

足三里辰时泻初补正针刺治疗慢性浅表性胃炎 临床观察

罗本华, 吴小玲, 李玉秋, 曾启峰

广西中医药大学, 广西 南宁
Email: luobenhua1968@163.com

收稿日期: 2020年11月2日; 录用日期: 2021年1月20日; 发布日期: 2021年1月27日

摘要

目的: 验证纳支法“泻初补正”时机补泻的临床效果。方法: 以“慢性浅表性胃炎”为观察病例, 对胃病腑证选取足三里定时治疗的方法使用纳支法治疗, 对30例胃阴不足型虚证于辰时正刻施针刺补法治疗, 对30例胃络淤阻型胃病则于辰时初刻施针刺泻法治疗, 分别与各自证型奥美拉唑肠溶胶囊治疗的西药组30例对照, 观察疗程为20天, 观察诸组间临床疗效、中医证候评分值和治疗后2月内的临床复发率等指标变化。结果: 1) 胃阴不足证辰时正补母法组、胃络瘀阻证辰时初泻足三里组在中医证候评分、临床疗效上各自均优于相应西药对照组, 说明无论实证泻初或虚证补正的待时纳支法治疗都有肯定的和优于常规西药的临床疗效。2) 随后2月的复发率研究方面, 辰时补正纳支法组、辰时泻初纳支组均与各自常规西药对照组无差异。结论: “泻初补正”纳支法临床补泻时机正确, 也是临床高效的方法, 值得临床上推广运用。

关键词

纳支法, 泻初补正, 慢性浅表性胃炎, 辰时, 足三里穴

A Clinical Observation on Chronic Superficial Gastritis Treated by Acupuncture Zusanli with Xiechu and Buzheng during the Period of the Day from 7 a.m. to 9 a.m.

Benhua Luo, Xiaoling Wu, Yuqiu Li, Qifeng Zheng

Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Abstract

Objective: To verify the clinical effect of Nazhi method of the reinforcing at zheng time and reducing at chu time. **Method:** Taking “chronic superficial gastritis” as an example to study, treat Gastric Diseases and Viscera Syndrome by acupuncturing Zusanli on time by Nazhi Method. Thirty cases of deficiency of stomach yin were treated with acupuncture reinforcing manipulations at 7 a.m, and thirty cases of gastric diseases of stomach collateral stasis type were treated with acupuncture reducing manipulations. Each western medicine control group of 30 cases from the same syndrome was treated with omeprazole enteric-coated capsule. The course of observation was 20 days, and then the clinical efficacy, TCM syndrome score and clinical recurrence rate after 2 months were compared between the two clinical experiments. **Result:** 1) Each of the two acupunctured groups was superior to its western medicine control group in TCM syndromes scores and the clinical effective rates, indicating that they were effective therapies. 2) There was no significant difference between each of the two acupuncture groups and its western medicine control group in recurrence rate within two months after the intervention. **Conclusion:** The reinforcing at zheng time and reducing at chu time with Nazhi method is clinically correct, and Nazhi method of the reinforcing at zheng time and reducing at chu time is clinically efficient. So, it is worthy of clinical application.

Keywords

Nazhi Method, The Reinforcing and Reducing at the Time of “Xiechu and Buzheng”, Chronic Superficial Gastritis, Chénshí, Zusanli

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性浅表性胃炎是常因熬夜、不良情绪、辛辣或浓咖啡、感染等刺激，出现恶心呕吐、消化不良、暖气、返酸等主症，导致胃内粘膜呈非糜烂炎性改变为病理特征的炎症反应性疾病[1]；当前西医抑胃酸剂、质子泵抑制剂、抗 HP 等治疗有价格昂贵、疗效欠佳、且疗程长等诸多不足[2]，而中医针灸因历代医疗实践优势，无药物副作用，日益为患者认识和接受，笔者取足三里穴辰时初刻泻法正刻补法治疗该病，疗效满意，现介绍如下。

2. 临床资料

2.1. 病例资料

2.1.1. 一般资料

病例来源于广西中医药大学第一临床医学院东葛门诊部、仁爱分院和广西南宁市运德社区医院的门诊病人，选取 2016 年 01 月~2019 年 12 月期间诊断为慢性浅表性胃炎胃阴不足证 60 例、胃络瘀阻证 60

例。其中,胃阴不足证中,辰时正刻补足三里组 30 例,女性 14 例,男性 16 例,年龄 45.22 ± 10.25 岁,平均病程 3.71 ± 1.35 年;西药组 30 例,女 16 例,男 14 例,年龄 45.65 ± 11.37 岁,平均病程 3.54 ± 1.63 年;经统计二组在性别构成、年龄和病程等方面,基线处于同一水平,具有可比性。胃络瘀阻证中,辰时初刻泻足三里组 30 例,女性 13 例,男性 17 例,年龄 46.02 ± 11.13 岁,平均病程 3.57 ± 1.41 年;西药组 30 例,女性 15 例,男性 15 例,年龄 45.43 ± 12.04 岁,平均病程 3.42 ± 1.62 年;经统计二组在性别构成、年龄和病程等方面,基线处于同一水平,具有可比性。

2.1.2. 随机分组方案

随机化方法:采用临床随机对照研究方法。将慢性浅表性胃炎患者,按中医证型分成胃络瘀阻证和胃阴不足证两项研究,各种证型研究均 60 例。每一证型患者按就医顺序编号,采用随机数字表分组方法,将就诊顺序编号病例对应分组随机号,分配至各实验组中,采取相应干预方法;即胃络瘀阻证患者随机分配至辰初(辰时初刻)泻足三里针刺组和西药对照组,各组 30 例;胃阴不足证患者随机分配至辰正(辰时正刻)补足三里针刺组和西药对照组,各组 30 例。

2.2. 诊断及排除标准

2.2.1. 病证诊断标准

参照“慢性浅表性胃炎”及胃络瘀阻证、胃阴不足证的诊断标准[3]。胃阴不足证临床症状:主症 3 个,“胃脘隐痛”,“胃脘灼痛”,“舌红少津无苔或剥苔或有裂纹”;次症 4 个,“嘈杂似饥、饥不欲食”,“口干舌燥”,“大便干结”,“脉细数或弦细”;胃镜象为“黏液量少黏稠”、“胃黏膜充血水肿或呈颗粒状或血管显露”。胃络瘀阻证临床症状:主症 2 个,“胃脘痛有定处、拒按”,“舌质暗红或紫暗、有瘀点瘀斑”;次症 4 个,“胃痛日久不愈”,“大便色黑”,“面色晦暗”,“脉弦涩”;胃镜象为“胃黏膜呈颗粒状或结节”、“黏膜下血管透见”、“黏膜陈旧性出血”。两证型均按“胃镜象,且具备主症 2 项加次症 1 项,或主症第 1 项加次症 2 项”确定。

2.2.2. 排除标准

排除萎缩性和糜烂性胃炎等型病例;消化系统恶性肿瘤病例;大面积溃疡合并有大出血患者;精神病患者;妊娠或哺乳期病例;心肺肝肾功能不全患者。

3. 研究方法

3.1. 治疗方法

1) 辰正补足三里组:于辰时正刻补足三里穴针刺治疗,用于胃阴不足证患者。

治疗时机:每日辰时正刻(南宁地方时为 8:47~9:46 a.m.)施治,最好 9:17 a.m.前治疗。

针刺方法:提插补泻结合捻转补泻的补法,提插补泻以下插为主结合大指左捻用力手法,控制捻转角度在 90 度至 180 度以内,提插捻转 5 次;留针约 30 分钟。

2) 辰初泻足三里组:于辰时初刻泻足三里穴针刺治疗,用于胃络瘀阻证患者。

治疗时机:每日辰时初刻(南宁地方时为 7:47~8:46 a.m.)施治,最好 8:17 a.m.前治疗。

针刺方法:提插补泻结合捻转补泻的泻法,提插补泻以上提为主结合大指右捻用力手法,控制捻转角度在 180 度至 360 度以内,提插捻转 10 次;留针约 30 分钟。

3) 西药对照组:两个研究中,各证型对照组均采用奥美拉唑肠溶胶囊(山东罗欣药业,国药准字 H20033444,规格 10 mg/粒)口服治疗。

给药方法:奥美拉唑肠溶胶囊 10 mg/次, bid, 于早晚 7 点餐前 30 min 口服。

4) 疗程: 针刺组每日针刺 1 次, 连续 6 天, 停休一天, 共治 18 次, 总疗程 20 天; 西药组每日服药 2 次, 总疗程 20 天。干预完成后次日评价各组临床疗效, 在干预完成后 2 月回访再次评价疗效。

3.2. 中止、剔除和脱落标准

治疗过程中发生严重安全问题、不良反应或不良事件时, 以及受试者要求中止实验时, 均予中止实验; 对料不全、不完整或影响临床判断的病例, 均按脱落处理。最终各组得到 30 例。

3.3. 观察指标评价[3]

3.3.1. 中医证候总积分比较

按参考文献 3, 取中医证型确定诊断的 2~3 个主症和 4 个次症, 按轻重程度量化各症状评分值: 主症, 0 分无效、2 分轻度、4 分中度、6 分重度; 次症, 0 分无效、1 分轻度、2 分中度、3 分重度; 计算各项症状评分的总得分(即中医证候总积分), 并进行二组间、自身治疗前后比较。中医证型积分也用于中医证候疗效判定的重要依据。

3.3.2. 中医证候疗效判定

参照文献 3 “中医证候疗效判定标准” 进行。先将各症状按“无、轻、中、重” 4 级量化, 主证依次记“0、2、4、6 分”, 次证依次为“0、1、2、3 分”。再计算各病例“(治疗前积分-治疗后积分)与治疗前积分”的百分比率, 为疗效指数。

临床证候疗效标准: 临床痊愈: 疗效指数不低于 95%, 症状、体征消失或基本消失; 显效: 疗效指数不低于 70%而小于 95%, 症状、体征明显改善; 有效: 疗效指数不低于 30%但小于 70%, 症状、体征明显好转; 无效: 疗效指数低于 30%, 症状、体征无明显改善, 或有加重。

总有效率为临床治愈、显效和有效病例总数与总病例数的比率。

3.3.3. 治疗后 2 月内随访复发率指标

由于好转病例按诊断和疗效标准判断具有不确定性, 只就各组治疗后的痊愈和显效病例, 统计 2 月后的随访复发例数, 计算复发率。

复发率为随访复发例数与治疗痊愈显效总病数的比率。

3.4. 统计学方法

计量数据用“均数 \pm 标准差”表示, 应用 SPSS18.0 软件统计; 各组治疗前后证候积分用配对 t 检验比较, 各组证候评分治疗前或治疗后的比较按独立样本 t 检验; 应用秩和检验比较两组证型临床疗效; 应用卡方检验比较二组复发率疗效; 定 $P \leq 0.05$ 为检验显著性水准。

4. 结果

4.1. 胃阴不足证胃痛患者中医证候积分、临床疗效及复发率观察

4.1.1. 胃痛胃阴不足证中医证候积分治疗前后比较(表 1)

表 1 可见, 治疗前二组间无差异($t' = 1.69, P = 0.092$), 说明二组病例轻重程度相当, 具有可比性; 各组治疗前后自身比较, 积分降低均有显著性意义, 均是有效的治疗方法; 二组治疗后组间比较有显著性差异($t = -4.262, P < 0.01$), 辰正补足三里组优于西药组。

4.1.2. 胃痛胃阴不足证型疗效(表 2)

表 2 显示, 辰正补足三里组与西药组二组临床总有效率分别为 96.7%、83.3%; 二组在临床疗效差异有统计学意义($z = 2.167, P = 0.03$), 辰正补足三里组临床疗效优于西药治疗。

Table 1. The comparison table of TCM syndrome points before and after treatment of stomach-yin insufficient in two stomach pain groups**表 1.** 胃痛胃阴不足证中医证候积分治疗前后比较表

| 分组 | 总积分 | 治疗前 (n = 30) | 治疗后 (n = 30) | 自身前后比较 | | 治疗后两组间 | |
|---------|-----|-----------------|------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | | | | t | P | t | P |
| 辰正补足三里组 | | 15.34 ± 3.22 | 3.11 ± 1.20 ^{###**} | 48.98 | 0.000 | -4.26 | 0.000 |
| 西药组 | | 14.95 ± 3.59 | 3.47 ± 1.26 ^{###} | 15.55 | 0.000 | | |

注: 与西药组比较, *P ≤ 0.05, **P ≤ 0.01; 与同组治疗前比较, [#]P ≤ 0.05, ^{###}P ≤ 0.01。

Table 2. The curative result and total effective rate of the two stomach pain groups of stomach-yin deficiency syndrome**表 2.** 胃阴不足证二组证型疗效结果和总有效率

| 分组(30) | 疗效 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 平均秩次 | z | P | 总有效率 |
|---------|----|----|----|----|----|-------|-------|------|-------|
| | | | | | | | | | |
| 辰正补足三里组 | | 9 | 12 | 8 | 1 | 25.83 | 2.167 | 0.03 | 96.7% |
| 西药组 | | 5 | 8 | 12 | 5 | 35.17 | | | 83.3% |

4.1.3. 胃阴不足证胃痛治疗后 1 月随访复发率(表 3)

表 3 显示, 辰正补足三里组与西药组二组复发率分别为 14.3%、15.5%, 经卡方检验, 二组复发率无统计学意义, 说明二种干预方法减少复发率作用无差别($X^2 = 0.08, P = 0.647$)。

Table 3. The 2-month follow-up curative effect of the two stomach pain groups of stomach-yin deficiency syndrome after treatment**表 3.** 胃阴不足证二组治疗后 2 月随访疗效

| 分组 | 未复发例数 | 复发例数 | X ² | P | 总复发率 |
|---------|-------|------|----------------|-------|-------|
| 辰正补足三里组 | 18 | 3 | 0.08 | 0.647 | 14.3% |
| 西药组 | 11 | 2 | | | 15.5% |

4.2. 胃络淤阻证胃痛患者中医证候积分、临床疗效及复发率观察结果

4.2.1. 胃痛胃络淤阻证中医证候积分治疗前后比较(表 4)

表 4 可见, 治疗前二组间无差异($t = 0.841, P = 0.401$), 说明二组病例轻重程度相当, 具有可比性; 各组治疗前后自身比较, 积分降低均有显著性意义, 均是有效的治疗方法; 二组治疗后组间比较有显著性差异($t = -5.18, P < 0.01$), 针刺组优于西药组, 说明辰初泻足三里方法改善中医证候评分优于西药治疗。

Table 4. The comparison table of TCM syndrome points before and after treatment of stomach-stasis syndrome in two stomach pain groups**表 4.** 胃痛胃络淤阻证中医证候积分治疗前后比较表

| 分组 | 评分 | 治疗前 (n = 30) | 治疗后 (n = 30) | 自身前后比较 | | 治疗后两组间 | |
|---------|----|-----------------|------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | | | | t | P | t | P |
| 辰初泻足三里组 | | 15.22 ± 3.72 | 3.02 ± 1.16 ^{###**} | 46.09 | 0.000 | -5.18 | 0.000 |
| 西药组 | | 15.01 ± 3.71 | 3.45 ± 1.26 ^{###} | 25.547 | 0.000 | | |

注: 与西药组比较, *P ≤ 0.05, **P ≤ 0.01; 与同组治疗前比较, [#]P ≤ 0.05, ^{###}P ≤ 0.01。

4.2.2. 胃痛胃络淤阻证临床疗效(表 5)

表 5 可见, 辰初泻足三里组与西药组临床总有效率分别为 96.7%、80%; 二组在临床疗效差异有统计学意义($z = 2.269, P = 0.023$), 辰初泻足三里组临床疗效优于西药治疗。

Table 5. The curative result and total effective rate of the two stomach pain groups of stomach-stasis syndrome
表 5. 胃络淤阻证二组临床疗效结果和总有效率

| 分组(30) | 疗效 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 平均秩次 | z | P | 总有效率 |
|---------|----|----|----|----|----|-------|-------|-------|-------|
| 辰初泻足三里组 | | 8 | 14 | 7 | 1 | 25.83 | 2.269 | 0.023 | 96.7% |
| 西药组 | | 6 | 6 | 12 | 6 | 35.17 | | | |

4.2.3. 胃痛胃络淤阻证治疗后 2 月随访复发率(表 6)

表 6 显示, 辰初泻足三里组与西药组二组复发率分别为 13.8%、16.7%, 经卡方检验, 二组复发率无统计学意义, 说明二种干预方法减少复发率作用无差别($X^2 = 0.057, P = 0.59$)。

Table 6. The 2-month follow-up curative effect of the two stomach pain groups of stomach-stasis syndrome after treatment
表 6. 胃络淤阻证二组治疗后 2 月随访疗效

| 分组 | 未复发例数 | 复发例数 | X^2 | P | 总复发率 |
|---------|-------|------|-------|------|-------|
| 辰初泻足三里组 | 19 | 3 | 0.057 | 0.59 | 13.8% |
| 西药组 | 10 | 2 | | | 16.7% |

5. 讨论

慢性浅表性胃炎中医属“痞满”、“胃脘痛”等范畴。李东垣指出：“太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安”，可见胃最易伤阴，失其润降，是胃痛常见成因和证型；《临证指南医案·胃脘痛》：“初病在经，灸病入络，以经主气，络主血，则可知其治气之当然也，凡气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹，而辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理。”故久病入络淤阻，不通则痛，是胃痛常见成因和见证。《灵枢·经脉篇》言胃经“气盛则……则消谷善饥”，治疗当以“盛则泻之，虚则补之……不盛不虚，以经取之。”纳支法的常用方法之一按值时取本经脉上的穴位治疗；另一方法是明代高武的补母泻子纳支法，他据自己临床认识，按《灵枢·经脉》辨病方法，结合脉象，引入《子午流注针经》等时间针灸学思想，按《难经·六十九难》“虚者补其母、实者泻其子”选穴方法，创立了“十二经病并荣俞经合补虚泻实”经典纳子方法[4]；但该纳支方法的“补泻时机”未得到普遍的认同，也存在实际运用的困难和矛盾；本文作者使用的“泻初补正纳支法”[5]，解决了纳支法“补泻时机”内在矛盾，适用诸种纳支法运用，修正了高武纳支法“补泻时机”缺陷，准确、高效实现高武经典纳支法的本意，提高了临床疗效。本试验中，两种针刺干预方法使用纳支法待时治疗方法，胃痛属腑病据“合治内腑”原则，最适用足三里穴，并待胃经值时辰时治疗，因足三里穴为土经土穴，是胃经本穴，最能代表本经的穴位，可补可泻，结合土行的生成补泻法方法，协同最易实现胃经腑证虚实病性的补虚泻实。本实验结果显示胃阴不足证辰时正刻补母法组、胃络淤阻证辰时初刻泻足三里组在中医证候评分上均优于各自的西药对照组，且在临床证型疗效上，两个纳支开穴方法观察组均优于各自的西药对照，说明无论实证泻初或虚证补正的待时纳支法治疗都有肯定的和优于常规西药的中医证型积分疗效和临床疗效；因为该纳支干预方法既使用了辨时真正的“补泻时机”，又结合按病性取穴法和土行补生泻成手法的运用，实现了时间辨证、病性状态辨证以及针灸选穴的有机结合，显示了叠加效应，因而产生了优于常规疾病单一金靶点西药方案的疗效，实质体现了相较于西医选择单一靶点用药，中医针灸辩证论治的个体化治疗优势实质；而在随后 2 月的复发率研究方面，显示辰时补正纳支法组、辰时泻初纳支组均和常规西药对照组无差异。

综上所述，支持纳支法“泻初刻、补正刻”是临床正确的补泻时机，“泻初补正”纳支法是临床高

效的, 值得临床上推广运用。

基金项目

广西自然科学基金项目: 项目名称: 基于 G 蛋白跨膜通路探讨针刺改善中枢 5-HT 机制障碍性失眠的作用机理; 项目编号: 2018GXNSFAA138076。

参考文献

- [1] 宋淑芳. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2015, 24(9): 1348-1350.
- [2] 魏晏, 魏明. 胃炎 I 号、II 号颗粒治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(11): 1714-1716.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2012, 32(6): 738-743.
- [4] 高武. 针灸聚英[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 154.
- [5] 罗本华. 论泻初补正纳支法是最合理的补母泻子纳支法[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(9): 1197-1199, 1211.