

雷火灸灸中脘穴治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

慈洪飞

鞍山市汤岗子医院, 辽宁 鞍山 114048

[摘要] 目的: 观察雷火灸灸中脘穴治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 将 102 例本院门诊患者以随机数字表法随机分为 2 组, 治疗组 52 例采用雷火灸灸中脘穴治疗; 对照组 50 例采用联合用药: 口服果胶铋及阿莫西林胶囊治疗。2 组均治疗 24 天为 1 疗程, 进行胃镜检查及疗效评定。结果: 总有效率治疗组 96.15%, 对照组 82.00%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组患者萎缩分级情况治疗前后分别比较, 治疗后 2 组萎缩分级情况比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。治疗组各症状(上腹隐痛、食后胀满、嘈杂、嗝气、食欲差、泛酸)改善时间均较对照组缩短, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 雷火灸灸中脘穴可以有效治疗慢性萎缩性胃炎。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 雷火灸; 中脘

[中图分类号] R573.3+2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0252-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.117

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜固有腺体萎缩为特征的一种常见消化系统疾病, 重度萎缩性胃炎后期常出现肠化生、异型增生甚至癌变。主要表现为胃脘部胀闷、疼痛、痞满、纳差、嘈杂等症。属中医学“胃脘痛”范畴。笔者采用雷火灸灸中脘穴治疗该病取得满意疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[1], 胃镜病理证实为胃黏膜上皮和腺体萎缩, 胃黏膜变薄或伴有肠化生及不典型增生。萎缩分级: 轻度为固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3; 中度为固有腺体数减少超过 1/3 但未超过 2/3; 重度为固有腺体减少超过 2/3 仅留少数腺体, 甚至完全消失。

1.2 中医诊断标准 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[2]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]。

1.3 纳入标准 符合上述西医及中医诊断标准; 年龄 20~75 岁; 自愿接受并签署知情同意书。

1.4 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及精神病患者, 不宜行雷火灸者。

1.5 一般资料 观察病例为 2012 年 9 月—2014 年 4 月在本院门诊就诊, 经胃镜检查明确诊断为慢性萎缩性胃炎的患者, 共 106 例。患者入选后按年龄分层、随机原则分组。治疗组 1 例因不能忍受雷火灸疗法, 对照组 3 例因失访退出研究, 共 102 例完成观察。治疗组 52 例, 男 36 例, 女 16 例; 年龄

21~71 岁, 平均(51.0±2.1)岁; 病程 2 月~23 年, 平均(12.9±10.1)年; 伴肠上皮化生情况: 轻度 18 例, 中度 27 例, 重度 7 例。对照组(西药治疗组)50 例, 男 39 例, 女 11 例; 年龄 20~69 岁, 平均(49.0±1.7)岁; 病程 1 月~26 年, 平均(11.7±9.2)年; 伴肠上皮化生情况: 轻度 17 例, 中度 24 例, 重度 9 例。2 组患者一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 患者仰卧, 充分暴露上腹中脘穴, 取重庆赵氏雷火灸艾条 1 支, 点燃一端后将燃烧端向下固定于单式网罩灸具中并置于中脘穴上, 艾条燃端距皮肤 2~3 cm, 以患者感到皮肤热胀能耐受为度, 每隔 5 min 拿起灸条轻吹火头保持艾条火头的热度, 灸治 30 min 为治疗 1 次。

2.2 对照组 联合用药: 果胶铋[西南药业有限公司生产, 批准文号: 渝卫药准字(1997)第 001622 号]每次餐前 30 min 口服 100 mg, 每天 3 次; 阿莫西林胶囊(联邦制药国际控股有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H4402135), 每次 0.5g, 每天 2 次, 口服。

2 组均治疗 24 天为 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 胃镜检查: 治疗前及疗程结束后, 由同一高年资医师行胃镜检查, 由 2 名高年资医师盲法阅片诊断。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13 统计学软件, 计量资料以

[收稿日期] 2015-04-20

[作者简介] 慈洪飞 (1975-), 男, 副主任医师, 主要从事针灸临床工作。

($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照 1998 年 11 月中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会南昌会议制定的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》^[4]进行临床疗效评定。治愈: 临床症状消失, 胃镜检查胃黏膜颜色正常, 萎缩现象消失, 胃黏膜组织检查无肠上皮化生。有效: 临床症状好转, 胃镜检查胃黏膜颜色基本正常, 黏膜下血管透见不清楚, 胃黏膜肠上皮化生不典型。无效: 临床症状无变化, 内镜及胃黏膜组织检查无变化或加重。同时对患者临床症状包括上腹隐痛、餐后胀满、嘈杂、嗝气、食欲差、泛酸等症状缓解时间进行评价记录。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率 96.15%, 对照组 82.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

4.3 2 组治疗前后萎缩分级情况比较 见表 2。治疗组治疗前后胃镜检查结果显示, 胃壁萎缩情况, 无萎缩、轻度、中度、

重度情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。对照组治疗前后胃镜检查结果显示, 胃壁萎缩情况, 无萎缩、轻度、中度、重度情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。2 组治疗后比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2 组治疗后各症状改善时间比较 见表 3。治疗组各症状改善时间均较对照组缩短, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	52	44	6	2	96.15
对照组	50	32	9	9	82.00

表2 2组治疗前后萎缩分级情况比较 例

组别	时间	n	无萎缩	轻度	中度	重度
治疗组	治疗前	52	2	10	13	27
	治疗后	52	27	15	7	3
对照组	治疗前	50	1	9	14	26
	治疗后	50	15	13	15	7

表3 2组治疗后各症状改善时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	n	上腹隐痛	餐后胀满	嘈杂	嗝气	食欲差	泛酸
治疗组	52	6.75± 2.45 ^①	8.25± 3.55 ^①	6.40± 3.25 ^①	9.15± 4.05 ^①	7.42± 3.58 ^①	6.45± 1.80 ^①
对照组	50	8.54± 3.55	11.45± 3.51	10.63± 3.21	12.12± 4.18	8.82± 4.12	6.54± 2.38

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

慢性萎缩性胃炎的病因及发病机制不清, 现代医学研究表明其发病主要是幽门螺杆菌、自身免疫、物理、化学及遗传等致病因素造成胃黏膜固有腺体萎缩(数量减少、功能降低), 常伴有肠化生及炎性反应。临床主要表现为胃脘部胀闷、疼痛、嘈杂不舒、痞满、大便异常等一系列临床胃肠道症状。艾灸已有资料证明, 可提高机体的免疫功能, 可使免疫球蛋白含量及血清总补体 C3 明显提高, 总 T 淋巴细胞 CD3、辅助 T 淋巴细胞 CD4 显著上升^[5]; 也可减少致病因素对胃肠道黏膜的刺激, 致血清 SIgA 分泌减少, 扩张胃黏膜毛细血管^[6], 增加胃黏膜的血液循环使萎缩的胃黏膜得到修复; 也有资料表明, 艾灸中脘穴可以提高血清内 eHSP70 号含量、提高胃黏膜表面生长因子 NO 的含量, 降低胃泌素, 能较好地修复胃黏膜^[7]。中脘穴位于人体前部正中腹脐与胸骨剑突连线中点处, 深层正对胃小弯, 所以灸中脘穴可以有效地治疗慢性萎缩性胃炎。根据临床证候特点本病应归属胃脘痛范畴, 病标在胃, 本在脾, 中虚气滞。脾胃为人体后天之本, 气血化生之源, 脾胃功能正常则可化生气血, 充养五脏六腑, 脾胃亦得自养。若中气不足, 脾胃功能衰弱, 则纳运失常, 化生乏源, 气机不得畅运, 久则胃络自痹, 胃黏膜不得自养继而萎缩; 气机不畅, 胃失温煦或寒邪内积, 不通则痛; 中焦气机不充, 正气不达则痰湿内生, 痰湿困中而痞满; 中焦脾胃不和或土虚木克而为嘈杂; 痰湿久蕴

化热或阴虚郁热内留或肝郁化火范胃而见胃热; 中虚失运则纳少便溏、形瘦神疲; 痰滞胃络使胃络瘀滞, 痰瘀互结于胃, 邪痼病深, 久则肠上皮化生。中脘穴为胃的募穴, 是胃的精气反应到胸腹部的特殊部位, 又是八会穴的腑会, 和胆、小肠、大肠、三焦等的关系非常密切。中脘穴的别名又叫胃脘穴, 名意指本穴气血直接作用于胃腑, 调控胃腑气血的阴阳虚实。艾灸中脘可以直达病灶, 温通胃腑经脉, 调和气血, 气血调和通则不痛; 中气充足, 胃络通畅, 祛痰化湿消除痞满、嘈杂、胃热; 胃腑气机畅达, 气血化生有力则中气充足, 胃络得养, 黏膜恢复正常, 所以灸中脘穴可有效治疗慢性萎缩性胃炎。笔者采用重庆赵氏雷火灸是因其独特的配方且艾柱大, 火力猛, 渗透力强, 作用范围广, 持续时间长, 在灸治时可快速形成刺激量, 达到临床治疗疾病的目的。另外, 本疗法与药物治疗比较, 安全无任何痛苦, 稍加指导患者即可在家自行施治, 是治疗本病非常好的治疗方法之一。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24- 31.

[2] 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]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749- 753.

[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: 148-150.
- [4] 周建中, 陈泽民, 危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[J]. 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 318-319.
- [5] 李僖如, 董润生, 朱现民. 针灸新知识辞典[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994: 273-274.
- [6] 余华, 张安仁, 张月娥, 等. 麦粒灸治疗脾虚泄泻的临床研究[J]. 中国针灸, 2001, 21(3): 133.
- [7] 赵健, 李敏. 艾灸中脘穴治疗急症胃痛的可行性探讨[J]. 按摩与康复医学, 2012, 12(3): 353.
- (责任编辑: 刘淑婷)

消导腹部推拿术防治胸腰椎骨折术后腹胀疗效观察

嵇玲瑛, 全小明, 陈巧玲, 何咏群

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 探讨胸腰椎骨折术后早期应用消导腹部推拿术防治腹胀的临床疗效。方法: 将 80 例住院的胸腰椎骨折术后患者随机分为常规护理组和推拿干预组各 40 例, 分别采用常规护理和消导腹部推拿术两种不同护理方法防治腹胀, 观察患者腹胀情况、肛门排气、肠鸣音、排便情况。结果: 推拿干预组腹胀发生率 17.50%, 低于常规护理组 50.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 推拿干预组首次肛门排气时间、首次排便时间早于常规护理组, 而肠鸣音次数多于常规护理组, 组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 消导腹部推拿法防治患者胸腰椎骨折术后腹胀优于常规护理方法。

[关键词] 胸腰椎骨折术后; 腹胀; 推拿手法; 消导腹部推拿术; 首次肛门排气时间; 首次排便时间; 肠鸣音

[中图分类号] R442.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0254-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.118

车祸导致中青年胸腰椎骨折发生率呈上升趋势, 胸腰椎骨折伴有脊髓损伤时需早期施行手术治疗。由于骨折造成的机体创伤及手术本身创伤, 术后常并发腹胀, 易致患者腹痛、食欲不振, 引起焦虑、烦躁等不良情绪, 严重者出现膈肌上升, 呼吸困难, 也会致下腔静脉受压, 诱发下腔静脉血栓形成, 以上各种原因直接影响患者的治疗及恢复^[1]。胸、腰椎骨折是本院骨科重点专科优势病种, 本研究通过临床同期随机对照试验, 在住院胸腰椎骨折患者术后早期应用消导腹部推拿术, 并观察其对腰椎骨折术后腹胀的影响, 从而为胸、腰椎骨折术后患者的护理提供临床参考。

1 临床资料

观察病例为 2013 年 1—12 月本院骨科住院的胸腰椎骨折术后患者, 共 80 例。将患者随机分为常规护理组与实施消导腹部推拿术的推拿干预组各 40 例, 80 例患者平均年龄 (45.54 ± 10.54) 岁, 损伤节段分布: T_{10} 6 例, T_{11} 12 例, T_{12} 6 例, L_1 28 例, L_2 14 例, L_3 14 例。患者术前经 X 线、CT、

MRI 检查诊断为胸腰椎骨折且无脊髓和腹腔脏器损伤, 排便功能正常, 无器质性腹胀史。患者全部采用后路椎弓根钉棒系统内固定、椎板减压植骨术。排除孕妇和小儿。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 常规护理组 采用骨科常规护理方法: ①创造舒适病房环境。病室保持安静、清洁、整齐、温湿度适宜, 床单整洁, 让患者感到舒适。②做好患者围手术期护理。指导患者在硬质棕榈板上定时行板状翻身, 协助生活护理及外出检查, 防止压疮、泌尿系、呼吸系等感染的发生。做好术前化验、呼吸道、泌尿道、皮肤、饮食等知识、技能等各方面准备。术后做好病情观察、生活护理、功能锻炼、饮食指导等方面护理, 督促患者多饮温水, 促进排便。当无法缓解腹胀问题且影响到患者的生存质量时, 采用肛管排气、胃肠减压等方法解除患者腹胀。③心理护理^[2]。胸腰椎骨折患者术后需绝对卧床, 患者因病情、家庭经济等问题易产生焦虑、烦躁、抑郁等负面情绪, 引

[收稿日期] 2015-04-25

[作者简介] 嵇玲瑛 (1980-), 女, 主管护师, 主要从事骨科护理学工作。