

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200430-k0001

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

麦粒灸治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎临床观察*

蔡玉梅¹, 陆霞娟², 郑继范¹, 王 灿¹, 张雨帆³, 姚秋雯³(上海市杨浦区控江医院¹针灸科, ²消化内科, ³中医科, 上海 200093)

[摘要] 目的: 比较麦粒灸与温针灸治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床疗效。方法: 将 200 例脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者随机分为麦粒灸组(100 例, 脱落 13 例)和温针灸组(100 例, 脱落 16 例)。两组均取中脘、天枢、气海、梁丘、足三里穴。麦粒灸组采用麦粒灸治疗, 每穴每次灸 5 壮; 温针灸组针刺后行温针灸, 每穴每次灸 3 壮, 两组均隔日 1 次, 共治疗 15 次。分别于治疗前后及治疗后 1 个月随访时记录两组患者临床症状体征积分、生活质量生理总评分(PCS)和心理总评分(MCS), 并于治疗后及随访时评定两组患者临床疗效。结果: 治疗后及随访时, 两组患者临床症状体征积分均低于治疗前($P < 0.05$), 生活质量 PCS 和 MCS 评分均高于治疗前($P < 0.05$)。随访时, 麦粒灸组患者临床症状体征积分低于温针灸组($P < 0.01$), 生活质量 PCS 和 MCS 评分均高于温针灸组($P < 0.001$); 麦粒灸组总有效率为 93.1% (81/87), 高于温针灸组的 82.1% (69/84, $P < 0.001$)。结论: 麦粒灸可有效改善脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者临床症状体征及生活质量, 其远期疗效优于温针灸。

[关键词] 慢性浅表性胃炎; 麦粒灸; 温针灸; 脾胃虚寒; 随机对照试验

Clinical observation on wheat grain moxibustion for chronic superficial gastritis of spleen-stomach deficiency and cold

CAI Yu-mei¹, LU Xia-juan², ZHENG Ji-fan¹, WANG Can¹, ZHANG Yu-fan³, YAO Qiu-wen³ (¹Department of Acupuncture and Moxibustion, ²Department of Gastroenterology, ³Department of TCM, Kongjiang Hospital, Yangpu District of Shanghai, Shanghai 200093, China)

ABSTRACT Objective To compare the clinical effect of wheat grain moxibustion and warming acupuncture on chronic superficial gastritis of spleen-stomach deficiency and cold. **Methods** A total of 200 patients with chronic superficial gastritis of spleen-stomach deficiency and cold were randomly divided into a wheat grain moxibustion group (100 cases, 13 cases dropped off) and a warming acupuncture group (100 cases, 16 cases dropped off). The acupoints of Zhongwan (CV 12), Tianshu (ST 25), Qihai (CV 6), Liangqiu (ST 34) and Zusanli (ST 36) were selected in both groups. The patients in the wheat grain moxibustion group were treated with wheat grain moxibustion, and 5 cone were given on every acupoint each time. Moxibustion was performed after acupuncture in the warming acupuncture group, and 3 cone each acupoint. Both groups were treated every other day for 15 times. The scores of clinical symptoms and signs, scores of physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS) of quality of life in the two groups were recorded before and after treatment and during follow-up 1 month after treatment, and the clinical effects of the two groups were evaluated after treatment and during follow-up. **Results** After treatment and during follow-up, the scores of clinical symptoms and signs of the two groups were lower than before treatment ($P < 0.05$), and the scores of PCS and MCS of quality of life were higher than before treatment ($P < 0.05$). At follow-up, the score of clinical symptoms and signs in the wheat grain moxibustion group was lower than that in the warming acupuncture group ($P < 0.01$), and the scores of PCS and MCS of quality of life were higher than those in the warming acupuncture group ($P < 0.001$). The total effective rate of the wheat grain moxibustion group was 93.1% (81/87), which was higher than 82.1% (69/84) of the warming acupuncture group at follow-up ($P < 0.001$). **Conclusion** The wheat grain moxibustion can effectively improve the clinical symptoms, signs and quality of life in patients with chronic superficial gastritis of spleen-stomach deficiency and cold, and its long-term effect is better than warming acupuncture.

KEYWORDS chronic superficial gastritis; wheat grain moxibustion; warming acupuncture; spleen-stomach deficiency and cold; randomized controlled trial (RCT)

*2018 年上海市卫生和计划生育委员会中医药科研课题: 2018LP042

第一作者: 蔡玉梅, 副主任医师。E-mail: 13917546226@139.com

慢性浅表性胃炎 (chronic superficial gastritis, CSG) 是临床最为常见的慢性胃炎, 主要表现为胃黏膜层出现以淋巴细胞和浆细胞为主的慢性炎症细胞浸润, 通常不伴有胃黏膜的萎缩性改变。近年来, 我国 CSG 发病率呈现明显上升趋势^[1]。临床上对于 CSG 的治疗以幽门螺杆菌根治术和对症治疗为主。对症治疗可在短时间内达到抗菌、抑制胃酸、保护胃黏膜等效果, 但长期治疗往往发生不同程度的不良反应, 造成 CSG 反复发作, 病情迁延不愈, 进而进展为萎缩性胃炎, 甚至诱发胃癌^[2]。脾胃虚寒证是 CSG 的常见证型之一^[3], 温针灸在改善脾胃虚寒型 CSG 患者的中医证候及生存质量方面较常规针刺更具优势^[4]。研究^[5-6]表明灸法可激发经络之气、调节脏腑功能, 具有温阳行气、活血通络、调和阴阳以及防病保健的功效。麦粒灸具有热力深透、烟雾少、灼痛感可耐受等优点^[7-9], 故本研究以温针灸为对照干预, 观察麦粒灸治疗脾胃虚寒型 CSG 临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

200 例病例来源于 2019 年 2 月至 2020 年 4 月于上海市杨浦区控江医院针灸科门诊就诊的脾胃虚寒型 CSG 患者。根据其纳入研究的先后顺序, 使用 Stata15 软件随机分为麦粒灸组和温针灸组, 每组 100 例。本研究通过上海市杨浦区控江医院伦理审查批准 (批件号: KJ-2019-01)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准: 参照《中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海)》^[10] 拟定。①有不同程度的中上腹不适、饱胀、钝痛、食欲不振、嗳气、消化不良、厌食、恶心及与进食有关的上腹部疼痛等症状, 无明显节律性, 一般进食后较重, 可有左上腹部轻度压痛; ②胃镜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、充血渗出等基本表现, 可同时存在糜烂、出血或胆汁反流等征象。

中医诊断标准: 参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[3] 拟定脾胃虚寒型 CSG 的诊断标准。主症: ①胃痛隐隐, 绵绵不休; ②喜温喜按。次症: ①劳累或受凉后发作或加重; ②泛吐清水; ③精神疲倦; ④四肢倦怠; ⑤腹泻或伴不消化食物。舌脉: ①舌淡胖、边有齿痕, 苔白滑; ②脉沉弱。符合全部主症并兼具两项以上次症, 参考舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准; ②年龄 20~65 岁; ③研究期间停用本试验外的其他疗法; ④了解麦粒灸

为创伤性治疗 (灸后可能遗留有色素沉着), 自愿接受治疗、观察评定, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并消化性溃疡, 胃镜检查示胃黏膜肠上皮化生、萎缩, 上皮内瘤变, 病理诊断疑有恶性者; ②合并有严重糖尿病、心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病者; ③患有精神病患者; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤穴位局部皮肤有皮肤病、感染和溃烂者。

1.5 剔除及脱落标准

①疗程未结束但出现严重不良反应者, 根据医生判断应中止试验者; ②观察期间病情持续加重、恶化者, 停止临床观察者; ③不能坚持完成本试验方案治疗者; ④未按规定接受诊治或临床资料不全, 以致无法正确判定疗效者。

2 治疗方法

2.1 麦粒灸组

取穴: 中脘、天枢、气海、梁丘、足三里。操作: 将艾绒制成麦粒大小 (底直径 4 mm, 高 5 mm) 的艾炷。穴位局部皮肤用 75% 乙醇棉球擦拭湿润, 将艾炷置于穴位上, 使用线香点燃。当艾炷燃至约下 1/3 处、患者有温热感或轻度灼痛, 医者即瞬间压灭燃炷取掉残艾, 每穴每次灸 5 壮。隔日 1 次, 共治疗 15 次。

2.2 温针灸组

取穴: 中脘、天枢、气海、梁丘、足三里。操作: 穴位局部皮肤用 75% 乙醇棉球常规消毒, 选用 0.30 mm × 40 mm 一次性毫针, 诸穴常规针刺, 行捻转补法, 得气后针柄插入 17 mm × 16 mm 的艾段点燃。每穴每次灸 3 壮, 艾段燃尽后起针并紧按针孔片刻。隔日 1 次, 共治疗 15 次。

3 疗效观察

3.1 观察指标

分别于治疗前后及治疗后 1 个月随访时对以下指标进行评定。

(1) 临床症状体征积分

参照《胃肠疾病中医证候评分表》^[11] 及《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[12] 制定 CSG 症状体征积分表, 包括上腹胀满、胃脘疼痛、嗳气、泛吐清水、纳呆、四肢乏力、大便稀溏、舌象及脉象 9 个项目, 按无、轻、中、重分别计 0、3、5、7 分, 各项积分相加得到总分。

(2) 生活质量评分

采用简版生活质量量表 (12-item short form health

survey, SF-12)^[13]进行评定,该量表共有 12 个条目,包含总体健康、生理功能、生理职能、躯体疼痛、活力、社会功能、情感职能及心理健康 8 个维度。根据 SF-12 第 2 版评分方法计算各条目选项的权重得分,记录患者生理总评分(physical component summary, PCS)和心理总评分(mental component summary, MCS)。PCS 和 MCS 总分均为 0~100 分,分值越高代表患者生活质量越好。

3.2 疗效评定标准

分别于治疗后及治疗后 1 个月随访时根据临床症状体征以及疗效指数评定临床疗效。痊愈:症状体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 90\%$;显效:临床症状体征明显改善,疗效指数 $\geq 60\%$ 且 $<90\%$;有效:临床症状体征好转,疗效指数 $\geq 30\%$ 且 $<60\%$;无效:临床症状体征无明显变化,疗效指数 $<30\%$ 。疗效指数 $=[(治疗前临床症状体征积分-治疗后(或随访时)临床症状体征积分) \div 治疗前临床症状体征积分] \times 100\%$ 。

3.3 统计学处理

采用 SPSS21.0 软件进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,等级资料的比较采用 Mann-Whitney U 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 结果

(1) 两组患者一般资料比较

整个研究过程中麦粒灸组脱落 8 例(因其他疾病住院 6 例、失访 2 例)、剔除 5 例(因工作无法坚持治疗 3 例、病情加重服用药物 2 例),温针灸组脱落 9 例(因其他疾病住院 5 例、失访 4 例)、剔除 7 例(病情加重服用药物 5 例、去外地无法坚持治疗 2 例),最终完成治疗并取得有效数据的患者共 171 例。两组患者性别、年龄和病程一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 3 两组脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者治疗前后各时间点生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前		治疗后		随访	
		PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS
麦粒灸组	87	31.76 \pm 8.89	29.61 \pm 8.57	47.69 \pm 7.71 ⁽¹⁾	40.43 \pm 8.32 ⁽¹⁾	52.77 \pm 6.22 ⁽¹⁾⁽²⁾	46.55 \pm 7.41 ⁽¹⁾⁽²⁾
温针灸组	84	29.82 \pm 9.01	27.67 \pm 9.77	45.51 \pm 8.41 ⁽¹⁾	39.68 \pm 11.06 ⁽¹⁾	45.46 \pm 7.03 ⁽¹⁾	40.44 \pm 9.88 ⁽¹⁾

注:与本组治疗前比较,⁽¹⁾ $P < 0.05$;与温针灸组随访时比较,⁽²⁾ $P < 0.001$ 。

表 4 两组脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者治疗后及随访时临床疗效比较

例

组别	例数	治疗后					随访				
		痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
麦粒灸组	87	6	35	36	10	88.5	17	42	22	6	93.1 ⁽¹⁾
温针灸组	84	4	24	43	13	84.5	4	24	41	15	82.1

注:与温针灸组随访时比较,⁽¹⁾ $P < 0.001$ 。

表 1 两组脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁		病程/月			
		男	女	最小	最大	平均 ($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均 ($\bar{x} \pm s$)
麦粒灸组	87	23	64	31	65	57 \pm 8	5	84	21.5 \pm 18.9
温针灸组	84	24	60	32	65	56 \pm 8	4	78	18.4 \pm 16.0

(2) 两组患者治疗前后各时间点临床症状体征积分比较

两组患者治疗前临床症状体征积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。两组治疗后及随访时临床症状体征积分均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后两组临床症状体征积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),随访时麦粒灸组临床症状体征积分低于温针灸组($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者治疗前后各时间点临床症状体征积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访
麦粒灸组	87	31.15 \pm 11.64	13.63 \pm 9.46 ⁽¹⁾	10.43 \pm 9.18 ⁽¹⁾⁽²⁾
温针灸组	84	29.32 \pm 10.71	14.07 \pm 8.82 ⁽¹⁾	14.51 \pm 9.42 ⁽¹⁾

注:与本组治疗前比较,⁽¹⁾ $P < 0.05$;与温针灸组随访时比较,⁽²⁾ $P < 0.01$ 。

(3) 两组患者治疗前后各时间点生活质量评分比较

两组患者治疗前生活质量 PCS 和 MCS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。两组治疗后及随访时 PCS 和 MCS 评分均高于治疗前($P < 0.05$);治疗后两组 PCS 和 MCS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),随访时麦粒灸组 PCS 和 MCS 评分均高于温针灸组($P < 0.001$)。见表 3。

(4) 两组患者临床疗效比较

治疗后麦粒灸组和温针灸组总有效率分别为 88.5%和 84.5%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);随访时麦粒灸组总有效率为 93.1%,高于温针灸组的 82.1%($P < 0.001$),见表 4。

4 讨论

慢性浅表性胃炎 (CSG) 属于中医学“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”“吐酸”等范畴。脾胃为人体后天之本、气血生化之源,脾主运化、胃主受纳。脾胃虚寒型 CSG 多因素体脾胃虚弱、劳倦内伤,或过食生冷、饮食不节,或久病缠绵、寒药攻伐等导致脾阳虚弱、胃失温煦,致中寒内生、纳运不健,故见胃脘隐痛或痞满、喜暖喜按,时泛清水;脾运失司则见便溏等症。治疗脾胃虚寒型 CSG 当以温中散寒、健脾和胃为原则。《针灸甲乙经》曰:“胃胀者,中脘主之”,中脘是任脉、手太阳、足阳明经交会穴,为胃之募穴、八会穴之腑会,可健脾和胃;天枢属足阳明胃经,为大肠之募穴,可通降腑气;气海为育之原,是原气汇聚之处、五脏六腑之本、十二经脉之根,“治脏气虚惫,真气不足,一切气疾,久不瘥,悉皆灸之”(《普济方》);梁丘为足阳明胃经之郄穴,是胃经气血深聚之处,可和胃消肿、宁神定痛;足三里是足阳明胃经之合穴、胃之下合穴,“合治内腑”,可健脾和胃、降气通腑,全方共奏温阳益气、健脾和胃之功。

温针灸具有温、通、补的作用,可有效改善脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者虚寒证候及生存质量,疗效优于常规针刺^[4]。故本研究选择温针灸作为对照干预。麦粒灸是一种用如麦粒大小的艾炷直接灸的方法,其刺激特点在于艾炷即将燃尽时造成的短时间灼热、灼痛,以及肌肤灼伤后产生的持续性炎性反应,从而对机体产生温通和温补的作用。麦粒灸根据灸量大小分强弱两种刺激量,在治疗慢性病症时宜选用麦粒灸弱刺激^[14]。本研究结果显示,麦粒灸及温针灸均能有效改善脾胃虚寒型 CSG 患者临床症状体征及生活质量,且治疗后两者的改善作用相当;随访 1 个月时,麦粒灸组患者临床症状体征积分、生活质量 PCS 和 MCS 评分及总有效率均优于温针灸组,提示麦粒灸治疗脾胃虚寒型 CSG 具有更好的远期疗效。笔者认为,麦粒灸长效的温补和温通作用和整体调节作用可能是麦粒灸治疗脾胃虚寒型 CSG 优于温针灸的主要原因:①本研究中观察到多数患者麦粒灸后的温热感持续时间在 30 min 至数小时,长于温针灸后温热感余留时间。②麦粒灸重在“以火促通”,其产生的长时间局部炎性反应可激发机体产生特异性或非特异性免疫反应,具有调理脾胃、温经散寒、活血止痛的功效。因其温补和温通作用的长效性,对机体非特异性的整体调节作用更具优势^[15]。

麦粒灸治疗脾胃虚寒型 CSG 可发挥温阳益气、健脾和胃、理气散寒的功效,且远期疗效和整体调节、改善生活质量方面较温针灸治疗更为显著。麦粒灸可能造成皮肤烫伤,试验开始前应充分告知患者并取得知情同意。因本研究麦粒灸采用弱刺激量的无瘢痕灸(当艾炷燃至约下 1/3 处、患者有温热感或轻度灼痛,医者即瞬间压灭燃炷去掉残艾),灸炷小、灸时短、刺激弱,可避免烫伤深层皮肤,患者依从性较好。灸处皮肤有色素沉着可在数月后淡化或消失,无明显灸疮感染等不良反应,技术简约,疗效满意。

参考文献

- [1] Du Y, Bai Y, Xie P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14: 21.
- [2] Fang JY, Du YQ, Liu WZ, et al. Chinese consensus on chronic gastritis (2017, Shanghai)[J]. J Dig Dis, 2018, 19(4): 182-203.
- [3] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [4] 盛刚,杨改琴,王丽芬,等.温针灸治疗脾胃虚弱(寒)型慢性浅表性胃炎[J]. 吉林中医药, 2018, 38(11): 1345-1348.
- [5] 杜科涛,谢辉.针刺配合灸法治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(10): 908-910.
- [6] 谢华,常小荣,严洁,等.温和灸治疗浅表性胃炎脾胃虚寒证的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(12): 2856-2858.
- [7] 余华,张安仁,张月娥,等.麦粒灸治疗脾虚泄泻证的临床研究[J]. 中国针灸, 2001, 21(3): 131-132.
- [8] 邹柳祥.麦粒灸治疗功能性消化不良的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [9] 王莉莉,王艳荣,王键玮,等.麦粒灸对进展期胃癌患者中性粒细胞-淋巴细胞比率及生命质量的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(11): 1169-1172.
- [10] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [11] 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): 187-189.
- [12] 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: 139-143.
- [13] Ware JE, Kosinski M, Turner Bowker DM, et al. How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey[M]. Boston: Lincoln, 2005.
- [14] 王欣君,王玲玲,张建斌.麦粒灸的灸量调控[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(6): 426-429.
- [15] 王玲玲.麦粒灸临床特点及适宜病症[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(11): 889-891.

(收稿日期: 2020-04-30, 编辑: 李婧婷)