

# 针灸治疗慢性胃炎 86 例疗效观察

中医研究院广安门医院 田从豁

慢性胃炎是胃疾患中发病率最高的疾病之一。据 1978 年全国消化系疾病学术会议报道,在纤维胃镜检查中,慢性胃炎占受检人数的 47.8~65.7%,在我国广大农村尤为多见。作者多年来单纯用针灸治疗慢性胃炎患者 86 例,临床上取得了较为满意的效果。现分析如下:

## 临床资料

### 一、一般情况:

本组 86 例患者中住院 39 例,门诊 47 例。其中男性 51 例,女性 35 例。年龄 15~30 岁 24 例,31~50 岁 45 例,51~70 岁 17 例。病程 6~12 个月 13 例,1~5 年 31 例,6~10 年 28 例,11~20 年 14 例。诊为肝胃不和型 32 例,占 37.2%;脾胃虚弱型 27 例,占 31.4%;脾胃虚寒型 21 例,占 24.4%;胃阴不足型 6 例,占 7.0%。有急性胃炎病史者 17 例,占 19.8%。多数患者为逐渐发病,有饮食不节、过食辛辣、饮酒等致病因素,针灸前均接受过中西药物治疗,针灸过程中停用其他疗法。

### 二、诊断依据:

本组病例均符合下列条件:(1)有上腹部疼痛及压痛、脘腹胀满、食欲不振、嗳气嘈杂、泛吐酸水、恶心呕吐等症状的反复发作史;(2)全部病例均经 X 线钡餐检查确诊;部分患者作了纤维胃镜观察和活检以协助诊断,并排除胃十二指肠溃疡、癌症和其他胃部疾患。

### 三、背部敏感点的检查:

86 例患者背部检查发现敏感点(压痛点)者 63 例,占 73.3%,其中压痛明显(++ 或 +++) 者 29 例,占 33.7%。这些压痛点多数分布在第 6~9 胸椎旁开 1.5 寸处,相当于督俞、膈俞、膈俞下(穴在第 8 胸椎旁开 1.5 寸)、肝俞

穴的部位。尤以第 7、8 胸椎旁开处为多见,分别占压痛点总数的 34%、26%;而心俞、脾俞、胃俞处压痛点则较少,约占压痛点总数的 3~5%。大多数为双侧压痛,单侧出现者以左侧多见。在上述胸椎旁开 3 寸处也有少数压痛点。一般患者压痛点有 2~4 个,最少者 1 个,多数分布在经络线上,但不完全在穴位上。

## 治疗方法

### 一、辨证施治:

肝胃不和型:脘腹胀满,痛连两肋,嗳气方舒,时有泛酸,或有恶心呕吐,睡眠欠佳,大便正常或稍干,苔薄黄,脉沉弦。治以疏肝和胃。针刺期门、内关、足三里。用平补平泻手法,留针 15~20 分钟。

脾胃虚弱型:胃脘作痛,绵绵不已,喜揉按,纳差,得食胀满,大便先干后稀,疲乏无力,面色苍白,苔薄白,舌边有齿痕,脉沉细。治以调中健脾。针灸脾俞、胃俞,或中脘、足三里。先针刺,用补法;然后针上加灸(艾条长 2 厘米)。留针 30 分钟。

脾胃虚寒型:胃脘隐隐作痛,喜按喜暖,得热痛减,食欲不振,泛吐清水,大便溏稀,苔薄白而润,脉沉迟。治以温中散寒。取穴与脾胃虚弱型相同。先针刺,用补法,留针 15 分钟;起针后,立即在针刺部位上用隔姜灸 5 壮。

胃阴不足型:胃脘隐隐灼痛,口干欲饮,大便干,面色不华,舌红少苔,脉细数。治以滋阴益胃。针刺幽门、三阴交,或章门、足三里。交替应用。用平补平泻手法,留针 30 分钟。

一般隔日治疗 1 次,10 次为一疗程,疗程间停针 1 周,治疗 10~30 次,连续观察 3 个月。

### 二、针刺敏感点:

在本组 86 例中, 选择背部敏感点压痛明显的 15 例, 观察针刺敏感点的疗效。隔日针刺一次, 用泻法, 不留针, 连续治疗 4 周, 共针刺 12 次为一疗程。

## 治 疗 结 果

### 一、疗效标准:

本组病例以治疗后腹部疼痛、脘腹胀满、上腹压痛、食欲不振、嗳气等五项主要症状的改善作为判断疗效的依据, 并适当参考吐酸、嘈杂、恶心、呕吐等症状的改变情况综合评定疗效。其中以主要症状和参考症状完全消失, 3 个月内未复发者为临床症状消失; 主要症状减轻 2/3, 或五项主要症状中有三项以上消失, 参考症状基本消失者为显效; 主要症状减轻 1/3~1/2, 或五项主要症状中有 1~2 项消失, 参考症状也有不同程度的减轻者为好转; 主要症状无变化, 或在治疗观察期间有复发者为无效。

### 二、治疗效果:

按以上疗效标准统计, 本组 86 例慢性胃炎患者, 治疗后获临床症状消失者 16 例, 占 18.6%; 显效者 36 例, 占 41.9%; 好转者 29 例, 占 33.7%; 无效者 5 例, 占 5.8%。总有效率为 94.2%, 其中显效以上占 60.5%。治疗后临床常见症状都有不同程度的改善, 如表 1 所示, 各项主要症状的消失率均在 40% 以上。

### 三、疗效分析:

1. 年龄、病程、疗程对疗效的影响: 本文 30 岁以下 24 例全部有效, 其中显效以上 16 例, 占 66.7%; 51 岁以上 17 例, 有效 15 例, 其中显效以上 6 例, 占 35.3%。两组显效以上

率相比较, 经统计学处理有显著性差异 ( $p < 0.05$ ), 说明老年人疗效较差。至于病程和疗程的长短对近期疗效均无明显影响 ( $p$  值均  $> 0.05$ )。

2. 中医辨证、针刺取穴和得气感传对疗效的影响: 如表 2 所示, 在中医辨证分型中以脾胃虚寒型疗效较好, 该型 21 例中获显效以上者 15 例, 占 71.4%, 但经显著性测验各型间疗效无明显差异 ( $p > 0.05$ )。在针刺取穴上, 辨证施治组按不同证型取穴。选用不同的针灸方法治疗, 其疗效较单纯针刺(用泻法)敏感点者好, 但经统计学处理两组间亦无明显差别 ( $p > 0.05$ )。针刺不得气或只在局部有酸胀感者效果较差, 而针感沿经放散, 甚至气至病所者, 效果明显提高, 经显著性测验, 组间疗效有非常显著的差别 ( $p < 0.01$ )。

表 2 中医辨证、取穴和针感对疗效的关系

| 疗 效  | 总<br>例<br>数 | 中医辨证             |                  |                  |                  |                  | 取 穴              |        | 针 感              |                  |
|------|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------|------------------|------------------|
|      |             | 肝<br>胃<br>不<br>和 | 脾<br>胃<br>虚<br>弱 | 脾<br>胃<br>虚<br>寒 | 胃<br>阴<br>不<br>足 | 辨<br>证<br>施<br>治 | 针<br>敏<br>感<br>点 | 局<br>部 | 沿<br>经<br>放<br>散 | 气<br>至<br>病<br>所 |
| 症状消失 | 16          | 6                | 5                | 5                | 0                | 14               | 2                | 1      | 11               | 4                |
| 显 效  | 36          | 12               | 11               | 10               | 3                | 28               | 8                | 5      | 28               | 3                |
| 好 转  | 29          | 12               | 10               | 5                | 2                | 26               | 3                | 12     | 14               | 3                |
| 无 效  | 5           | 2                | 1                | 1                | 1                | 3                | 2                | 2      | 3                | 0                |
| 合 计  | 86          | 32               | 27               | 21               | 6                | 71               | 15               | 20     | 56               | 10               |

### 四、病案举例:

例一: 段××, 男, 52岁。1979年3月30日入院治疗。患者有胃痛史3年。经常胃脘胀痛, 两胁胀满, 嗳气方舒, 睡卧不安。1个月前出差时过度劳累, 加之心情不舒, 以致诸症加重, 半月来未饮食, 全靠输液维持营养。不能入睡, 疲乏无力, 并有烧心、恶心想, 大便条状、色黑, 检查大便潜血阳性, 苔薄黄, 脉沉弦。经X线钡餐和胃镜活检, 诊断为慢性浅表萎缩性胃炎, 曾用中西药物治疗未见明显好转。第1次针刺足三里, 用平补平泻手法, 待气至后患者自觉有一股气直接达到胃部, 行针过程中患者半个月来第1次主动要喝水, 20分钟后起针, 胃胀痛明显减轻, 但进少量饮食后仍有轻度恶心。第2次以后加刺期门、内关穴。连续针刺3次, 胃痛消失, 脘胀满、嗳气等明显好转, 食欲正常, 复查大便潜血阴性。以后改为

表 1 慢性胃炎 86 例治疗后临床症状改变统计

| 临床症<br>状改变 | 胃<br>脘<br>痛 | 胃<br>脘<br>胀<br>满 | 纳<br>差 | 嗳<br>气 | 嘈<br>杂 | 泛<br>吐<br>酸<br>水 | 恶<br>心 | 呕<br>吐 | 上<br>腹<br>压<br>痛 | 便<br>干<br>或<br>溏 |
|------------|-------------|------------------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|------------------|------------------|
| 消 失        | 40          | 40               | 35     | 31     | 24     | 31               | 29     | 23     | 23               | 33               |
| 减 轻        | 40          | 39               | 33     | 32     | 20     | 18               | 21     | 4      | 27               | 15               |
| 无变化        | 4           | 4                | 6      | 10     | 6      | 8                | 2      |        | 4                | 6                |
| 合 计        | 84          | 83               | 74     | 73     | 50     | 57               | 52     | 27     | 64               | 54               |

隔日针刺一次,治疗10次后临床症状消失出院。出院后继续门诊治疗。3个月后复检X线钡餐和纤维胃镜活检,浅表性炎症消失,萎缩性胃炎明显好转。1982年9月随访,3年多来病情稳定,未再治疗,一直正常工作。

**例二:**崔××,男,43岁。1981年5月18日初诊。患者有胃病史16年。经常胃脘部隐痛,反复发作,近年来发作频繁,时有恶心呕吐,纳差,体瘦无力,大便干稀不定,面色苍白,舌边有齿痕,苔薄白,脉沉细弱。经X线钡餐和纤维胃镜检查,诊为慢性胃炎、轻度胃下垂。上腹部有明显压痛,面积较大。背部检查:在7、8胸椎两侧旁开1.5寸和3寸处各有一个固定压痛点,似为一圆形结节,压痛明显;9、10胸椎两侧旁开1.5寸处亦各有一个压痛点,针刺这8个压痛点,用泻法,不留针,隔日针刺一次,治疗1个月,共针刺12次。针刺一个疗程后,胃痛消失,食欲增加,精神体力明显好转,大便正常,背部压痛点亦随之消失;但X线与胃镜复查未见明显改善。

## 讨论与体会

慢性胃炎特别是慢性萎缩性胃炎,国内外报道较多,一般认为它有癌变之可能,尤其是B型患者,有的观察9~21年转癌率占10%<sup>(1)</sup>。关于本病的治疗,目前尚无特效疗法,一般采用对症治疗措施,如助消化、制酸解痉、维生素及安定剂等;也有主张采用中西医结合综合治疗<sup>(2、3)</sup>。用中药辨证施治者较多,疗效也较满意<sup>(4~6)</sup>。但用针灸治疗的报道则较少见。

慢性胃炎在祖国医学中属于“胃脘痛”、“脘胀”、“痞满”等范畴。关于本病的针灸治疗,我国最早的医籍《灵枢·胀论》中就有明确记载:“三里而泻,近者一下,远者三下”、“三而不下,必更其道,气下乃止、不下复始,可以万全”以及“明知逆顺,针数不失”等,这里提出针刺的穴位(足三里)、手法(泻法)以及更换穴位,掌握针刺次数等。另外,还强调了选用俞穴,根据病情的虚实,妥善施行补泻的重要性,如《灵枢·海论》指出:“审守其输,而调其虚实,无犯其害,顺者得复,逆者必败”。我们根据以上论据及脾胃的生理、病理特点,并结合个人的实践经验,认为本病与脾经、胃经和肝经

的关系较为密切,其病机多为肝胃不和、脾胃虚弱或虚寒以及胃阴不足等。在治疗上必需根据经络脏腑的关系和穴位的特性,当泻者泻,当补者补,重点在于疏导经气,调和脾胃。本文用针灸治疗慢性胃炎86例,总有效率为94.2%,显效以上占60.5%,取得了较为满意的效果。

在针灸学中很重视经气运行的通畅,故有“不通则痛,通则不痛”的见解。据临床观察,当经气运行受阻呈“不通则痛”的现象时,往往可在有关经络线上特别是在背部俞穴上有所反应,出现敏感性压痛点。据对本组86例的观察,背部俞穴压痛阳性者63例,阳性率为73.3%,压痛特别明显的有29例,占33.7%。本文资料初步证明,针刺这些敏感压痛点同样收到了较为满意的效果。同时也看到了在临床症状好转的过程中,压痛点也随之逐渐消失。实际上这种“以痛为输”的针刺原则,也是一种辨证施治的方法。

对脾胃虚弱型和脾胃虚寒型患者,在针刺运用补法时配合灸法,往往可以迅速收到效果。特别是虚寒型患者,针刺后加用隔姜灸可使多数患者的胃脘痛迅速缓解,大便溏稀者也都有不同程度的好转。至于针刺感传与疗效的关系,我国古代针灸医家早就指出:“针之要,气至而有效”。我们的治疗观察也证明,凡针刺感传出现快、放散远,甚至达到上腹部(即气至病所)者,疗效较好。若针刺不得气或仅在针刺局部有酸胀感者,疗效较差;但通过多次针刺后,部分患者可出现得气或增强感传放散。在临床上除了要强调针刺要得气外,还应注意催气,这是提高针灸效果的重要环节。

本文仅就针灸对慢性胃炎临床症状的改善作了短期的疗效分析,至于远期疗效如何尚待深入观察。本组病例作纤维胃镜复查的例数过少,但从少数病例中可以看到,针灸也有改善病理变化的可能性。

## 参 考 文 献

- (1) 张强华:慢性萎缩性胃炎的性质和意义的重新评论。国外医学参考资料《内科学分册》1(6):249, 1974。

(下转第29页)

旧血即是瘀血,此血不去,便阻化机。”<sup>(5)</sup>我们认为功血即是女子胞去旧生新功能障碍的疾病,关键在于旧血(瘀血)不去。姜春华氏将功血列为活血化瘀法治疗的主要疾病之一<sup>(6)</sup>。本组的临床资料证明,83例功血患者血瘀证候普遍存在,如月经夹有血块者71例(85.5%),经色紫暗48例(57.8%),经期延长(经血淋漓不尽)54例(65.1%),腹痛或腹胀57例(68.7%),乳房胀痛41例(49.4%),舌质紫暗或有紫斑瘀点29例(34.9%)。如病久出血过多,也可导致血气虚损,如本组病例中有面色苍白或萎黄48例(57.8%),舌质淡或淡胖28例(37.7%),面目或下肢浮肿24例(28.9%)。

本组病例的血液流变性改变主要是红细胞电泳时间延长、血浆比粘度增高及血球压积降低。前两项的异常(血瘀气滞型最明显)标志微血流处于粘聚状态,流动性降低,提示有血瘀存在;而后一项的异常(血气两虚型尤为显著)提示血液有形成分的减少,可能是血气虚损的物质基础之一。在甲皱微循环异常方面,功血三型均有异形管襻增加、管襻瘀血、血细胞聚集、微血流流态异常和速度减慢等表现,表明各型均有血瘀存在。血气两虚型与血瘀气滞型相比较,管襻轮廓模糊出现率增高,管襻数目减少,管襻长度缩短,提示血气两虚型存在微血管开放减少、微血管长度缩短、血管通透性增高、血浆渗出增加和局部血流量减少等病理改变。

功血病人经当归芍药散治疗后,微循环障碍明显改善,这可能主要与血液流变性的改变有关。本文的观察结果表明,当归芍药散可以提高功血患者红细胞表面的负电荷密度(红细胞电泳时间缩短 $P < 0.01$ ),降低血浆比粘度( $P < 0.05$ )和血浆渗透压( $P < 0.001$ ),从而可以促使聚集的红细胞解聚,降低红细胞内

粘度,加强红细胞变形能力以及加快微血管中血浆的环形运动等,这不仅有利于微血流的向前推进,而且还有利于血液与组织液之间进行物质交换。

本文结果还表明,功血病人经当归芍药散治疗后,其血球压积、全血比粘度均值与治疗前均值的高低有关。如治疗前增高的血瘀气滞型,治疗后下降,治疗前降低的血气两虚型,治疗后则上升,结果都趋向于正常。我们认为,这可能与当归芍药散具有活血养血的作用有关。文献报道本方除茯苓外,均不同程度地含有叶酸,以当归、川芎的含量为最高,具有一定的抗贫血作用<sup>(7)</sup>,而当归尚有提高红细胞表面负电荷和降低全血比粘度、血球压积及血浆比粘度等作用<sup>(8)</sup>。此外,当归芍药散还能调整植物神经功能<sup>(9)</sup>,从而有可能对血管舒缩功能和血管壁的通透性也有一定影响。

根据我们的临床观察,本方宜用生药散剂,煎剂疗效不佳;对器质性病变引起的子宫出血无效;对兼有寒证或兼有热证病例的疗效显著低于无寒热兼证者。合并有胃疾患者宜在饭前半小时服用。对偏于阴虚有热者可伍用适当药物,以减少不良反应。

中国福利会国际和平妇幼保健院为本文提供病例,并得到了李国维同志的大力支持,在此谨表谢意。

### 参 考 文 献

- (1) 刘树农:上海中医杂志(7):28,1955。
  - (2) 成都中医学院主编:金匱要略选读。184、203页,上海科技出版社,1980。
  - (3) 陈无择:三因极一病证方论。第239页,人民卫生出版社,1957。
  - (4) 汤本求真著(周子叙译):皇汉医学。第三卷,431页,中华书局,1951。
  - (5) 唐容川:血证论。6页,上海人民出版社,1977。
  - (6) 姜春华主编:活血化瘀研究。431页,上海科技出版社,1981。
  - (7) 张小若:中药通报3(1):42,1957。
  - (8) 涂俊杰等:中医杂志23(10):42,1982。
  - (9) 村田高明等:汉方医学3(9):10,1979。
- (上接第47页)
- (2) 张学庸等:慢性萎缩性胃炎专题笔谈。实用内科杂志1(2):57,1981。
  - (3) 潘秀珍等:慢性胃炎辨证论治为主治疗134例初步总结。福建中医(6):21,1981。
  - (4) 徐平等:“胃安”治疗萎缩性胃炎276例疗效观察。江苏中医杂志(1):22,1982。
  - (5) 陈泽民等:60例萎缩性胃炎的辨证论治和疗效观察。武汉医学院学报(3):78,1981。
  - (6) 空军天津医院内二科:胃炎合剂治疗低酸性胃炎50例。人民军医(8):41,1980。