

艾箱灸配合内服中药治疗脾虚型慢性萎缩性胃炎临床研究

吴庆和, 罗仕娟

广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察艾箱灸配合中药汤剂治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床疗效, 并探讨其与胃泌素(Gas)、胃蛋白酶原(PG)的关系。方法: 将28例患者给予艾箱灸配合中药香砂六君汤合补中益气汤合方加减治疗90天, 记录每10天患者症状积分, 并检测治疗前后患者血清Gas、PG水平。结果: 治疗后各时间点证候积分与前一观察时间点证候积分经配对 t 检验, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。治疗后血清Gas较治疗前升高($P < 0.05$); PG I、PG II、PG I/PG II值治疗前后变化不大($P > 0.05$)。结论: 艾箱灸配合中药汤剂治疗CAG, 可改善患者临床症状, 并提高血清Gas水平。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎(CAG); 脾虚型; 香砂六君汤; 补中益气汤; 艾箱灸; 胃泌素(Gas)

[中图分类号] R573.3*2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)05-0193-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.074

慢性萎缩性胃炎(CAG)是临床常见病, 病理表现为胃黏膜固有腺体减少、肠腺化生^[1]。现代医学迄今对逆转黏膜萎缩进程无定论, 且对本病症状缓解效果一般。中医外治法艾箱灸具有安全、可操作性强等优势, 其对脾胃系疾病具有可靠的疗效^[2]。笔者开展了外治法配合中药治疗CAG的临床观察, 并探讨其与胃泌素(Gas)、胃蛋白酶原(PG)的关系, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断通过胃镜及病理检查证实。中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]脾虚证的辨证标准。

1.2 排除标准 合并消化性溃疡、胃黏膜有重度异型增生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、精神病者; 妊娠或准备妊娠妇女, 哺乳期妇女; 过敏体质和对多种药物过敏者。

1.3 纳入标准 符合中西医诊断标准; 年龄18~75岁。

1.4 一般资料 选取2011年1月~2012年12月

在广州中医药大学第二附属医院门诊或住院诊断为CAG脾虚证患者30例为研究对象, 失访2例。28例中男4例, 女24例; 平均年龄(55.58 ± 9.61)岁; 轻度肠化生13例, 中度肠化生12例, 重度肠化生3例。

2 治疗方法

予艾箱灸配合中药汤剂治疗。艾箱灸: 嘱患者仰卧位, 取中脘、下脘、足三里(双)穴, 将艾条折断为3段在酒精灯点燃后置入艾箱, 盖上艾箱盖, 接着将艾箱放在所选定的穴位上方, 留置30 min。每天1次, 每月治疗 ≥ 25 次视为足疗程治疗。香砂六君汤合补中益气汤加减治疗。处方: 黄芪、党参、白术、延胡索各15 g, 木香(后下)、升麻、柴胡、陈皮各10 g, 砂仁(后下)、炙甘草各5 g。加减: 合并湿热者加蒲公英30 g, 黄芩10 g。合并瘀血者加郁金15 g; 合并胃阴不足者加麦冬、沙参各15 g; 合并虚寒者加干姜10 g; 合并积滞者; 加谷麦芽30 g, 鸡内金、炒神曲各10 g。每天1剂, 水煎煮至200~250 mL, 于餐后1~1.5 h口服。1月为1疗程, 共治疗3疗程。

[收稿日期] 2013-12-15

[作者简介] 吴庆和(1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医脾胃病学。

3 观察指标与统计学方法

3.1 证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8], 运用等级症状资料积分法制定, 即将症状按照发生的频率、程度及临床表现的特点, 临床症状按无、轻、中、重, 分别记为 0、2、4、6 分, 记录胃脘或胁肋胀满、胃脘疼痛、嗝气反酸、排便情况、乏力、恶心呕吐、气短懒言、呕吐清水、口淡、干呕、面色暗滞等证候变化情况, 并计算治疗前后证候总积分。

3.2 血清 Gas、PG 检测 检测治疗前后血清 Gas、PG、PG 及 PG /PG 比值水平。采用 ELISA 法检测 Gas, 由上海西塘生物公司提供; PG 采用日立 -7170A 型生化分析仪检测。

3.3 统计学方法 采用 PASW Statistics 17.0 分析软件, 若计量资料符合正态分布, 则以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用配对 *t* 检验; 若计量资料呈非正态分布, 则以采用非参数秩和检验。

4 治疗结果

4.1 治疗各时间点证候积分比较 见图 1。治疗后各症状积分呈现下降趋势, 各时间点证候积分与前一观察时间点证候积分经配对 *t* 检验, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。

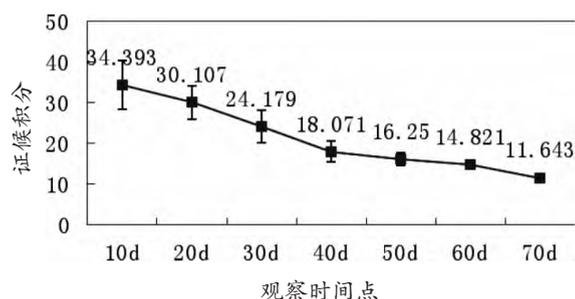


图 1 治疗各时间点证候积分比较

4.2 治疗前后血清 Gas、PG 指标比较 见表 1。治疗后血清 Gas 较治疗前升高, 治疗前后比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。PG、PG、PG /PG 值治疗前后变化不大, 经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

5 讨论

慢性萎缩性胃炎属于中医学胃脘痛、胃痞病、嘈杂等范畴^[1]。本病主要由饮食不节、虫毒感染、情志不舒、禀赋不足等病因, 相互缠结, 病程漫长, 迁延不愈, 损伤脾胃, 导致脾胃虚损。脾胃本乃气机枢

表 1 治疗前后血清 Gas、PG 指标比较 [M(Q1~Q3)]

微观指标	n	治疗前	治疗后
Gas(ng/L)	28	196.222(167.191~215.363)	211.535(166.234~229.719)
PG (μg/L)	28	58.750(43.525~113.150)	64.450(43.025~78.675)
PG (μg/L)	28	11.650(7.275~25.725)	11.200(7.400~32.360)
PG /PG	28	5.800(4.725~6.925)	5.100(3.100~6.550)

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

纽, 气机运行不畅, 则见痞满、腹胀; 气机瘀滞, 血行不畅, 则见胃脘痛; 脾胃气虚, 中气不足, 则见疲乏、懒言; 气虚推动无力, 则见排便异常, 故本病主要病因乃脾胃虚弱。艾箱灸具有温通经络的功效, 并且操作简易、费用低廉, 越来越得到重视。中脘为胃之募穴, 八会穴之腑会, 与足三里均为治疗脾胃之要穴; 下脘是任脉与足太阴脾经交会穴, 运用艾箱灸方法可健脾暖胃。香砂六君汤合补中益气汤, 补中益气汤为益气健脾之要方, 香砂六君汤具有健脾行气燥湿之效, 二方合用, 可使益气健脾, 行气燥湿, 达到补而不滞的功效。综上二种方法, 达到较快缓解患者临床症状的目的。

Gas 主要由胃窦、十二指肠黏膜的 G 细胞合成分泌, 维持黏膜的正常结构及功能, 并刺激壁细胞分泌胃酸, 是一个很好观察胃黏膜细胞功能的指标^[4]。杨勤等^[5]证实 CAG 患者中 Gas 会下降。PG 是由胃黏膜内主细胞分泌的胃蛋白酶前体, 根据免疫原性分为 PG 和 PG^[6]。因为胃是 PG 几乎唯一来源, 且在分泌阶段的分泌量会改变, 因此 PG 能够准确的反应胃黏膜腺体和细胞的数量, 间接反映了胃黏膜不同部位的分泌功能^[7]。邬建民等^[8]通过比较研究, 认为 PG、PG 及 PG /PG 比值均对 CAG 具有较好的诊断意义, 但何树光^[9]发现 PG /PG 比值在 CAG 患者较其他胃疾病患者明显偏低。本观察检测治疗前后患者 Gas、PG 二项水平, 显示经过艾箱灸配合中药汤剂治疗后, 胃腺体细胞分泌 Gas 水平得到提升, 有助于胃黏膜结构和功能的好转, 同时能够减轻患者症状。而 PG 未出现统计学差异, 笔者认为, PG 需要腺体改善后才会得到好转, 可能与本研究时间不够或者样本例数不足相关。

综上所述, 艾箱灸配合中药汤剂治疗 CAG 有较好疗效, 其作用机制可能是通过增加 Gas 分泌量改善胃黏膜结构和功能而实现的。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 李漾, 郑德采. 针刺配合艾箱灸治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的疗效观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(6): 86-87.
- [3] 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: 126-128.
- [4] 孟云霞, 杨华. 慢性萎缩性胃炎的实验室诊断价值[J]. 中国老年保健医学, 2007, 5(6): 68-70.
- [5] 杨勤, 姚玉玲. 胃蛋白酶原与胃泌素检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值与探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23): 23-24.
- [6] Noda H, Maehara Y, Irie K, et al. Increased proliferative activity caused by loss of p21 (WAF1/CIP1) expression and its clinical significance in patients with early stage gastric carcinoma[J]. Cancer, 2002, 94(7): 210-211.
- [7] Ohata H, Oka M, Yanaoka K, et al. Gastric cancer screening of a high-risk population in Japan using serum pepsinogen and barium digital radiography[J]. Cancer Sci, 2005, 96(10): 713-720.
- [8] 郭建民, 张力. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17和幽门螺杆菌 IgG 抗体对萎缩性胃炎的诊断价值[J]. 检验医学, 2011, 26(6): 375-378.
- [9] 何树光. 胃蛋白酶原和胃蛋白酶原联合检测在胃病中的临床运用[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(8): 132-133.

(责任编辑: 冯天保)

脊柱推拿手法治疗臀上皮神经卡压综合征临床观察

吴山, 田强

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察脊柱推拿手法结合髂棘卡压点局部手法松解治疗臀上皮神经卡压综合征的临床疗效。方法: 将纳入研究的患者随机分成2组, 治疗组30例采用脊柱推拿手法结合髂棘卡压点局部手法松解治疗; 对照组31例只接受髂棘卡压点局部手法松解治疗, 每周3次, 治疗2周后比较2组脊柱后关节紊乱体征、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分情况及临床疗效。结果: 2组治疗前腰椎关节紊乱发生率均较高, 但治疗组治疗前后比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$); 2组治疗后腰椎关节紊乱发生率比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。总有效率治疗组93.33%, 对照组74.19%, 2组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 治疗组疗效优于对照组。治疗后2组疼痛VAS评分均有改善, 与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$), 2组治疗后比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。结论: 脊柱推拿结合髂棘卡压点局部手法松解治疗臀上皮神经卡压综合征疗效良好, 解除后关节紊乱可能是疗效提高的重要因素。

[关键词] 臀上皮神经卡压综合征; 推拿手法; 脊柱推拿; 卡压点

[中图分类号] R442.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0195-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.075

臀上皮神经卡压综合征亦称臀上皮炎、臀上皮神经痛, 是临床中出现单侧腰、臀、腿疼痛的常见疾患

之一。针对本病可能出现的神经双卡病理机制, 本研究对患者采用脊柱推拿结合髂棘卡压点局部手法松解

[收稿日期] 2013-11-20

[作者简介] 吴山 (1963-), 男, 医学硕士, 主任医师, 研究方向: 手法治疗脊柱相关疾患。