

● 针推医学 ●

引用:胡霞,董明灿,漆文杰,肖侃,黄鹤,甘爱萍.三伏贴治疗不同证型胃脘痛的临床观察[J].湖南中医杂志,2021,37(4):67-69.

三伏贴治疗不同证型胃脘痛的临床观察

胡霞¹,董明灿¹,漆文杰¹,肖侃¹,黄鹤²,甘爱萍²

(1. 湖北中医药大学,湖北 武汉,430065;2. 湖北省中医院,湖北 武汉,430061)

[摘要] 目的:观察三伏贴治疗不同证型胃脘痛的临床疗效。方法:将胃脘痛患者179例分为脾胃虚寒型组(60例)、脾虚湿蕴型组(65例)及脾胃虚弱型组(54例),分别予以健脾温胃暖肠贴、健脾和胃化湿贴和健脾益胃固元贴穴位敷贴治疗,并在初伏、中伏、末伏各予以穴位敷贴1次。比较3组初伏、中伏治疗后的中医证候疗效、中医证候积分及不良反应。结果:总有效率脾胃虚寒型组初伏为73.3%(44/60),中伏为76.7%(46/60);脾虚湿蕴型组初伏为52.3%(34/65),中伏为55.4%(36/65);脾胃虚弱型组初伏为50.0%(27/54),中伏为53.7%(29/54),初伏和中伏治疗后中医证候疗效脾胃虚寒型组均优于脾虚湿蕴型组、脾胃虚弱型组($P<0.05$),脾虚湿蕴型组与脾胃虚弱型组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。初伏、中伏治疗后3组中医证候积分均较治疗前有所降低,差异均有统计学意义($P<0.01$)。贴敷过程中,共15例患者出现皮肤水泡,未发现严重不良反应事件。结论:三伏贴治疗不同证型胃脘痛临床疗效确切,其中对于脾胃虚寒型患者的疗效明显优于脾虚湿蕴型、脾胃虚弱型患者。

[关键词] 胃脘痛;脾胃虚寒型;脾虚湿蕴型;脾胃虚弱型;三伏贴

[中图分类号] R256.33, R244.9 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.024

胃脘痛是中医学病名,临床中多种上消化道疾病如慢性胃炎、消化性溃疡、胃食管反流病、功能性消化不良、胃癌等均可出现胃脘痛的症状^[1]。胃脘痛病程缠绵难愈,易反复发作,西医治疗效果不佳^[2],甚至影响患者的生活和工作。冬病夏治穴位敷贴疗法是于三伏天在人体特定穴位上敷贴药物,用以治疗和预防疾病的一种外治疗法^[3]。其具有疗效确切、方法简便、安全无痛、费用低廉等优点,因此在临床上得到广泛使用。湖北省中医院脾胃病科根据中医辨证采用三伏贴治疗不同证型的胃脘痛患者,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年7~8月在湖北省中医院脾胃病科进行三伏贴治疗的胃脘痛患者179例,将其分为脾胃虚寒型组、脾虚湿蕴型组、脾胃虚弱型组。脾胃虚寒型组60例中,男20例,女40例;平均年龄(47.10 ± 12.69)岁;平均病程(6.03 ± 6.68)年。脾虚湿蕴型65例中,男17例,女48例;平均年龄(46.38 ± 13.14)岁;平均病程(4.63 ± 6.33)年。脾胃虚弱型54例中,男14例,女40例;

平均年龄(45.61 ± 14.14)岁;平均病程(4.52 ± 3.56)年。3组不同证型患者性别、年龄、病程、治疗前症状分级评分等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 中医辨证标准 符合《胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)》^[1]及《中医病证诊断疗效标准》^[4]中的中医辨证标准。1)脾胃虚寒证。主症:脘腹冷痛,痛势绵绵,喜热喜按,遇寒加重,得温痛减,空腹尤甚,得食则缓;次症:神疲乏力,畏寒肢冷,饮食减少,大便溏薄,面色㿔白;舌脉:舌淡胖或有齿痕、苔白,脉沉细或沉迟无力。2)脾虚湿蕴证。主症:脘腹痞满,胀痛,得温稍减;次症:纳差,泛恶欲呕,身重乏力,大便溏滞,面色晦滞;舌脉:舌胖大或有齿痕、苔白腻,脉濡缓。3)脾胃虚弱证。主症:胃脘嘈杂,隐痛,食后胀甚;次症:食少纳呆,倦怠乏力,形体消瘦,大便稀溏,面色萎黄;舌脉:舌淡或有齿痕、苔白,脉细弱。

1.3 纳入标准 1)符合上述中医辨证标准;2)1周内未服用相关消化系统疾病的药物。3)自愿参加,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有严重心脑血管、肝、肾等器质疾病;2)妊娠期、哺乳期及生理期妇女;3)对本研究所用药物或胶带严重过敏;4)皮肤有破损或瘢痕体质;5)病例资料不全。

2 治疗方法

选取湖北省中医院国家级名老中医甘爱萍教授的经验方,包括敷贴Ⅰ号方(健脾温胃暖肠贴)、敷贴Ⅱ号方(健脾和胃化湿贴)和敷贴Ⅲ号方(健脾益胃固元贴)3个组方。参照《针灸技术操作规范第9部分:穴位敷贴》^[5]进行选穴。1)选穴。敷贴Ⅰ号方:足三里(双侧)、脾俞(双侧)、胃俞(双侧)、肾俞(双侧)、中脘、关元;敷贴Ⅱ号方:足三里(双侧)、上巨虚(双侧)、脾俞(双侧)、大肠俞(双侧)、天枢(双侧);敷贴Ⅲ号方:足三里(双侧)、肺俞(双侧)、脾俞(双侧)、肾俞(双侧)、中脘、气海。胃气上逆反酸、暖气、呕恶明显者加内关;肝郁气滞腹胀痛者加太冲、行间;月经不调、痛经者加三阴交、关元、太冲;血瘀者加血海、膈俞;寐差者加神门。2)操作方法。将上述3个组方的药粉与新鲜的生姜汁充分混合,制成药丸,置于空白贴上。由培训合格的住院医师将自制的三伏贴分别于头伏、中伏、末伏的第1天敷贴于患者相应的穴位上。脾胃虚寒证选用敷贴Ⅰ号方,脾虚湿蕴证选用敷贴Ⅱ号方,脾胃虚弱证选用敷贴Ⅲ号方。敷贴时间为2~4 h。3)敷贴注意事项:①避免患者感寒。②敷贴后,若局部皮肤出现发红、发痒、发热,此为正常现象;若出现刺痒难忍、灼热、疼痛等不良反应,应立即撕下;若皮肤有水泡,予以烫伤膏等涂擦患处;水泡较大者,应用无菌注射器抽出液体,局部保持清洁、干燥,做无菌包扎,防止感染。③忌酒、生冷、油腻、辛辣及牛肉、羊肉等发散之品,敷贴后12 h内不能沾水,进行必要的体育锻炼,增强体质。④突发外感发热时应停止敷贴;当天制作的敷贴药膏应当天用尽,或置于冰箱或干燥处储存^[6]。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候疗效。2)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]制定,主症按无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分,次症按无、轻、中、重度分别计0、1、2、3分,面色及舌脉按有、无分别计0、1分。3)不良反应。观察刺痒、灼热、疼痛、水泡等不良反应发生情况。

3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研

究指导原则》^[7]拟定。疗效指数采用尼莫地平法计算,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:症状、体征明显改善,疗效指数≥70%、但<95%;好转:症状、体征均有好转,疗效指数≥30%、但<70%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布,采用 t 检验或方差分析;若不符合正态分布,选用非参数检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用非参数秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组不同时间节点中医证候疗效比较 3组中医证候疗效初伏和中伏治疗后组内比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。组间比较,初伏和中伏治疗后中医证候疗效脾胃虚寒型组优于脾虚湿蕴型及脾胃虚弱型组,差异均有统计学意义;但脾虚湿蕴型组与脾胃虚弱型组比较,差异均无统计学意义。(见表1)

表1 3组不同时间节点中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	时间节点	痊愈	显效	好转	无效	总有效
脾胃虚寒型组	60	初伏治疗后	0	11(18.3)	33(55.0)	16(26.7)	44(73.3) ^{ab}
		中伏治疗后	0	10(16.7)	36(60.0)	14(23.3)	46(76.7) ^{ab}
脾虚湿蕴型组	65	初伏治疗后	0	10(15.4)	24(36.9)	31(47.7)	34(52.3)
		中伏治疗后	0	11(16.9)	25(38.5)	29(44.6)	36(55.4)
脾胃虚弱型组	54	初伏治疗后	0	8(14.8)	19(35.2)	27(50.0)	27(50.0)
		中伏治疗后	0	9(16.7)	20(37.0)	25(46.3)	29(53.7)

注:与脾虚湿蕴型组同一时间节点比较,^a $P < 0.05$;与脾胃虚弱型组同一时间节点比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.2 3组不同时间节点中医证候积分比较 3组初伏治疗前组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。初、中伏治疗后3组中医证候积分均较治疗前降低,组内比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 3组不同时间节点中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	治疗前	治疗后	Z值	P值
脾胃虚寒型组	60	初伏	9.40±3.15	5.57±2.33	-6.133	$P < 0.01$
		中伏	5.57±2.33	3.62±2.29	-4.746	$P < 0.01$
脾虚湿蕴型组	65	初伏	9.71±3.39	5.75±2.05	-6.352	$P < 0.01$
		中伏	5.75±2.05	4.03±2.50	-4.865	$P < 0.01$
脾胃虚弱型组	54	初伏	8.91±3.29	5.83±2.32	-5.441	$P < 0.01$
		中伏	5.83±2.32	4.13±2.57	-4.336	$P < 0.01$

3.4.3 不良反应 179 例患者中,共有 15 例敷贴部位局部出现水泡,予以处理后,均已痊愈,未出现严重不良反应事件。

4 讨论

胃脘痛是以上腹部近心窝处疼痛为主的病证^[8-9]。现代医学中急慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、功能性消化不良、胃食管反流病等以上腹部疼痛为主要症状者,均属于中医学“胃脘痛”范畴,均可按胃脘痛进行辨证论治。三伏贴源于《黄帝内经》中“春夏养阳”“长夏胜冬”等观点,包含了中医学“天人相应”的整体观和顺四时而防病等中医经典理论^[10],是中医治未病思想的体现。在三伏天,阳气最为旺盛,但阳气随气血偏行于外表,在内则相对不足。此时运用药物敷贴穴位,借助自然之阳祛除体内寒邪,从而达到“冬病夏治”的效果^[11]。在穴位敷贴疗法中,药物吸收与穴位刺激同效相须,可获显效。

本研究所用健脾温胃暖肠贴由白芥子、细辛、肉桂等组成,具有温阳健脾、和中止痛之功,适用于虚寒体质者,如畏寒肢冷、神疲倦怠,以及脘腹冷痛、大便稀溏等慢性胃肠病属脾胃虚寒者。健脾和胃化湿贴由白芥子、丁香、草豆蔻等组成,具有化湿和胃、行气健脾之功,适用于寒湿体质者,如肠易激综合征、功能性消化不良、胃食管反流病等属脾虚湿蕴者。健脾益胃固元贴由白芥子、甘松、黄精等组成,具有健脾益胃、温肾培元之功,适用于亚健康状态、免疫力低下、胃肠功能低下者,如易疲劳、易感冒、消化不良,形体消瘦属脾胃虚弱、正气不足者。根据患者不同体质辨证,分别予以不同功效的三伏贴进行治疗,体现了其辨证论治的中医特色与优势。

本研究结果表明,穴位敷贴疗法治疗不同证型胃脘痛效果确切,其中脾胃虚寒型疗效优于脾虚湿蕴型、脾胃虚弱型,临床应用安全,兼有操作简便、费用低廉的特色,具有较大的临床应用和推广价值。本文暂未发现初、中伏治疗后疗效有明显差异,可能与样本量不足、随访时间间隔较短有关。另外,样本量较少、未设置空白对照、评价指标不够全面、未与远期疗效的评价结合等,均导致研究存在不足。因此今后应扩大样本量、增加观察指标,延长随访时间,从而全面准确地评价三伏贴治疗脾胃病的疗效,为其广泛应用于

临床提供更充实的依据。

参考文献

- [1] 张声生,周强. 胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [2] 范春香,都乐亦,唐蕊蕊,等. 加味香砂六君膏方调治脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎 52 例[J]. 辽宁中医杂志,2015,45(5):1036-1037.
- [3] 房恭,周雪忠,刘保延,等. 冬病夏治穴位贴敷基本药物和穴位的研究[J]. 中医杂志,2009,50(9):794-797.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:9-11.
- [5] 中华人民共和国国家标准(GB/T21709.9-2008)·《针灸技术操作规范第9部分:穴位贴敷》[S]. 中国针灸,2009,29(4):329-331.
- [6] 中国针灸学会. “冬病夏治穴位贴敷”疗法临床应用指导意见(草案)[J]. 中国针灸,2009,29(7):541-542.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:151-155.
- [8] 余小萍,方祝元. 中医内科学[M]. 3版. 上海:上海科学技术出版社,2018:168-169.
- [9] 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.
- [10] 张斯杰,欧江琴. 三伏贴的治未病理论基础及运用[J]. 中国中医基础医学杂志,2019,25(4):519-521.
- [11] 王钰珏,钟兰,丰芬. 三伏灸疗法研究概述[J]. 实用中医药杂志,2013,29(4):319-322.

(收稿日期:2020-04-22)

药食同源的中药佐料(三)

辣椒为茄科属草本植物,具有温中散寒、下气消食等功效,主治胃寒气滞、脘腹胀痛、呕吐、泻痢、风湿疼痛、冻疮等。辣椒中含有一种抗氧化成分辣椒素,其辣味能刺激唾液和胃液的分泌,增加食欲,促进肠道蠕动,帮助消化。

桂皮又名香桂,为樟科植物天竺桂、阴香和川桂等树皮的通称,具有温中散寒、理气止痛的功效,可用于治疗脘腹冷痛、呕吐泄泻、腰膝酸冷、寒湿痹痛、痛经等。

陈皮为芸香科柑橘属植物,性温,味苦、辛,归脾、肺经,具有理气健脾、燥湿化痰、调中开胃等功效,主治脾胃气滞湿阻、脘腹胀痛、食少吐泻、二便不利、咳嗽痰多等症。(http://www.cntcm.com.cn/2021-02/25/content_86451.htm)