

针刺与汤剂联合用于脾胃湿热型胃痞治疗的效果观察

高新建

(河南省焦作市中医院 焦作 454001)

摘要:目的:探讨针刺与汤剂联合用于脾胃湿热型胃痞治疗的效果。方法:选取 2019 年 1 月~2020 年 12 月收治的 186 例脾胃湿热型胃痞患者,随机分为三组,各 62 例。汤剂组单纯内服中药治疗,针刺组单纯采用针刺治疗,联合组采用针刺与汤剂联合治疗。比较三组治疗前后中医症候积分及临床疗效。结果:治疗前三组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后汤剂组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分均明显低于针刺组($P<0.05$),联合组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分均明显低于汤剂组($P<0.05$)。治疗后汤剂组总有效率为 85.48%,明显高于针刺组的 69.35%($P<0.05$);联合组总有效率为 96.77%,明显高于汤剂组的 85.48%($P<0.05$)。结论:采用针刺与汤剂联合治疗脾胃湿热型胃痞患者,效果明显优于单纯针刺或汤剂治疗。

关键词:胃痞;脾胃湿热型;针刺;中药

中图分类号:R573

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.006

胃痞是一种以胸腹痞闷胀满不舒为主要表现的病症,也是脾胃疾病常见的临床表现,它是中医病名,而现代医学中的慢性胃炎、功能性消化不良等疾病可归于“胃痞”范畴。中医学认为,脾胃乃中焦气机升降之枢纽,而肝胆协助其升发。胃痞的病位在胃,而其发病病机涉及脾、胃、肝。本病多为本虚标实,虚实错杂^[1-2]。本研究选取 186 例脾胃湿热型胃痞患者为研究对象,探讨针刺与汤剂联合用于脾胃湿热型胃痞治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月~2020 年 12 月收治的 186 例脾胃湿热型胃痞患者为研究对象。纳入标准:中医辨证为脾胃湿热型胃痞;无心、肝、肾疾病;无饮服中药和针刺治疗禁忌证。排除标准:合并消化道溃疡、肠易激综合征、肿瘤等疾病;其他中医证型;合并甲状腺功能亢进症;近 6 个月内有腹部外科手术史;妊娠期或哺乳期妇女。将 186 例患者随机分为汤剂组、针刺组及联合组,各 62 例。汤剂组女 28 例,男 34 例;年龄 23~78 岁,平均(47.65±7.19)岁;病程 1 个月~2 年,平均(9.53±1.33)个月。针刺组女 30 例,男 32 例;年龄 26~75 岁,平均(49.60±9.23)岁;病程 1 个月~1.5 年,平均(8.77±2.08)个月。联合组女 26 例,男 36 例;年龄 21~76 岁,平均(47.17±9.50)岁;病程 2 个月~4 年,平均(11.74±2.78)个月。三组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 汤剂组单纯内服中药治疗,药物组成:黄连 3 g,炒吴茱萸 1 g,蒲公英 30 g,佛手片 10 g,苏梗 10 g,白芷 10 g,炒白芍 15 g,广木香 10 g,白茯苓 15 g,炒白术 10 g,焦山楂 15 g,炒麦芽 15 g,焦神曲 15 g。随症加减:口干、舌燥、烦热甚者加麦冬、

知母、玄参;气虚乏力甚者加黄芪、淮山;手脚冰凉者加附子、肉桂;失眠者加牡蛎、龙骨、夜交藤。以水煎煮,每日 1 剂,分 2 次口服,连续治疗 4 周。针刺组单纯采用针刺治疗,取穴:脾俞、胃俞、中脘、太冲、足三里、三阴交。局部消毒,用 0.30 mm×40 mm 毫针,行针采用捻转补泻法,得气后留针 0.5 h,每隔 10 min 行针 1 次,1 次/d,每周 6 次,连续治疗 4 周。联合组采用针刺与汤剂联合治疗,汤剂、针刺治疗方法同上。

1.3 观察指标 比较三组治疗前后中医症候积分及临床疗效。中医症候积分中主症包括上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利等,次症包括胃痛、口干口苦、乏力、大便稀溏、舌质红等。其中主症积分标准为:无计 0 分,轻度计 2 分,中度计 4 分,重度计 6 分;次症积分标准为:无计 0 分,轻度计 1 分,中度计 2 分,重度计 3 分。每项积分相加为总积分。临床疗效:患者相关症状完全消失,症状积分减少≥90%为显效;患者相关症状有所减轻,症状积分减少≥60%为有效;上述相关症状改善不明显,症状积分减少<60%为无效^[3]。总有效率为显效和有效例数占比。

1.4 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计软件分析处理数据。计数资料以%表示,组间比较用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组中医症候积分比较 治疗前三组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后汤剂组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分均明显低于针刺组($P<0.05$),联合组上腹胀满、胃部烧灼、暖气纳呆、小便不利积分及总积分均明显低于汤剂组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 三组中医症候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	上腹胀满		胃部烧灼		暖气纳呆		小便不利		总积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
汤剂组	62	4.25± 1.04	2.19± 0.77	3.81± 1.27	1.84± 0.52	3.20± 1.22	1.32± 0.59	2.77± 0.66	0.94± 0.13	25.37± 4.02	7.84± 2.37
针刺组	63	4.33± 1.42	3.21± 1.09 [*]	3.66± 1.26	2.63± 0.51 [*]	3.24± 1.68	2.42± 0.62 [*]	2.81± 0.84	1.60± 0.62 [*]	24.79± 6.21	14.36± 4.25 [*]
联合组	62	4.17± 1.17	1.50± 0.49 ^{##}	3.75± 1.55	1.33± 0.71 ^{##}	3.30± 1.36	0.94± 0.27 ^{##}	2.75± 0.76	0.57± 0.18 ^{##}	25.10± 6.05	5.73± 1.07 ^{##}

注:与汤剂组比较,^{*} $P<0.05$;与针刺组比较,^{##} $P<0.05$ 。

2.2 三组临床疗效比较 治疗后汤剂组总有效率为 85.48%,明显高于针刺组的 69.35% ($P<0.05$);联合组总有效率为 96.77%,明显高于汤剂组的 85.48% ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 三组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
汤剂组	62	39 (62.90)	14 (22.58)	9 (14.52)	53 (85.48)
针刺组	62	41 (66.13)	2 (3.23)	19 (30.65)	43 (69.35) [*]
联合组	62	56 (90.32)	4 (6.45)	2 (3.23)	60 (96.77) ^{##}

注:与汤剂组比较,^{*} $P<0.05$;与针刺组比较,^{##} $P<0.05$ 。

3 讨论

胃病是中医常见疾病之一,该病发病机制较为复杂,通常认为与 Hp 感染、心理因素以及精神因素等相关,若日常饮食、生活作息等发生紊乱,也会引起该病。胃痞的病变部位是脾胃,脾胃湿热是其最为常见的辨证分型。中医学认为,胃痞大多病情复杂,证型多样。脾胃乃中焦气机升降之枢纽,因饮食、情志、过劳、感染外邪等多种因素导致脾胃气虚,是胃痞的发病基础^[4]。胃痞的病理变化复杂,在早期主要因中焦气机壅滞所致,相当于功能性消化不良,病情较轻,中医证型主要为脾胃虚弱(寒)、肝郁气滞,治疗原则以调畅气机为主。而随着气机壅滞日久,又可出现湿热、寒热等病理因素,此时多进入中期,中医证型主要为脾胃湿热,治疗原则以清热利湿为主,同时兼以行气扶脾,固护中焦正气。早中期多为标实,而到后期可由实转虚,虚实夹杂,中医证型主要为气阴两虚、气滞血瘀,治疗原则以行气活血、益气养阴为主,多数患者病程迁延,易反复发作^[5-6]。

本研究选取脾胃湿热型胃痞患者为研究对象,采用中药汤剂及针刺治疗。中药组方中黄连性味苦寒,能以苦燥湿,以寒除热,为治疗湿热痞满的要药;蒲公英清热解毒,白芷散风除湿,炒吴茱萸理气燥湿、温中止痛、降逆止呕,佛手片舒肝健脾、和胃理气,苏梗理气宽中、止痛,炒白芍平肝止痛,广木香行气止痛、健脾消食,白茯苓健脾和胃,炒白术健脾益气,焦山楂行气散瘀、消积开胃,炒麦芽开胃健脾,焦神曲消食化积、健脾和胃。全方具有燥湿清热、行气化湿、健脾益胃等功效。湿热得化,脾胃调和,清升浊降,中焦气机舒畅,症状自除。

针刺也是中医治疗胃痞的常用方法。现代研究

表明,针刺足三里可调节胃机能,改善胃肠运动障碍,刺激唾液淀粉酶分泌,以及减轻胃黏膜损伤^[7]。足三里为足阳明胃经下合穴,善治胃腑病证,具有通腑利湿、健脾和胃、调和气血、消积行滞等功效,素来为医家治疗脾胃病的首选穴。中脘为任脉腧穴、胃经募穴,具有疏利胃脘气机、和胃降逆等功效,与足三里相配可补中益气、化痰除湿、扶正固本。脾俞与胃俞为脾、胃之背俞穴,属于足太阳膀胱经,具有散胃腑之热、益气健脾等功效。研究表明,针刺慢性胃炎患者的背俞穴可有效调节机体细胞免疫功能,改善慢性胃炎症状^[8]。太冲属足厥阴肝经,具有清热利湿、平肝熄风、通络止痛等功效。三阴交为肝、脾、肾 3 条阴经交汇之处,具有健脾益胃、补肝益肾等功效。

本研究采用针刺、中药内服治疗脾胃湿热型胃痞患者,结果显示,治疗后汤剂组中医症候积分明显低于针刺组,而联合组又明显低于汤剂组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。汤剂组总有效率为 85.48%,高于针刺组的 69.35%,而联合组又高于汤剂组。可见针刺治疗脾胃湿热型胃痞的临床效果不及中药汤剂治疗,而与单纯中药汤剂治疗相比,中药汤剂联合针刺治疗的临床效果更好。综上所述,采用针刺与汤剂联合治疗脾胃湿热型胃痞患者,效果明显优于单纯针刺或汤剂治疗。

参考文献

[1]车志英,王汉岑,崔利宏.王国斌治胃痞经验萃要——决渎三焦运枢通泰除痞满[J].辽宁中医杂志,2015,42(4):712-713.
[2]王韶康,姜玥,段永强,等.王道坤运用自拟疏肝和胃汤治疗胃痞经验[J].中国中医药信息杂志,2019,26(7):130-132.
[3]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.134-139.
[4]何军杰,张北平,赵喜颖.胃痞消治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(6):823-827.
[5]孙肇阳,马晓峰.试论胃痞病的阶段传变与三级架构模型[J].天津中医药大学学报,2020,39(4):413-416.
[6]叶振昊,钟子劭,邝宇香,等.从《四圣心源》理论探讨中气之盛衰与胃痞病的治疗[J].中医药导报,2019,25(3):30-31.
[7]诸圆圆.针刺治疗慢性胃炎穴位运用探析[J].中华中医药学刊,2015,33(6):1527-1529.
[8]左甲,杨改琴,黄丽萍,等.针刺背俞穴对慢性胃炎患者血清 CD4⁺、CD8⁺ 的影响[J].陕西中医,2017,38(10):1465-1466.

(收稿日期: 2021-04-15)