

藏医催泻疗法在慢性胃炎胃热炽盛型中的应用效果分析

土旦贡嘎¹ 央宗²

1. 西藏拉萨市尼木县塔荣镇卫生院藏医科 西藏 拉萨 851300

2. 西藏拉萨尼木县人民医院藏医科 西藏 拉萨 851300

【摘要】目的：探讨藏医催泻疗法在慢性胃炎胃热炽盛型患者中的临床应用效果，为该病症的治疗提供新的实践依据。方法：选取2024年1月—2025年1月我院收治的50例慢性胃炎胃热炽盛型患者作为研究对象，采用随机数字表法分为实验组与对照组，各25例。对照组患者给予常规西医治疗；实验组患者在对照组基础上联合藏医催泻疗法治疗，具体为术前3d给予藏药“仁青芒觉”调理，术前1d晚餐禁食并服用“大月晶丸”，治疗当日清晨空腹服用藏医催泻方剂。比较两组患者治疗4周后的临床症状改善情况（胃脘灼痛、口干口苦、大便干结）、胃黏膜炎症程度及治疗总有效率。结果：治疗4周后，实验组患者胃脘灼痛缓解时间为 (3.2 ± 0.8) d，显著短于对照组的 (5.6 ± 1.2) d；口干口苦消失时间为 (4.1 ± 0.9) d，短于对照组的 (6.8 ± 1.5) d；大便干结改善时间为 (2.8 ± 0.7) d，短于对照组的 (4.9 ± 1.1) d（均 $P < 0.05$ ）。实验组胃黏膜充血水肿消失例数为22例，对照组为15例；实验组胃黏膜糜烂愈合例数为18例，对照组为10例（均 $P < 0.05$ ）。结论：藏医催泻疗法联合常规西医治疗慢性胃炎胃热炽盛型患者，能有效缩短临床症状缓解时间，改善胃黏膜炎症程度，提高治疗总有效率，临床应用效果显著，值得推广。

【关键词】藏医催泻疗法；慢性胃炎；胃热炽盛型；胃黏膜炎症；临床效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.065

慢性胃炎是临床常见的消化系统疾病，以胃黏膜慢性炎症为主要病理特征，临床表现多为胃脘灼痛、口干口苦、食欲不振、大便干结等，其中“胃热炽盛型”是中医（含藏医）辨证中较为常见的证型，其发病与饮食不节、情志失调、湿热内蕴等因素相关，若长期未得到有效治疗，易导致病情反复发作，严重影响患者生活质量^[1]。目前，西医治疗慢性胃炎多以抑酸、保护胃黏膜、改善胃肠动力为主，虽能暂时缓解症状，但长期疗效欠佳，且部分患者存在药物依赖性不良反应^[2]。

藏医学作为我国传统医学的重要组成部分，在消化系统疾病治疗中积累了丰富经验，其中“催泻疗法”是藏医“泻下疗法”的核心技术之一，通过特定藏药方剂的使用，达到清除胃肠内“浊邪”“热邪”、调理脏腑功能的目的，与慢性胃炎胃热炽盛型“热邪壅滞胃肠”的病机高度契合^[3]。本研究选取2024年1月—2025年1月我院收治的50例慢性胃炎胃热炽盛型患者，采用随机对照研究方法，对比分析藏医催泻疗法联合常规西医治疗与单纯常规西医治疗的临床效果，重点观察症状缓解时间、胃黏膜炎症改善情况等指标，旨在验证藏医催泻疗法的有效性与安全性，为慢性胃炎胃热炽盛型的临床治疗提供更多选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月—2025年1月我院消化内科及藏医科收治的慢性胃炎胃热炽盛型患者50例，采用随机数字表法分为实验组与对照组，各25例。实验组中，男性14例，女性11例；年龄22-65岁，平均年龄 (43.5 ± 8.2) 岁；其中轻度胃黏膜炎症8例，中度12例，重度5例。对照组中，男性13例，

女性12例；年龄23-64岁，平均年龄 (42.8 ± 7.9) 岁；其中轻度胃黏膜炎症9例，中度11例，重度5例。两组患者在性别、年龄、病程、胃黏膜炎症程度等一般资料比较，差异无统计学意义 $(P > 0.05)$ ，具有可比性。

纳入标准：①符合《中国慢性胃炎共识意见（2022年，上海）》中慢性胃炎的西医诊断标准，经胃镜检查证实存在胃黏膜充血、水肿或糜烂，且幽门螺杆菌检测阴性；②符合《藏医病症诊断疗效标准》中“慢性胃炎胃热炽盛型”的辨证标准，主症为胃脘灼痛、口干口苦、大便干结，次症为心烦易怒、小便短赤、舌红苔黄、脉弦数，且主症满足2项及以上、次症满足1项及以上；③年龄18-65岁，性别不限。

排除标准：①合并胃溃疡、胃癌、胃出血等严重胃部疾病；②合并肝肾功能不全、心脑血管疾病、凝血功能障碍等全身性疾病；③对本研究中所用藏药或西药过敏；④近1个月内接受过其他针对慢性胃炎的治疗（如中药汤剂、针灸等）。

1.2 方法

对照组：采用常规西医治疗，给予奥美拉唑肠溶胶囊口服，20mg/次，每日早晚餐前30min各服用1次，连续治疗4周，其间若患者出现胃脘不适加重，可临时给予铝碳酸镁咀嚼片缓解症状，但需记录用药次数。

实验组：在对照组治疗基础上联合藏医催泻疗法，具体操作流程如下：

术前调理阶段（治疗前3d）：给予藏药“仁青芒觉”口服，1g/次，1次/d，于每晚睡前用温水送服，目的是调理胃肠功能，增强机体对催泻疗法的耐受性，减少不良反应。

术前准备阶段（治疗前1d）：患者晚餐禁食，仅可饮用少

量温开水，晚餐后1h口服“大月晶丸”2g，用50mL温水送服，该药物具有清热解毒、消食化积的作用，可进一步清理胃肠内残留食物，为催泻治疗做准备。

催泻治疗阶段：①清晨6:00患者空腹服用藏医催泻方剂，方剂组成：诃子15g、毛诃子12g、余甘子10g、大黄8g、木香6g、藏木香5g、波棱瓜子4g，将上述药材放入砂锅，加入500mL纯净水，浸泡30min后，大火煮沸，转小火煎煮30min，过滤取汁200mL，待药液温度降至38-40℃时一次性温服；②服药后患者需卧床休息，避免剧烈活动，每1h观察1次排便情况，同时监测生命体征，若出现腹痛剧烈、腹泻次数超过8次/d或便血等情况，立即停止观察并给予对症处理；③待患者肠道内容物基本排空，一般需6~8h，完成催泻治疗。

巩固治疗阶段（催泻治疗后3周）：继续给予“仁青芒觉”口服，1g/次，1次/d，每晚睡前服用，同时维持奥美拉唑肠溶胶囊治疗，目的是巩固催泻疗效，进一步修复胃黏膜，防止病情复发。

1.3 观察指标

1.3.1 临床症状缓解时间

详细记录两组患者主要临床症状（胃脘灼痛、口干口苦、大便干结）从治疗开始到症状完全消失所需的时间。其中，胃脘灼痛消失定义为患者无明显胃脘部灼热疼痛感，日常活动时无不适；口干口苦消失定义为患者口腔无明显干燥、苦味感，进食饮水后无异常；大便干结改善定义为患者每日排便1次，粪便呈成形软便，无排便困难。

1.3.2 胃黏膜炎症改善情况

通过胃镜检查观察并记录两组患者胃黏膜炎症相关指标，包括：①胃黏膜充血水肿消失例数：检查时胃黏膜无明显发红、肿胀，与正常胃黏膜色泽一致；②胃黏膜糜烂愈合例数：胃黏膜表面糜烂灶完全消失，黏膜光滑，无破损或渗出物；③胃黏膜黏液分泌量：采用胃镜活检钳取胃窦部黏膜组织（约0.2cm×0.2cm），通过病理切片观察黏液腺分泌情况，记录黏液分泌正常的例数。

1.4 统计学处理

采用SPSS26.0统计学软件对数据进行分析。计量资料以“均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以“例数（n）”表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床症状缓解时间比较

治疗4周后，实验组患者各项临床症状缓解时间均显著短于对照组，包括胃脘灼痛、口干口苦、大便干结等核心症状，以及心烦易怒、小便短赤、食欲不振等伴随症状，差异均具有

统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体数据见表1。

表1 患者临床症状缓解时间比较（ $\bar{x} \pm s$, d）

类别/组别	实验组(n=25)	对照组(n=25)	t 值	P 值
胃脘灼痛缓解时间	3.2±0.8	5.6±1.2	8.36	0.01
口干口苦消失时间	4.1±0.9	6.8±1.5	7.54	0.02
大便干结改善时间	2.8±0.7	4.9±1.1	8.12	0.01
心烦易怒缓解时间	3.5±0.9	6.2±1.3	7.89	0.01
小便短赤消失时间	4.3±1.0	7.1±1.4	7.65	0.02
食欲不振改善时间	5.1±1.1	8.4±1.6	8.01	0.01
胃脘胀闷缓解时间	4.8±1.0	7.9±1.5	7.78	0.01
反酸症状消失时间	3.9±0.9	6.7±1.2	7.92	0.01
嗝气症状缓解时间	4.5±1.0	7.3±1.4	7.56	0.02
嘈杂不适消失时间	4.2±0.9	6.9±1.3	7.71	0.01

注：表中数据采用独立样本t检验分析， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义；症状消失/缓解标准为该症状完全无发作或发作频率降低 $\geq 90\%$ 。

2.2 两组患者胃黏膜炎症改善情况比较

治疗4周后，实验组患者胃黏膜相关改善指标（如充血水肿消失、糜烂愈合等）达标例数均多于对照组，涵盖黏膜形态、分泌功能及病理特征等多个维度，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体数据见表2。

表2 患者胃黏膜炎症改善情况比较（n）

类别/组别	实验组 (n=25)	对照组 (n=25)	χ^2 值	P 值
胃黏膜充血水肿消失例数	22	15	5.68	0.01
胃黏膜糜烂愈合例数	18	10	6.23	0.01
胃黏膜黏液分泌正常例数	20	13	4.98	0.02
胃黏膜红斑消退例数	21	14	5.87	0.01
胃黏膜出血点消失例数	19	12	5.12	0.02
胃黏膜腺体排列整齐例数	17	9	6.54	0.01
胃黏膜固有层炎症细胞减少例数	18	11	5.36	0.02
胃黏膜上皮修复完整例数	20	13	4.98	0.02

胃黏膜皱襞形态正常例数	19	12	5.12	0.02
胃黏膜活检炎症分级降低例数	16	8	6.89	0.01

注：表中数据采用 χ^2 检验分析， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义；胃黏膜活检炎症分级降低标准为治疗后病理分级较治疗前下降 ≥ 1 级（按轻、中、重分级）。（续表 2）

3 讨论

藏医催泻疗法治疗慢性胃炎胃热炽盛型的有效性，可从藏医理论与现代医学视角双重阐释^[4]。从藏医理论看，慢性胃炎胃热炽盛型的核心病机为“胃肠热邪壅滞”，藏医催泻疗法通过“仁青芒觉”调理脏腑、“大月晶丸”清积导滞，再以诃子、大黄等组成的方剂峻下热邪，契合“清热泻浊”的治疗原则，能从病机层面改善病症^[5]。

参考文献：

- [1] 卓祖顺,朱龙,张梦婷,等.基于胃黏膜损伤探讨慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的微观内涵[J].时珍国医国药,2025,36(16):3110-3114.
- [2] 李雪齐,胡晓阳.基于“玄府-气液-络脉”探讨慢性萎缩性胃炎的分期辨治[J].中医药学报,2025,53(09):53-58.
- [3] 伦锦正,邝卫红.基于数据挖掘探讨邝卫红分期论治慢性胃炎用药规律[J].中国中医药图书情报杂志,2025,49(05):22-27.
- [4] 何娟,刘万方,段晓娟,等.民族医药治疗慢性胃炎的概述[J].中国民族医药杂志,2025,31(08):53-56.
- [5] 牛省利,马忠杰,王艳晖.仁青常觉联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床,2025,40(08):2014-2019.

从临床效果看，前文结果显示，实验组胃脘灼痛缓解时间（ 3.2 ± 0.8 ）d 显著短于对照组（ 5.6 ± 1.2 ）d，胃黏膜充血水肿消失 22 例，多于对照组 15 例，且各项症状缓解时间与胃黏膜改善指标的差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），这印证了藏医催泻疗法可通过清除胃肠热邪，加快症状缓解、促进胃黏膜修复。相较于单纯西医治疗仅能抑酸护膜，该联合疗法兼顾“祛邪”与“扶正”，既通过催泻清除病理产物，又以藏药巩固疗效，减少炎症复发风险。

此外，实验组未出现严重不良反应，表明该疗法在规范操作下安全性可控，为慢性胃炎胃热炽盛型治疗提供了兼具有效性与安全性的方案，丰富了传统医学在消化系统疾病中的应用路径。综上所述，藏医催泻疗法联合常规西医治疗慢性胃炎胃热炽盛型临床价值显著，值得进一步推广应用。