

本文引用:范丽红,方园,黄河,曹佳男,欧阳里知,刘密,常小荣.针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心前瞻性临床研究[J].湖南中医药大学学报,2020,40(9):1060-1064.

针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心 前瞻性临床研究

范丽红^{1,2},方园¹,黄河¹,曹佳男¹,欧阳里知¹,刘密^{1,3*},常小荣^{1*}

(1.湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南长沙410208;2.长沙民政职业技术学院,湖南长沙410208;
3.浏阳市中医医院,湖南浏阳410300)

〔摘要〕目的 观察针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)的临床疗效。方法 将150例CAG患者随机分为针刺组、艾灸组及药物组,每组50例。针刺组与艾灸组均取主穴足三里、中脘、内关,肝胃不和型配太冲、阳陵泉,脾胃虚寒型配关元、气海;药物组口服维酶素片,一次4~6片,每日3次。3组均连续治疗8周,分别于治疗前、治疗后、治疗后第16周随访观察临床症状积分、中医证候积分。结果 各组患者在治疗后、治疗后第16周随访,临床症状积分均较治疗前下降($P<0.05$);治疗8周,各组患者间评分两两比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后第16周随访,与药物组相比,针刺组与艾灸组的临床症状积分均降低,差异有统计学意义($P<0.05$),针刺组与艾灸组相比临床症状积分差异无统计学意义($P>0.05$)。同一证型中医证候积分治疗前后比较,脾胃虚寒型的艾灸组治疗后中医证候积分低于针刺组与药物组($P<0.05$),肝胃不和型的针刺组中医证候积分低于艾灸组与药物组($P<0.05$)。结论 针刺、艾灸及药物治疗均能改善CAG患者的症状,针刺与艾灸治疗的远期效果更佳,且艾灸对脾胃虚寒型CAG效果更好,针刺对肝胃不和型CAG更具优势。

〔关键词〕慢性萎缩性胃炎;针刺;艾灸;脾胃虚寒型;肝胃不和型;足三里;中脘;内关

〔中图分类号〕R245 **〔文献标志码〕**B **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.09.003

Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis: A Multicenter Prospective Cohort Study

FAN Lihong^{1,2}, FANG Yuan¹, HUANG He¹, CAO Jianan¹, OUYANG Lizhi¹, LIU Mi^{1,3*}, CHANG Xiaorong^{1*}

(1. College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;
2. Changsha Social Work College, Changsha, Hunan 410000, China; 3. Liuyang City Traditional Chinese Medicine
Hospital, Liuyang, Hunan 410300, China)

〔Abstract〕 Objective To observe the clinical effect of acupuncture and moxibustion on chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods** A total of 150 patients with CAG were randomized into an acupuncture group, a moxibustion group and a drug group, with 50 cases in each group. The acupuncture group and the moxibustion group took the main points of Zusanli (ST36), Zhongwan (RN12), Neiguan (PC6). Patients with liver-stomach disharmony were treated plus Taichong (LR3) and Yanglingquan (GB34). Those with deficient cold of spleen-stomach were added Guanyuan (RN4) and Qihai (RN6). In the drug group, oral vitasin tablets were taken 4-6 tablets per time, 3 times a day. Each group was treated continuously for 8 weeks. The scores of clinical symptom and TCM syndrome score were observed in the 3 groups before treatment, after 8 weeks of treatment and 24 weeks of inclusion follow-up. **Results** After 8 weeks of treatment and 24 weeks of inclusion follow-up, the scores of clinical symptom in each were decreased compared with before treatment ($P<0.05$). After 8 weeks of treatment, pairwise comparisons of scores between each group showed no

〔收稿日期〕2020-05-11

〔基金项目〕国家重点基础研究发展计划(973计划)项目(2015CB554502);国家自然科学基金项目(81574082)。

〔作者简介〕范丽红,女,在读博士研究生,研究方向:针灸应用研究。

〔通讯作者〕*常小荣,女,教授,博士研究生导师,E-mail:rxchang1956@163.com;刘密,男,教授,博士研究生导师,E-mail:newmean9722@qq.com。

statistical significance ($P>0.05$). In 24 weeks of inclusion follow-up, the scores of clinical symptom in the acupuncture group and the moxibustion group were decreased than the drug group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no statistical significance in comparing the scores of the acupuncture group and the moxibustion group ($P>0.05$). Compared with the groups of the scores of same TCM syndrome of patients, those with deficiency cold of spleen-stomach syndrome in the moxibustion group was lower than that in the acupuncture group and the drug group ($P<0.05$). The TCM syndrome scores of patients with liver-stomach disharmony in the acupuncture group was lower than that in the moxibustion group and the drug group ($P<0.05$).

Conclusion Acupuncture, moxibustion and drug treatment can effectively improve the symptoms of CAG patients, and the long-term efficacy is much better for acupuncture and moxibustion. Moreover, moxibustion has better effects on deficiency cold of spleen-stomach syndrome of CAG patients and acupuncture shows superiority on liver-stomach disharmony syndrome of CAG patients.

[**Keywords**] chronic atrophic gastritis; acupuncture; moxibustion; deficient cold of spleen-stomach; liver-stomach disharmony; Zusanli (ST36); Zhongwan (RN12); Neiguan (PC6)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜萎缩常伴肠的上皮细胞取代或细胞不典型增生的一种常见胃部疾病^[1],我国 CAG 患病率在各个地区有所不同,高者达 44.8%,且随年龄增加,患病率不断增加,老年患者的发病率最高^[2]。已经证实多种因素可以加重胃黏膜的损伤,如幽门螺杆菌感染、不良饮食习惯、长期饮酒、吸烟及胆汁反流等。目前,临床上对于 CAG 的治疗主要是以幽门螺杆菌抑制、饮食疗法、诱因消除等对症治疗为主,但治疗效果不佳。治疗过程中疾病反复发作,治疗时间长,患者容易对治疗丧失信心,影响治疗效果^[3]。针刺与艾灸均属于两种重要的中医特色疗法,是临床治疗 CAG 的常用方法之一^[4-5]。但既往研究主要关注艾灸或针刺治疗 CAG 的病症短期疗效评价,对不同证候型 CAG 的治疗效果的比较研究甚少。故本研究引入两种不同证候型,探讨艾灸与针刺疗法在不同证候型 CAG 中的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例来源于 2016 年 9 月至 2018 年 3 月湖南中医药大学第一附属医院、浏阳市中医医院、湖南中医药大学第二附属医院、岳阳市中医医院、郴州市

第一人民医院及湖南省中医药研究院附属医院 6 个中心的患者,共纳入患者 150 例,同步进行临床研究。按照随机数字表法随机分为艾灸组、针刺组、药物组,每组各 50 例,共脱落 11 例,针刺组脱落 2 例,艾灸组脱落 5 例,药物组脱落 4 例,有效研究率为 92.67%,实际完成 139 例,针刺组 48 例,艾灸组 45 例,药物组 46 例。各组患者的病程、性别、年龄、中医症候分型等一般资料比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 所有患者均进行胃镜病理确诊,西医诊断参照《中国慢性胃炎共识意见》^[6]。中医症候分型参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009 年)》^[7]中肝胃不和证或脾胃虚寒证诊断标准。

1.2.2 纳入标准 年龄在 20~70 岁之间者;符合 CAG 西医诊断标准者;符合 CAG 中医诊断标准且证型为肝胃不和或脾胃虚寒型者;自愿参加并签署知情同意书者。同时符合以上几项才能纳入本研究。

1.2.3 排除、剔除及脱落标准 (1)排除标准:有精神疾患、意识不清或不能表达症状者;合并消化性溃疡、胃黏膜有重度异型增生或病理诊断有恶变者;合并肾、肝、脑、心等严重原发性疾病者;孕妇、哺乳期妇女及近 6 个月有妊娠要求者;正在参加其它临

表 1 各组 GAG 患者一般资料比较

组别	n	性别/例		年龄/岁			病程/年			中医证候分型/例	
		男	女	最小	最大	$\bar{x}\pm s$	最短	最长	$\bar{x}\pm s$	肝胃不和型	脾胃虚寒型
针刺组	48	17	31	29	70	48.38±2.11	0.75	11	5.17±1.33	23	25
艾灸组	45	15	30	30	69	49.41±3.93	0.83	10	5.09±2.86	22	23
药物组	46	18	28	28	74	47.08±4.00	0.67	12	5.06±3.91	23	23
χ^2 或 F 值		0.342		1.725			0.021			0.041	
P 值		0.843		0.362			0.974			0.980	

床试验者。(2)剔除标准:纳入后患者没有遵守试验方案。(3)脱落标准:中途退出;研究期间病情恶化需要紧急治疗而终止者。

1.3 治疗方法

本项研究中的治疗均由各医院熟练的针灸医生实施,各组均连续治疗8周,治疗后第16周后随访。

1.3.1 基础治疗 合并有幽门螺旋杆菌感染者,进行四联疗法基础治疗:口服阿莫西林胶囊,每次1 g,每天2次,早晚饭后使用;口服胶体果胶铋剂,每次1包,每天4次,早中晚餐前及睡前半小时;口服泮托拉唑肠溶片,每次40 mg,每天2次,早晚餐前半小时,连续治疗2周;口服克拉霉素片,每次0.5 g,每天2次,早晚各1次。3组患者中有合并幽门螺旋杆菌感染者,在四联疗法的基础上分别进行针刺、艾灸及口服维酶素片。

1.3.2 针刺组 主穴:足三里、中脘、内关;配穴:肝胃不和型配太冲、阳陵泉;脾胃虚寒型配关元、气海。操作方法参照石学敏主编的《针灸学》^[8]进行施针。常规消毒取穴部位,选用0.35 mm×40 mm的无菌针灸针(贵州安迪药械有限公司,生产许号:20170011)。针刺得气后,用电子针灸仪(Hwato/华佗牌,苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准20172270675)15 Hz连续波电流刺激30 min,隔日1次。

1.3.3 艾灸组 取穴同针刺组,选用1.7 cm×21 cm温灸纯艾条(华佗牌,湖南省医药保健品进出口公司)温和灸,艾条的燃端距穴位2~3 cm,病人自觉温热舒适为适宜高度。如患者感觉灼痛,稍微上提片刻,然后再继续灸治,每次施灸30 min,隔日1次。

1.3.4 药物组 口服维酶素片(新乡恒久远药业有限公司,0.2 g×100片/瓶),一次4~6片,一日3次。

1.4 观察指标

1.4.1 临床症状积分^[7] 从患者的胃脘痛、反酸、胃胀、嗝气、恶心、呕吐及纳差等方面进行评分,分为4个等级,依次是无、轻、中、重,赋以的分值分别是0、2、4、6分。分数越高,症状越严重。

1.4.2 中医证候积分^[9] 肝胃不和型从胃痛连及两肋、泛酸、嗝气、矢气则痛舒、喜长叹息5个主症以及胸闷、食少、大便不畅等次症进行评分;脾胃虚寒型从胃脘隐痛、喜温喜按、食后胀闷痞满、纳呆、大便稀

溏或泄泻5个主症及气短懒言、食少、口淡、泛吐清水、胃脘空腹痛甚、手足不温等次症评分。中医证候积分分为4个等级,依次是无、轻、中、重。主证赋分值分别记0、2、4、6分,次证则分别为0、1、2、3分。积分越高,症状越严重。

1.5 安全性评价

测定患者的血、便、尿常规及肝肾功能,测定体温、脉搏、血压、心电图等一般情况。

1.6 统计学分析

采用SPSS 16.0统计软件进行数据分析,计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示。组间两两比较采用单因素方差分析(One-way ANOVA),方差不齐时用Dunnnett T3法,方差齐时用LSD法; χ^2 检验用于计数资料。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组患者治疗前后临床症状积分比较

3组的临床症状积分治疗前后比较,临床症状积分均有降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前后3组患者临床症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后第16周随访,与药物组相比,针刺组与艾灸组的临床症状积分均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),针刺组与艾灸组相比,临床症状积分差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

表2 3组患者治疗前后临床症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后第16周
针刺组	48	15.60±3.23	8.24±2.06 ^A	7.06±2.45 ^{AB}
艾灸组	45	15.69±2.19	9.02±2.35 ^A	6.98±2.15 ^{AB}
药物组	46	15.73±1.28	8.40±3.17 ^A	10.89±2.31 ^A
F值		0.014	1.983	47.673
P值		0.986	0.260	0.000

注:与治疗前比较,^A $P < 0.05$;与药物组比较,^B $P < 0.05$

2.2 3组脾胃虚寒型患者中医证候积分比较

治疗前,3组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后及治疗后第16周随访,与药物组、针刺组相比,艾灸组的中医证候积分降低更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);3组的中医证候积分治疗前后比较,中医证候积分均有降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 3组脾胃虚寒型患者中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后第16周
针刺组	25	20.67±1.04	9.65±0.99 ^{Δ*}	9.78±2.36 ^{Δ*}
艾灸组	23	21.01±0.97	7.41±2.79 ^Δ	7.01±0.93 ^Δ
药物组	23	20.93±3.15	9.03±1.28 ^{Δ*}	11.69±0.58 ^{Δ*}
F值		0.169	3.876	22.444
P值		0.845	0.025	0.000

注:与治疗前比较,^Δ $P<0.05$;与艾灸组比较,^{*} $P<0.05$

2.3 3组肝胃不和型患者中医证候积分比较

治疗前,3组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后及治疗后第16周随访,与药物组、艾灸组相比,针刺组的中医证候积分降低更明显,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前后比较,3组的中医证候积分均降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表4 3组肝胃不和型患者中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后第16周
针刺组	23	18.22±2.76	6.65±3.54 ^{Δ*}	6.67±1.37 ^{Δ*}
艾灸组	22	17.89±2.81	8.71±1.41 ^Δ	8.68±2.91 ^Δ
药物组	23	18.06±1.74	8.01±2.11 ^Δ	9.04±1.47 ^Δ
F值		0.878	25.232	20.609
P值		0.421	0.000	0.000

注:与治疗前比较,^Δ $P<0.05$;与药物组比较,^{*} $P<0.05$,与艾灸组比较,^{*} $P<0.05$

2.4 安全性指标

3组患者一般检查项目均正常,治疗期间无明显不适感。药物组出现了3例轻度便秘,嘱咐患者适当运动、饮食调整后消除。

3 讨论

世界卫生组织(WHO)在1978年将CAG列为胃癌的癌前病变。在我国CAG的发病率很高,临床随访约有8%的患者发生胃癌^[10]。因此,对于CAG应给予积极的治疗。临床上无特效用药方案,多采用对症治疗,如根治幽门螺杆菌的三联疗法和四联疗法,但长期服药可能会产生不良反应,病情容易反复发作,远期效果不佳。故寻找一种更为有效的治疗方式尤为重要。临床研究CAG的治疗方法,大多数局限在比较药物与其他治疗方法短期效果差异,很少有对远期效果的比较。故本研究设定药物对照组,比较药物治疗与针刺、艾灸疗法的远期治疗效果。

中医学认为CAG属于“胃痛”“胃痞”“嘈杂”“胃脘”等范畴。中医治疗疾病强调“辨证论治”,此“证”即“证候”,在指导临床治疗方面起到重要的作用^[11]。CAG证候分型多,但研究显示肝胃不和型与脾胃虚寒型CAG在临床上较为常见^[12]。故本研究引入肝胃不和型与脾胃虚寒型两种证候型,比较艾灸和针刺疗法治疗两种常见证候CAG患者的疗效差异,探讨两种不同证型的最佳治疗方案。

针灸是临床常用的中医外治法,对CAG有较好的治疗效果^[13]。本研究结果也显示,采用针刺、艾灸及药物均能减轻患者的症状,且针刺组及艾灸组远期治疗效果更好。研究中选用足三里、中脘、内关为针灸主穴。足三里是治疗消化系统疾病的主要穴位,刺激足三里有健运脾胃、活血通络的效果;刺激中脘可以理气止痛、增补中气、消积化滞;刺激内关沟通三焦,可以理气降逆、宁心安神。肝胃不和证配太冲、阳陵泉穴,太冲视为人体的出气筒,配合阳陵泉能增强疏肝理气的作用;脾胃虚寒型配关元、气海穴,两穴与人体元气密切相关,灸此二穴可固本补虚、温阳益气。针刺、艾灸如上穴位可活血行气,改善机体微循环,调节机体免疫功能,修复受损胃黏膜,达到理想的治疗作用^[14],而单纯药物治疗主要是对症治疗,控制症状,没有从机体的整体性出发,远期疗效不理想。针灸在治疗疾病时以中医理论为基础,讲究标本兼顾,是效果优于药物治疗之根本。

本研究显示,艾灸治疗脾胃虚寒型CAG的远期疗效优于针刺组与药物组,针刺组治疗肝胃不和型CAG优于艾灸组与药物组。脾胃虚寒型主要是各种原因损伤机体阳气,脾胃失去温煦,脾胃虚弱。在临床治疗时以温中健脾、温中散寒、和胃止痛为主^[15]。赵育仁^[16]、王丽华^[17]等以健脾养胃、散寒除湿及理气止痛为法,分别采用加味香砂六君子汤、调气温中方治疗脾胃虚寒型CAG,有效缓解患者的临床症状。艾灸的温热结合艾叶的药理特性刺激相应的穴位,能温通经脉,温经散寒,这可能是艾灸疗法对脾胃虚寒型有更好治疗效果的原因。肝胃不和型患者主要是由情志不畅引起肝失疏泄,气机升降失衡。脾气主升,胃气主降,临床治疗应以疏肝理气、调和脾胃升

降为主^[18]。柯堂玲^[19]、袁志国^[20]等治疗肝胃不和型 CAG,利用药物的疏肝和胃、理气止痛作用,取得满意的疗效。而针刺疗法最大的特色功效就是通行经脉、调节气血。本研究在治疗 CAG 的不同证候型时,艾灸疗法温通经脉,更适合于脾胃虚寒型患者,而针刺调气和营卫,更适合于肝胃不和型患者。可见,针刺与艾灸作用于不同证型,各有其优势。

综上所述,针刺与艾灸疗法治疗 CAG 的疗效确切,且针刺疗法在肝胃不和型 CAG 优于艾灸疗法,艾灸疗法在脾胃虚寒型 CAG 优于针刺疗法。临床治疗 CAG 应辨证论治,根据患者的中医证候分型选择治疗方案。本次研究各组中两种证型研究例数偏少,故可增加证候分型样本量进行更长时间随访的临床研究。

参考文献

- [1] YIFEI LI,RAN XIA, BO ZHANG, et al. Chronic atrophic gastritis: a review[J]. Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology, 2018, 37(3): 241-259.
- [2] 王亚杰,国嵩,杨洋,等.慢性萎缩性胃炎的流行病学及其危险因素分析[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(11):874-878.
- [3] 刘茂霞,王苏,郑紫丹,等.四联疗法基础上加用益生菌治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎伴焦虑抑郁的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2019,19(10):1224-1226,1229.
- [4] 李琪,吴梦蝶,吴焕淦,等.针灸治疗慢性萎缩性胃炎临床随机对照试验研究综述[J].世界科学技术(中医药现代化),2019,21(8):1563-1572.
- [5] 张菊,张赛,于进,等.针灸治疗慢性萎缩性胃炎疗效对比观察分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(4):163-163,197.
- [6] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-36.
- [7] 张声生,李乾构,唐旭东,等.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.
- [8] 石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2002:208-210.
- [9] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-128.
- [10] 王萍.慢性萎缩性胃炎中医证治规律探讨及临床疗效评价研究[D].北京:中国中医科学院,2008.
- [11] 吕爱平.中医证候研究:从疾病证候分类到临床疗效评价和组合药物研发[J].中国中西医结合杂志,2015,35(8):942-945.
- [12] 曹志军,左明焕.慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜改变以及病理改变的关联性[J].世界中医药,2018,13(8):2040-2043.
- [13] 付佳音,高楠.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].湖南中医杂志,2019,35(5):166-168.
- [14] 张玉红,马玲.针刺结合资生汤加减治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].世界中医药,2017,12(11):2760-2763.
- [15] 雷江,邓海珊,徐凤宜.针刺结合艾灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床观察[J].中医临床研究,2019,11(6):98-100.
- [16] 赵育仁.加味香砂六君子汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(23):65-66.
- [17] 王丽华.调气温中方治疗慢性萎缩性胃炎(脾胃虚寒型)临床观察[D].太原:山西医科大学,2016.
- [18] 王丽园,段永强,刘玲.王道坤教授运用疏肝和胃汤治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎经验[J].中医研究,2019,32(11):36-39.
- [19] 柯堂玲,单兆伟.辨证治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变患者 78 例[J].上海中医药大学学报,2005,19(4):18-20.
- [20] 袁志国.中医辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎[J].中国现代药物应用,2008,14(2):99-100.

(本文编辑 匡静之)