中医针灸被广泛应用于慢性浅表性胃炎的临床治疗中,不仅可以缓解患者临床症状,还可以减轻不良反应,受到广大患者及临床医师的青睐<sup>[4]</sup>。本研究对126例慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者分组

采用常规针刺与温针灸治疗,比较 2 组临床疗效、症状及生命质量改善情况,旨在为慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证的临床治疗方案的制定提供有力证据。具体信息如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月至 2016 年 6 月海南省人民医院收治的慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者 126 例为研究对象,按就诊编号分组,单号纳入对照组,双号纳入观察组,每组 63 例。对照组中男 35 例,女 28 例;年龄 28~62 岁,平均年龄( $42.56 \pm 3.75$ )岁;病程 6~38 个月,平均病程( $26.58 \pm 2.55$ )个月。观察组中男 37 例,女 26 例;年龄 29~65 岁,平均年龄( $42.88 \pm 3.82$ )岁;病程 7~40 个月,平均病程( $26.23 \pm 2.34$ )个月。2 组患者一般资料比较,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 参考中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[5]</sup>:1)临床表现:以腹胀、上腹部疼痛、伴嗝气、恶心、泛酸等消化不良症状为主,且上述症状大部分无明显规律性,进食可加重或减轻;2)胃镜检查:主要表现为条带状或点片状的红斑,胃黏膜粗糙不平,病变常红白相间,以红色为主;3)实验室检查:幽门螺杆菌感染阳性。

1.2.2 中医诊断标准 参考国家中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>,结合慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者常见临床表现,拟制定中医症候诊断标准:1)主症:喜按喜暖、胃脘隐痛。2)次症:神疲乏力、食后胀满、大便稀溏、纳呆少食。3)舌脉:舌质淡有齿痕,苔薄白或白厚,脉沉细。具备 2 项主症+1 项次症或 1 项主症+2 项次症,结合舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准 1)符合下述西医、中医诊断标准者;2)年龄介于 18~70 岁之间者;3)临床资料完整者;4)依从性好,配合本次研究者;5)近 1 个月内未接受相关药物治疗者;6)对本研究知情,并自愿签署同意书者。

1.4 排除标准 1)不符合上述纳入标准者;2)精神疾病患者;3)妊娠及哺乳期妇女;4)合并有严重心、肝、肾功能异常及造血系统疾病者;5)晕针者;6)严重传染性疾病患者;7)慢性萎缩性胃炎患者;8)经常服用非甾体类消炎药物者;9)食管炎及十二指肠炎者。

1.5 脱落与剔除标准 1)受试者依从性差,严重影

响疗效评价者;2)试验过程中出现严重不良事件、不良反应及其他并发症,不宜继续进行治疗者;3)研究中自行退出者;4)研究中因其他原因中途退出试验、失访或死亡者。5)试验过程中自然脱离者;6)最终诊断结果与本研究疾病症型不符者;7)因不能坚持治疗而中途退出试验者,或由于其他原因无法本研究全部观察项目者。

## 1.6 治疗方法

1.6.1 常规针刺 对照组患者采用常规针刺治疗,具体措施如下:1)选穴:选取公孙、足三里、内关、中脘为主穴;阴陵泉、关元为配穴。2)操作方法:患者取仰卧位,使用 75% 酒精对针刺部位进行常规消毒,各穴位均采用双手进针法,阴陵泉、足三里、中脘及关元均进针 1.0~1.5 寸,针刺得气后,应用提插补泻补法,提插幅度约为 5 mm,频率为 30~40 次/min;公孙、内关均进针 0.5~1.0 寸,针刺得气后,应用平补平泻法,提插幅度约为 5 mm,频率为 50~60 次/min。每个穴位手法操作时间均为 1 min,每隔 10 min 操作 1 次,留针 30 min。上述治疗 1 次/d,10 d 为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。

1.6.2 温针灸 观察组在对照组基础上采用温针灸治疗,温针灸具体措施如下:1)选穴:选取足三里、关元、中脘为操作穴位。2)操作方法:患者取仰卧位,使用 75% 酒精对针刺部位进行常规消毒,将硬纸片剪成 40 mm×40 mm 的正方形,于硬纸片中央钻一小孔,从毫针针柄上套入,避免操作时对穴位周围皮肤造成不必要的损伤,将艾柱套在针柄之上,其长度为 1.5 cm,其下缘距离皮肤距离为 3~4 cm,点燃艾柱施灸,每穴施灸 2 壮。上述治疗 1 次/d,10 d 为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。

1.7 观察指标 比较 2 组治疗前后临床症状、生命质量的变化情况,并评价 2 组临床疗效。1)临床症状:对上述中医诊断标准中的中医症候进行积分,其中每项主症 0~5 分,次症 0~3 分,得分越高表示临床症状越严重。2)生命质量:采用 SF-36 生命质量量表,共有 8 个维度,包括躯体疼痛、生理功能、精力、生理职能、一般健康状况、精神健康、社会功能及情感职能,每个维度 0~100 分,得分越高表示生命质量越好<sup>[7]</sup>。

1.8 疗效判定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》<sup>[8]</sup>,结合胃镜检查结果,拟制定临床疗效评价标准,其中治愈:腹胀、上腹部疼痛等临床症状消失,胃镜检查结果恢复正常,中医症候积分减少 95%~100%;显效:腹胀、上腹部疼痛等临床症状明



2.3 生命质量评分 治疗前,观察组各项生命质量评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );与治疗前比较,观察组和对照组各项生命质量评分在治疗后均明显上升,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,观察组各项生命质量评分与对照组比较,均明显更高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 3 讨论

随着人口老龄化日益加剧,我国慢性浅表性胃炎的发病率呈逐年上升的趋势,给患者的生命质量带来了严重的负面影响。慢性浅表性胃炎发病原因比较复杂,主要与幽门螺旋杆菌感染、胆汁或十二指肠液反流、吸烟、循环和代谢功能障碍、身心因素、长期食用刺激性食物及细菌、病毒及毒素等有关<sup>[9]</sup>。大部分慢性浅表性胃炎以胃窦为主的全胃炎,病变部位在于黏膜层,胃黏膜层以浆细胞及淋巴细胞浸润为主,伴有黏膜功能和结构改变<sup>[10]</sup>。慢性浅表性胃炎是一种常见病、多发病,而且病程缠绵,容易反复发作,严重降低患者生命质量<sup>[11]</sup>。

慢性浅表性胃炎在属于中医“嘈杂”“痞满”“胃痛”等范畴,如《素问·六元正纪大论篇》所云:“木郁之发,……民病胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不痛,饮食不下”,又如《灵枢·邪气脏腑病形》记载:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下,取之三里也”。中医认为,本病病因主要为饮食不节、情志失调、脾胃虚弱等因素导致脾胃功能失调,如《景岳全书·心腹痛》曰:“胃脘痛证,多有因食,因寒,因气不顺者,然因食因寒,亦无不皆关于气。盖食停则气滞,寒留则气凝”,也如《兰室秘藏·中满腹胀》所云:“或多食寒凉,及脾胃久虚之人,胃中寒则胀满,或脏寒生满病”。总结起来,本病病位在于胃,和脾、肝关系密切,病机主要为脾胃虚弱,脾胃功能失调,升降失司,胃气壅塞,从而导致本病发生。由此可见,本病的治疗应以健运脾胃、温中散寒为主<sup>[12-14]</sup>。

针灸是我国特有的治疗手段,是通过经络、腧穴作用以及应用一定的手法治疗疾病<sup>[15]</sup>。本研究选取公孙、足三里、内关、中脘为主穴;阴陵泉、关元为配穴。公孙穴位于第一跖骨基底前下方,是八脉交会穴,具有健脾益胃、消除痞疾、通调冲脉之功效,如《针灸甲乙经》记载:“凡好太息,不嗜食,多寒热,汗出,病至则善呕,呕已乃衰,即取公孙及井俞”。足三里穴位于外膝眼下四横指、胫骨边缘,是“足阳明胃经”的主要穴位之一,具有补中益气、调理脾胃、通经活络之功效,如《灵枢》所云:“邪在脾胃,则

病肌肉痛,阳气有余,阴气不足,则热中善饥;阳气不足,阴气有余,则寒中肠鸣腹痛。阴阳俱有余,若俱不足,则有寒有热。皆调于足三里”。内关穴位于腕横纹上 2 寸,是八脉交会穴之一,具有宽胸理气、缓急止痛、降逆止呕之功效,如《针灸甲乙经》记载:“心澹澹而善惊恐,心悲,内关主之”。中脘穴位于上腹部,前正中线上,脐上 4 寸处,是胃之募穴,具有和胃健脾、降逆利水之功效,如《针灸甲乙经》记载:“腹胀不通,寒中伤饱,食欲不化”。阴陵泉穴位于小腿内侧,是足太阴脾经之合穴,具有清利湿热、健脾理气之功效,如曰:“心胸痞满阴陵泉”。关元穴位于下腹部,前正中线上,是小肠募穴,具有培补元气、导赤通淋之功效,如《黄帝内经灵枢·寒热病》所云:“身有所伤,血出多及中风寒,若有所堕坠,四肢懈惰不收,名曰体惰。取其小腹脐下三结交。三结交者,阳明太阴也,脐下三寸关元也”。温针灸是一种针刺与艾灸相结合的一种治疗方法,将艾绒搓团捻裹于针柄上点燃,通过针体将热力传入穴位,具有温通经脉、行气活血的作用<sup>[16]</sup>。相关研究表明<sup>[17-18]</sup>,艾灸可对脏腑组织功能及神经通路进行调节,促进新陈代谢,增加白细胞、红细胞数量,提高机体的免疫功能,促进胃肠分泌,从而保护胃肠黏膜及调节胃肠运动。

本研究结果显示,经温针灸治疗后,慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者各项临床症状及各项生命质量评分均明显改善。表明对慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证患者采用温针灸治疗,可显著提高临床疗效,改善临床症状,促进患者身体恢复,提高生命质量。本研究充分利用针灸的经络腧穴理论及辨证论治理论,采用温针灸治疗慢性浅表性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证,且取得了满意疗效,为临床更好地治疗本病提供新思路。但由于收集样本数量、观察时间有限,未对其他证型的慢性浅表性胃炎是否可以采用温针灸治疗进行分析,临床需增加样本数量、观察时间及不同证型的慢性浅表性胃炎病例作进一步探讨。

### 参考文献

- [1] 王骏飞,张爱宁,王勤,等. 胃炎散颗粒治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎临床疗效研究[J]. 中国基层医药, 2016, 23(24): 3738-3741.
- [2] Alfazari AS, Al-Dabbagh B, Al-Dhaheer W, et al. Profiling cellular bioenergetics, glutathione levels, and caspase activities in stomach biopsies of patients with upper gastrointestinal symptoms[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(2): 644-652.

FMA 运动量表计算该组患者上肢运动功能,改善值为 $(16.22 \pm 6.46)$ 。采用 MBI 指数量化该组患者的日常活动能力,改善值为 $(23.58 \pm 9.34)$ 。组间比较改善值观察组患者的康复水平更高,因此针刺配合康复训练治疗脑卒中上肢功能障碍疗效显著优于单纯康复训练的治疗方法,可促进上肢关键肌的主动运动能力恢复,加速脑血管血流速度,减少阻力,恢复神经功能,帮助患者恢复上肢正常行动力优势显著。针对肌肉还未出现恶化现象的脑卒中上肢功能障碍患者,推荐尽早使用针刺配合康复训练的中西医结合治疗方式。

参考文献

[1]柳兆荣.生物力学新进展[M].成都:成都科技大学出版社,1996;260-265.

[2]王桂清,黄久仪.脑血管血液动力学检测在卒中预防中的应用[J].中华流行病学杂志,2002,23(4):308-311.

[3]杨渤生,王桂清,王艳,等.从正常人脑卒中患者不同人群的脑血管血液动力学变化规律[J].中华流行病学杂志,2003,24(2):94-97.

[4]王东岩,卫哲,曹东辉.低频脉冲电穴位治疗改善中风后手腕部功能的研究[J].中医药信息,2008,25(3):51-52.

[5]国家中医药管理局脑病衰症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[6]刘学源,洪震,陈玉娟,等.低频电刺激对急性脑梗死患者血浆神经元特异性烯醇化酶、内皮素及降钙素基因相关肽的动态影响[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(1):33-36.

[7]王东山,燕铁斌,陈月桂.单侧与双侧上肢经皮穴位电刺激对脑

卒中患者上肢功能影响的随机对照研究[J].中国康复医学杂志,2010,25(1):46-49.

[8]梁华龙.伤寒论评话:第6章太阳中风在于营卫不谐,桂枝芍药并非敛汗敛阴——太阳中风证与桂枝汤[J].中医学报,2012,27(6):673-675.

[9]周立,杜林,吴克礼,等.尼麦角林对缺血性脑卒中后认知障碍及血清脑源性神经营养因子、神经生长因子和神经元特异性烯醇化酶的影响[J].血栓与止血学,2017,23(5):729-732.

[10]Stather PW, Sylvis N, Wild JB, et al. Differential microRNA expression profiles in peripheral arterial disease[J]. Circ Cardiovasc Genet, 2013, 6(5):490-497.

[11]Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur Heart J, 2016, 37(3):267-315.

[12]刘国斌.缺血性脑卒中后认知功能障碍患者脑血管血流动力学变化[J].长春中医药大学学报,2013,29(4):708-709.

[13]徐运.脑血管储备功能与缺血性卒中[J].中国卒中杂志,2007,2(8):652-654.

[14]陈萍,陈立云,王拥军.缺血性卒中的神经血管单元保护研究进展[J].中国卒中杂志,2007,2(12):1003-1008.

[15]黄久仪,王桂清,沈凤英,等.脑血管血液动力学积分与脑卒中风险的队列研究[J].中华流行病学杂志,2003,24(2):89-93.

[16]黄久仪,郭佐,沈凤英,等.脑血管血液动力学检测预警卒中的筛选试验评价[J].中华流行病学杂志,2002,23(5):383-386.

(2018-07-31 收稿 责任编辑:张雄杰)

(上接第 203 页)

[3]Yamada M, Kushima R, Oda I, et al. Different histological status of gastritis in superficial adenocarcinoma of the esophagogastric junction[J]. Jpn J Clin Oncol, 2014, 44(1):65-71.

[4]熊云,张旖晴,刘海.健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎疗效观察[J].中医药通报,2015,14(3):50-52,63.

[5]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):24-36.

[6]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.

[7]陈兴,赖瑜.连朴饮化裁治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎 75 例临床观察[J].河北中医,2013,35(2):231-232.

[8]临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].北京:人民军医出版社,1992.

[9]Qin F, Liu JY, Yuan JH. Chaihu-Shugan-San, an oriental herbal preparation, for the treatment of chronic gastritis: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Ethnopharmacol, 2013, 146(2):433-439.

[10]Song MY, Su HJ, Zhang L, et al. Genetic polymorphisms of miR-

146a and miR-27a, H. pylori infection, and risk of gastric lesions in a Chinese population[J]. PLoS One, 2013, 8(4):e61250.

[11]张永杰,吴小翠,谢红丹.枫蓼肠胃康合剂治疗慢性浅表性胃炎的临床观察[J].中国热带医学,2013,13(4):476-477,495.

[12]阳力.小柴胡汤加减联合替普瑞酮治疗老年慢性浅表性胃炎 44 例临床观察[J].中医药导报,2013,12(2):69-70.

[13]奉毅.柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎 50 例临床观察[J].中医药导报,2013,19(12):142-143.

[14]侯云霞,陈少宗.针灸治疗慢性胃炎的取穴组方规律与经验分析[J].河南中医,2013,33(2):300-302.

[15]李知行,张海华,王丹萍,等.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制研究进展[J].中国针灸,2016,36(10):1117-1120.

[16]安贺军,郭雁冰,朱宏,等.温阳活血方配合针灸治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中医学报,2015,30(10):1506-1508.

[17]范文东,章浩军,李丽.“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[J].江苏中医药,2016,48(1):58-60.

[18]李琛,余晓娟.针刺配合小柴胡汤合平胃散加减治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证 75 例[J].陕西中医,2017,38(1):112-113.

(2017-03-01 收稿 责任编辑:王明)