

凡见舌红少苔者，均入养阴理气之品，每获良效，吾辈当在临证中细细体会。

参考文献：

- [1]朱峰.阴虚胃痛颗粒联合三联疗法治疗阴虚型慢性胃炎的疗效研究[J].中国医药指南,2019,17(30):221.
- [2]段剑飞,李硕熙,袁星星,等.参麦养阴化癥汤对慢性萎缩性胃炎临床疗效及对血清氧化应激指标的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2017,24(10):759.
- [3]蒋丽.养阴和胃化癥汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[D].武汉:湖北中医药大学,2016.
- [4]黎健,张慧芹,徐永兴,等.养阴和胃化癥汤治疗慢性萎缩性胃炎的临

床探讨[J].系统医学,2018,3(3):122-123,126.

[5]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:186.

[6]彭小利,杨国红.慢性萎缩性胃炎中医药临床研究进展[J].中医临床研究,2017,9(10):140-142.

作者简介：

徐丹（1986—），硕士研究生，主治医师，师从全国基层名老中医专家高红勤主任。

高红勤（1959—），通讯作者，主任中医师，擅长中西医结合治疗内科疾病，尤其是心血管疾病。

编辑：张志菊 编号：EA-4200330296（修回：2021-01-13）

基于患肌理论运用浮针配合再灌注活动治疗

慢性胃炎 41 例回顾性分析

A retrospective study on treating 41 cases of chronic gastritis by floating needle plus reperfusion activity based on the affected muscle theory

路志术¹ 李桂凤² 王文涛³ 吴锦萍^{1*} 符仲华⁴（指导老师）

(1. 武汉市武昌区惠民医院，湖北 武汉，430060; 2. 上海交通大学附属瑞金医院卢湾分院，上海，200020;

3. 南京中医药大学浮针研究所，江苏 南京，210023; 4. 北京中医药大学浮针研究所，北京，100029)

中图分类号：R573.3 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2021）02-0047-05 证型：IDBG

【摘要】目的：评价浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎的临床疗效，从而为浮针治疗慢性胃炎提供临床依据。方法：回顾性分析运用浮针在患肌周围扫散配合再灌注活动进行治疗的 41 例慢性胃炎患者，并评价其疗效。结果：41 例患者，临床治愈 5 例，显效 18 例，有效 12 例，无效 6 例，有效率为 85.4%（35/41）。其中非萎缩性胃炎 31 例，有效 26 例，有效率为 83.9%（26/31）；萎缩性胃炎 10 例，有效 9 例，有效率为 90%（9/10）。35 例有效病例中，首次治疗有效率为 82.8%（21/35）。结论：浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎安全有效，首次治疗后的效果对判断预期疗效具有重要意义，且其疗效与患者血液环境与营养状况相关。

【关键词】患肌理论；浮针疗法；再灌注活动；慢性胃炎；回顾性分析

【Abstract】Objective: The clinical efficacy of floating needle plus reperfusion activity on chronic gastritis was evaluated, in order to provide clinical basis for floating needle on chronic gastritis. Methods: 41 cases were treated by floating needles around the affected muscle plus reperfusion activities, and were retrospectively analyzed. Results: Among the 41 patients, 5 cases were clinically cured, 18 cases were obviously effective, 12 cases were effective, and 6 cases were invalid. The effective rate was 85.4%. Among 31 cases of non-atrophic gastritis, 26 cases were effective, and the effective was 83.9%. Among 10 cases of atrophic gastritis, 9 cases were effective, and the effective was 90%. Among 35 effective cases, therapeutically effective was 82.8% for the first time. Conclusion: Treating chronic gastritis by floating needle plus reperfusion activity was safe and effective. The effect after the first treatment was of great significance to the judgment of the expected curative effect, and its curative effect was related to the patient's blood environment and nutritional status.

【Keywords】Muscle theory; Floating needle therapy; Reperfusion activities; Chronic gastritis; Retrospective research

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2021.02.016

慢性胃炎是临床常见消化系统疾病，是由多种病因诱发的胃黏膜的慢性炎性反应性疾病，根据内镜及病理检查分为非萎缩性胃炎（浅表性胃炎）和萎缩性胃炎^[1]。中医药治疗慢性胃炎方面已经显示其优势^[2]，且中医非药物外治法亦显示良好的疗效^[3-4]。浮针疗法适应证涵盖临床十一个系统疾病^[5]，特别是患肌理论的成熟，指导浮针在非疼痛性疾病及

内科病症中显示出其安全、速效的特点^[6]，但浮针治疗慢性胃炎尚缺乏相关研究，深入分析浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎的疗效，对于提高浮针疗法治疗慢性胃炎的疗效水平及优化本病治疗方案尤为重要。现将近年来在患肌理论指导下，运用浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎的 41 例病例进行回顾分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以南京浮针研究所于2015年1月—2018年4月治疗的慢性胃炎临床病例资料为研究对象,共41例,所有患者均经二甲以上医院完善检查,符合慢性胃炎诊断标准,其中慢性非萎缩性胃炎31例,慢性萎缩性胃炎10例,有胃镜及病理学资料可查。其中,男性15例,女性26例;年龄26~70岁,平均 (47.80 ± 9.03) 岁;病程3个月~7年,平均 (33.25 ± 27.05) 个月;治疗次数3~27次,平均 (9.85 ± 27.1) 次;治疗周期2周~7个月,平均 (2.02 ± 1.91) 个月;于2015年12月—2019年7月对患者进行电话或门诊随访,最短随访周期6个月,最长32个月,平均 (10.12 ± 11.63) 个月。

1.2 诊断标准

参考《慢性胃炎诊疗指南》^[1]制定,慢性萎缩性胃炎:具备症状与体征之①②和(或)同时具备以下其他症状体征,并符合慢性萎缩性胃炎胃镜表现;浅表性胃炎:具备症状与体征之①②和(或)同时具备以下其他症状体征,并符合浅表性胃炎胃镜表现。

1.2.1 症状与体征

①胃肠道的消化不良症状,如食欲减退、嗝气、反酸、恶心等;②上腹部饱胀、无规律的隐痛、胃灼热感、进食后上腹部不适加重等;③伴有乏力及体质量减轻等全身症状;④大便潜血呈阳性,或有呕血和黑便;⑤体征:上腹部轻度压痛或按之不适感。

1.2.2 电子胃镜检查

浅表性胃炎(非萎缩性胃炎)胃镜:①充血性红斑:呈斑片状、斑点状或条状,斑点状充血黏膜与正常黏膜相同出现最为常见,如麻疹患儿的皮肤,内镜描述为红白相间;②黏膜水肿:黏膜肿胀,柔软而湿润,支光度增强,黏膜皱襞增厚,胃小凹结构明显,水肿黏膜较正常苍白;③附着性黏液:附着性黏液由破坏的黏膜组织、炎性渗出物和黏液组成,附着在黏膜上不易剥脱、脱落后黏膜表面常发红或有糜烂;④糜烂和出血:黏膜外的出血如渗血常伴有糜烂,黏膜内的出血可分为陈旧出血和新鲜出血,出血是炎症较重的表现。

萎缩性胃炎胃镜:①黏膜颜色改变:多呈灰、灰白或灰黄色,同一部位深浅可不一致,境界常不清,范围或大或小,萎缩范围内也可能残留红色小斑;②黏膜下血管显露:轻者为暗红色的细小血管网,重者可见蓝色的树枝状的大血管;③黏膜皱襞细小或消失;④增生或肠腺化生:黏膜粗糙或呈颗粒状或结节状改变,黏膜下血管显露特征可被掩盖。病理活检提示有固有腺体萎缩。电子胃镜检查及病理活检为主要诊断依据。

1.3 治疗方法

操作参照《浮针医学纲要》中的操作方法^[7]。

1.3.1 确定患肌

患肌是指在运动中枢正常情况下,人体自然放松状态下,目标肌肉的全部或部分处于紧张状态,该肌肉就叫患肌。患肌上存在着一个或者多个肌筋膜触发点(Myofascial Trigger Points, MTrP),患肌的定位与寻找,根据病痛所在部位组织

与邻近肌肉的关系以及功能评估初步确定嫌疑患肌范围,对目标范围内嫌疑肌触摸时医生指腹有紧僵硬滑的感觉则是患肌。慢性胃炎常伴腰背部和腹部肌肉的紧张性改变,需要在相关部位触诊寻找患肌,常出现的患肌包括腹直肌、腹斜肌、膈肌、竖脊肌等。检查时让患者取卧位充分自然放松,医者指下触诊感多为局部肌肉紧张、条索、结节状。

1.3.2 选择进针点

根据患者病情和患肌情况以及再灌注活动的需要选取适合的体位,腹部患肌选择仰卧位或侧卧位,背部患肌选择俯卧位或侧卧位。在距离患肌边缘的上、下、左、右5~8 cm的范围内选定进针点,尽可能避开血管、瘢痕、结节等。

1.3.3 针刺与扫散操作手法

患者取卧位,进针处常规消毒,使用南京派福医学科技有限公司生产的M规格的一次性浮针,针尖指向患肌,使用进针器快速使针尖刺入皮下浅筋膜层,深度在25~35 mm,再将针尖略上翘使针体沿皮下推进运针,扫散前将针尖退回软管并锁定,以进针点为支点,用拇、食、中无名指握住针座做约30°的持续扇形扫散活动,频率为每分钟50次,尽可能避免患者出现酸、胀、麻、痛等感觉。

1.3.4 再灌注活动

再灌注活动是浮针治疗的重要环节和取得疗效的要点^[8],在浮针扫散的同时,根据目标患肌的功能设计再灌注活动动作,如弯腰/直腰、伸髋/屈髋等主动或被动的活动相关关节或肌肉的动作,且医者常在患者主动收缩患肌施加等力阻抗。每次再灌注活动持续10 s,然后让患者放松1 min,医者再进行下一个边扫散边进行再灌注活动的周期,以患肌局部结节、条索、紧张感改善或消失为度,对同一块患肌的同一个再灌注活动,重复2~3次即可。

慢性胃炎常见患肌的再灌注活动操作:①腹直肌:患者仰卧位,直腿屈髋抬高,医者在抬高约30°时予以抗阻10 s后放松;②腹外(内)斜肌:患者仰卧位,嘱患者双手抱头,躯干斜向对(同)侧前屈45°,抗引力约10 s后放松;或侧卧位,嘱患者双手抱头,躯干和双下肢同时向同侧上抬,抗引力约10 s后放松;③膈肌:仰卧位,嘱患者深吸气后挺腹,医者将手掌置于上腹部予以抗阻10 s后放松;④竖脊肌:患者俯卧位,嘱患者伸直同侧下肢并后伸髋关节,医者予以抗阻10 s后放松。

治疗操作完毕后将针芯取出,以一次性无菌敷料将留置软管固定于皮肤,留管4~6 h,患者自行拔出并按压3 min。

1.4 观察指标

1.4.1 主要症状与胃镜、病理检查

于治疗前、首次治疗后、治疗结束后随访评价食欲减退、嗝气、反酸、恶心及上腹部饱胀、疼痛不适等主要症状、体征;分析治疗前后胃镜与病理检查结果。

1.4.2 中医症状积分

中医症状积分标准依据文献^[9]制定。观察治疗前、首次治疗后及治疗结束后随访胃脘或胁肋胀满、胃痛、嗝气反酸、恶心呕吐、食欲减退等症,并根据中医症状积分标准进行量化评分:按无、轻、中、重分别记0、2、4、6分,见表1。

表 1 慢性胃炎中医症状积分表

临床表现	0 分	2 分	4 分	6 分
胃脘或胁肋胀满	无	轻微胀痛, 时作时止, 不影响工作和休息	胃胀可忍, 发作频繁, 影响工作和休息	胃胀难忍, 持续不止, 常需要服药缓解
胃痛	无	轻微胃痛, 时作时止, 不影响工作和休息	胃痛可忍, 发作频繁, 影响工作和休息	胃痛难忍, 持续不止, 常需要服药缓解
嗳气反酸	无	偶有嗳气吞酸	时有嗳气吞酸	频繁嗳气反酸
恶心呕吐	无	偶有恶心	时有恶心、偶有呕吐	频频恶心、有时呕吐
食欲减退	无	食量减少 1/2	食量减少 1/3	食量减少 1/2

1.4.3 安全性观察

观察治疗中和治疗后是否产生晕针及皮肤是否出现皮下出血、青紫等不良反应。

1.5 疗效标准

参照《中药新药临床应用指导原则》^[9]和《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》^[10]制定, 疗效评定指标以中医症状积分为依据, 疗效指数按照尼莫地平法计算。疗效指数 (%) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%, 且有胃镜复查证实黏膜慢性炎症明显好转, 病理检查证实腺体萎缩, 肠上皮化生和异型增生正常或消失; 显效: 主要症状、体征明显改善; 疗效指数 ≥ 70%; 有效: 主要症状、体征明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用 χ^2 检验。P < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎的总体疗效

41 例患者, 有 8 例进行了胃镜和病理检查复查, 临床治愈 5 例, 显效 18 例, 有效 12 例, 无效 6 例, 临床治愈率为 12.2%, 有效率为 85.4%。萎缩性胃炎病例治疗前后胃镜与病理检查结果见图 1 ~ 图 3。

图 1 为治疗前, 报告示: “胃窦” 黏膜中度萎缩性炎, 有活动, 中度肠上皮化生, 局部上皮内瘤变 (中度异型增生)。

图 2、图 3 为治疗后, 报告中各标本示: ①胃窦部大弯侧: 窦型黏膜, 可见黏膜全层, 慢性浅表性炎, 轻度。肠上皮化生: 轻度。②胃窦部小弯侧: 窦型黏膜, 可见黏膜全层, 慢性浅表性炎, 轻度。局灶肠上皮化生。③胃角: 窦型黏膜, 可见

黏膜全层, 慢性浅表性炎, 轻度。肠上皮化生: 轻度。④幽门口: 窦型黏膜, 可见黏膜全层, 慢性浅表性炎, 轻度。肠上皮化生: 轻度。

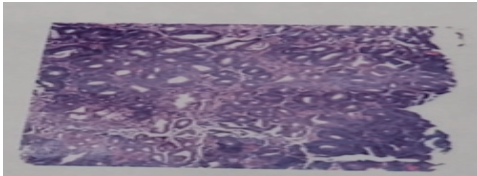


图 1 治疗前



图 2 治疗后

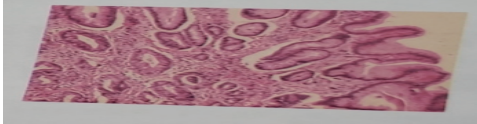


图 3 治疗后

2.2 中医症状积分
见表 2。

表 2 慢性胃炎患者治疗前后中医症状积分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数	胃脘或胁肋胀满	胃痛	嗳气反酸	恶心呕吐	食欲减退
治疗前	41	5.53 ± 2.09	5.31 ± 1.97	4.63 ± 1.38	3.89 ± 1.31	4.93 ± 1.29
首诊治疗后	41	2.81 ± 1.22*	2.93 ± 0.92*	2.48 ± 1.03*	2.57 ± 1.29*	2.78 ± 0.65*
治疗结束后随访	41	1.81 ± 1.29*	1.92 ± 1.09*	1.29 ± 0.43*	1.41 ± 0.61*	1.22 ± 0.52*

注: 与治疗前比较, *P < 0.01。

2.3 浮针配合再灌注活动治疗不同类型慢性胃炎的疗效

非萎缩性胃炎总有效率为 83.9%, 萎缩性胃炎总有效率为 90%, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.0014, P > 0.05$), 见表 3。

2.4 浮针配合再灌注活动治疗不同病程慢性胃炎的疗效

病程 3 年以下有效率为 82.6%, 病程 3 年以上者有效率为 88.9%, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.0143, P > 0.05$), 见表 4。

表 3 浮针配合再灌注活动治疗不同类型慢性胃炎患者的疗效

类型	例数	临床治愈 / 例	显效 / 例	有效 / 例	无效 / 例	总有效率
非萎缩性	31	1	15	10	5	83.9%
萎缩性	10	4	3	2	1	90.0%
合计	41	5	18	12	6	85.4%

表4 浮针配合再灌注活动治疗不同病程慢性胃炎的疗效

病程	例数	有效 / 例	无效 / 例	总有效率
3 年以下	23	19	4	82.6%
3 年以上	18	16	2	88.9%
合计	41	35	6	85.4%

2.5 浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎首次治疗后主要症状疗效

有效病例中首诊后在二诊时反馈主要症状有效率为 88.2% (以是否到达疗效判断标准中“有效”为标准); 无效病例首诊后在二诊时反馈主要症状有效率为 33.3%, 差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.931$, $P < 0.05$), 见表 5。

表5 浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎有效与无效病例首诊后主要症状疗效

疗效分类	例数	首诊后有效 / 例	首诊后无效 / 例	首诊有效率
有效	35	29	6	82.8%
无效	6	2	4	33.3%
合计	41	31	10	75.6%

2.6 浮针配合再灌注活动治疗慢性胃炎无效病例的原因分析

41 例研究病例, 临床治愈率为 12.2%, 总有效率为 85.4%, 无效病例共 6 例。分析可能影响到浮针配合再灌注活动疗法对本病临床治疗效果的相关因素为患者血液环境不良^[7]: 2 例无效病例, 首诊后及治疗 3 次无效, 患者伴有贫血; 1 例无效病例首诊后无效, 患者伴有风湿性疾病; 1 例无效病例, 首诊后及继续治疗 8 次无效, 患者血沉升高; 1 例无效患者, 首次治疗后虽有效, 但后续治疗无效, 患者伴有营养不良; 1 例无效病例首诊无效, 原因不明。

2.7 安全性分析

41 例患者无晕针及其他严重不良反应, 出现 3 例局部少量皮下出血, 数天后自行消退。

3 讨论

慢性胃炎系指多种不同病因所引起的胃黏膜的慢性炎症性病变, 与幽门螺杆菌感染、胆汁与十二指肠液反流、自身免疫、药物及饮食等因素等相关, 其发病机制尚不完全明确。中医根据主要症状诊断为“胃脘痛”“反酸”“嘈杂”等病, 病位在胃, 与肝、脾密切相关, 胃降则和, 滞则病^[11], 其主要相关发病因素有脾胃虚弱、饮食、情志、药物、外邪侵袭等, 以上因素导致脾胃升降失和, 运化失司, 气滞血瘀、寒凝湿阻等。而胃痛、脘胀、腹满、反酸等症, 脾虚、气滞是本病的基本病机, 在胃黏膜萎缩发生发展乃至恶变的过程中血瘀是重要病机。本病严重影响患者生活质量, 而伴肠上皮化生、上皮内瘤变的慢性萎缩性胃炎者发生胃癌的风险增加。目前西医对本病采取针对病因治疗如根除幽门螺杆菌感染、抗胆汁反流、对症治疗及保护胃黏膜治疗等^[12], 中医药治疗慢性胃炎因其方法多样, 能有效缓解临床症状, 标本兼治, 而显示其独特优势^[13]。

针刺疗法可以通过提高机体免疫功能、增加胃部血流量、提高胃动力、改善炎症反应以及调节中枢神经通路、胃肠激素、胃酸分泌、调控相关细胞因子和调控细胞增殖凋亡等途径对本病产生治疗作用^[14]。浮针医学在分析和研究病痛的发生发展以及指导疾病的诊断、治疗和预防中, 患肌理论贯穿

始终, 根据疾病发生发展及症状与肌肉的关系分为肌肉前病痛、肌肉病痛、肌肉后病痛, 而病症的发生发展是否与患肌相关, 也是指导临床选择浮针疗法适应症的重要原则。浮针医学认为本病属肌肉病痛, 本病之病变器官为胃, 其主要为平滑肌组织, 其邻近肌肉组织腹直肌、膈肌、腹斜肌等在前述各种致病因素的作用下, 在病理过程中出现血瘀, 存在病理性紧张患肌直接刺激胃部, 或通过影响其周围血管、神经而进一步影响胃血液循环和功能, 对其病变产生影响, 导致慢性胃炎相关症状和体征的出现, 消除这些病理性紧张的患肌, 改善胃及其周围肌肉组织的血液循环, 使其升降有常、瘀祛新生、机能恢复, 是在患肌理论指导下运用浮针疗法治疗本病的原则和目标。

本研究显示, 有效病例中首诊后在二诊时反馈主要症状有效率较高, 慢性胃炎对浮针疗法疗效反馈快。浮针治疗临床上采用严苛的标准检验临床疗效与浮针操作之间的相关性, 以排除时间因素和不可抗因素对疗效的干扰, 这一标准以浮针治疗后是否当场取效, 或部分当场无法对比的病症经首次治疗后最短可重现症状的可对比单位时间内是否显示出疗效来判断浮针的疗效, 同时浮针临床通过首次治疗是否有效这个金标准, 来预测疾病的中、远期疗效, 以发挥诊断和鉴别诊断作用, 从而为进一步完善检查, 重新审视诊断及影响疗效的因素, 重新调整制定诊疗方案等及时提供思路。这一严苛的标准, 在本研究中被进一步证实, 体现了其临床指导价值。

本研究中无效率为 14.6%。肌肉组织的血液供应非常丰富, 正常的血液供应是患肌从病理状态恢复到生理状态的关键基础, 浮针医学创始人符仲华^[7]认为: 血环境不良如贫血、高尿酸血症、血沉升高、高血糖、甲状腺功能异常、维生素等营养物质缺乏, 血液风湿免疫及急慢性炎症等指标异常都会影响浮针疗法及其他非药物外治疗法的疗效。基于患肌理论, 浮针扫散与再灌注活动时缺血的组织血液供应和微循环迅速改善, 但是如果血液质量不佳, 则无法发挥血液对组织的修复与滋养作用, 从而严重影响临床疗效, 这一观念在本研究中进一步得到验证。故临床上, 血液环境不良病患在制定治疗方案时, 需要同时兼顾影响疗效基础疾病、调整血液环境, 从而提高临床疗效。

本研究不同类型慢性胃炎患者共 41 例, 在患肌理论指导下, 单纯使用浮针配合再灌注活动治疗, 随访周期半年以上, 不同病程的慢性胃炎均有较好疗效, 在慢性胃炎的临床治疗和诊断和鉴别诊断中具备较高的参考价值, 为慢性胃炎的无效病例及时分析原因、调整方案提供思路, 为进一步研究浮针配合再灌注活动疗法等中医外治疗法对慢性胃炎的发病机制, 作用机制提供参考。本回顾性研究样本量较小, 缺乏化学指标, 应采用随机对照、多中心、大样本的方法进行更加深入研究, 加强浮针疗法对慢性胃炎作用机制的探索, 在疗效评价体系, 加入胃蛋白酶原、五肽胃泌素、血清胃泌素、血清胃泌素细胞抗体等指标, 为探索浮针配合再灌注活动疗法对慢性胃炎的临床疗效和作用机理提供新的思路。

参考文献:

- [1]唐旭东,李振华,李保双,等.慢性胃炎诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(10):123-125.
- [2]杨维维,周晓虹.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].世界科学

技术-中医药现代化,2014,16(10):2166-2169.

[3]陈果,薛智慧,向娟,等.穴位埋线疗法治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J].中国针灸,2015,35(S1):97-101.

[4]叶莉,张锦超,邹雄峰,等.慢性胃炎中医外治法治疗进展[J].广西中医药,2018,41(4):76-79.

[5]贾文,雒琳,何丽云,等.浮针疗法临床适宜病种的系统整理与分析[J].中国针灸,2019,39(1):111-114.

[6]路志术,符仲华,郑艳玲,等.从“患肌理论”分析符仲华治疗非疼痛性杂病的思维和方法[J].中医药临床杂志,2019,31(2):254-257.

[7]符仲华.浮针医学纲要[M].北京:人民卫生出版社,2016:138-169,183-185.

[8]符仲华.再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J].中国针灸,2015,35(S1):68-71.

[9]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:124-129.

[10]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.

[11]唐旭东.董建华通降论学术思想整理[J].北京中医药大学学报,1995,

18(2):45-48.

[12]魏晓茹,李志钢.慢性萎缩性胃炎伴异型增生的研究进展[J].新疆中医药,2015,33(6):93-96.

[13]李琼,刘晏,吴坚炯.慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J].中医学报,2013,28(1):114-116.

[14]李知行,张海华,王丹萍,等.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制研究进展[J].中国针灸,2016,36(10):1117-1120.

基金项目:

武汉市卫健局中医药科研项目(WZ19C15);武汉市武昌名师工作室建设项目(武昌招才办(2017)1号)。

作者简介:

路志术(1982—),副主任中医师,主要从事中医内科、浮针临床工作,研究方向为中医内科、浮针医学。

吴锦萍,通讯作者,女,医学硕士,主要从事针灸临床工作,研究方向为针灸学。

编辑:张志菊 编号:EA-4191105034(修回:2021-01-15)

慢性萎缩性胃炎患者治疗中化痰消瘀方的临床疗效研究

The efficacy of dissipating phlegm and eliminating blood stasis prescription on chronic constrictive gastritis

陆林 张伟

(长春市中心医院,吉林 长春,130051)

中图分类号:R573.3 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2021)02-0051-03 证型:IDBG

【摘要】目的:分析慢性萎缩性胃炎患者治疗中化痰消瘀方的应用效果。方法:选取在我院确诊并接受治疗的慢性萎缩性胃炎患者50例为观察对象,参照治疗方案做分组,其中25例采用常规西药治疗,另外25例采用化痰消瘀方治疗,对比不同方案的应用效果。结果:治疗之前所有患者的胃黏膜组织病理评分均超过2分,在治疗后均呈现出下降表现,但对比之下观察组平均下降水平更为显著;治疗之前两组患者的脂质过氧化损伤情况并无明显差异,经由不同方案的治疗均有所改善,但对比之下观察组患者的丙二醛(Malondialdehyde,MDA)与超氧化物歧化酶(Superoxide Dismutase,SOD)及谷胱甘肽过氧化物酶(Glutathione Peroxidase,GSH-Px)指标的改善情况更为显著,趋于健康水平,不同组别患者治疗后脂质过氧化损伤情况对比差异显著;不同组别患者均存在一部分患者发生药物不良反应情况,具体包括头晕与恶心及呕吐,对比直线,观察组患者药物相关不良反应发生率要明显低于对照组。观察组总有效率高于对照组,不同组别患者之间胃镜复查结果对比差异显著。结论:治疗慢性萎缩性胃炎以药物治疗为主,除以往常规胃黏膜保护剂等西药之外,中医疗法也同样能够发挥出显著成效,而化痰消瘀方的应用对于提升疗效及治疗安全性均具有重要意义。

【关键词】慢性萎缩性胃炎;化痰消瘀;中医疗法

【Abstract】Objective: To analyze the application effect of dissipating phlegm and eliminating blood stasis prescription on chronic tuber contractive gastritis. Methods: 50 cases were selected as observation objects, and divided into the control group and observation group according to the treatment plan. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was treated with dissipating phlegm and eliminating blood stasis prescription. Results: Before treatment, the histopathological scores of gastric mucosa in patients were more than 2 points. After treatment, the histopathological scores were decreased, and the decrease in the observation group was more significant. After treatment, lipid peroxidation injury in groups in groups were improved, MDA, SOD and GSH-Px in the observation group is more significant, and tends to be healthy, with a significant difference. Adverse drug reactions (including dizziness, nausea and vomiting) were found in two groups, that in the control group was significantly higher than the observation group.