

# 斡旋针法治疗慢性胃炎（脾虚气滞型胃痛）临床研究

左常波

广东省中医院，广东 广州 510120

**[摘要]** 目的：观察斡旋针法治疗慢性胃炎（脾虚气滞型胃痛）临床疗效。方法：将80例患者随机分为2组，斡旋针法针刺组40例采用斡旋针法治疗；西药组40例采用口服质子泵抑制剂埃索美拉唑镁肠溶片治疗。进行治疗前后中医症状积分，临床疗效和血清胃泌素（GAS）、血浆胃动素（MTL）、血管活性肠肽（VIP）的含量比较。结果：经1疗程治疗后，斡旋针法针刺组各项实验室指标改善，中医症状积分降低，斡旋针法针刺组总有效率优于西药组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：斡旋针法治疗慢性胃炎（脾虚气滞型胃痛）的总有效率优于西药治疗，能减轻胃脘部疼痛程度。

**[关键词]** 慢性胃炎；胃痛；斡旋针法

**[中图分类号]** R573.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0231-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.103

慢性胃炎是最常见的消化系统疾病之一，其发病率在各种胃病中占首位，约占门诊接受胃镜检查患者的80%~90%<sup>[1]</sup>。发病多与胃酸、胃肠动力、幽门螺杆菌感染、精神心理等因素有关。现代医学在临床治疗上主要使用制酸药、胃黏膜保护剂、促胃动力药等，这些治疗方法虽然具有见效迅速的优点；但同时也存在副作用大，长期用药易产生耐药性与药物依赖性的缺点<sup>[2]</sup>。中医古籍虽无慢性胃炎这一病名，但根据其临床症状，将慢性胃炎归属中医胃痛的范畴。中医学理论认为胃痛的病因多与素体脾虚或情志不畅有关<sup>[3]</sup>。2009年《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》<sup>[4]</sup>中将慢性胃炎的辨证分型归纳为脾虚气滞、脾胃虚寒、脾胃湿热、肝胃不和、胃阴不足等6种证型。治疗上以理气健脾、和胃止痛为法。随着中医学对本病病因病机认识的逐步深入，中医对该病的治疗积累了丰富的临床经验，特别是中医针灸所具有的廉，效，副作用小的特点在治疗胃痛方面逐渐显现出独特的优势。近年来，笔者积极运用斡旋针法治疗脾虚气滞型胃痛，结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>、《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》<sup>[4]</sup>拟定。

**1.1.1 西医诊断标准** 慢性浅表性胃炎诊断标准：①以反复或持续性上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛，进食后加重，伴暖气、反酸、恶心、纳差等为临床表现；或伴上腹部压痛；②胃镜检查及胃黏膜活检提示慢性活动性炎症征象；③B超及其他检查(如CT)排除肝胆病及胰腺病等。

**1.1.2 中医诊断与辨证标准** (1)胃痛病诊断：①胃脘部疼痛

或；②反复发作史，病程3月以上；③发病前可有饮食、情志、劳累、受寒等诱因。①必备，兼具②或③可诊断。(2)脾虚气滞证型诊断：主症：①胃脘部隐痛或胀痛不适；②餐后明显，饮食不慎后易加重或发作。次症：①食少纳呆；②暖气反酸；③烧心感或灼热感；④大便稀溏或排便无力；⑤疲乏无力；⑥口淡不渴；⑦舌淡苔白；⑧脉细弱。主症必备，次症1项，结合舌脉诊断。

**1.2 纳入标准** ①符合中医脾虚气滞型胃痛诊断标准；②符合西医慢性浅表性胃炎诊断标准；③愿意参与研究并签署知情同意书；④年龄18~65岁，性别不限。

**1.3 排除标准** ①合并消化性溃疡、消化道恶性肿瘤或有腹部手术史患者；②合并其他严重心、肝、肺、肾、血液疾病者；③妊娠期、哺乳期妇女。④目前正在接受其它临床试验者或近半个月用过其他药物、针灸治疗者。

**1.4 一般资料** 观察病例为2014年1—10月广东省中医院针灸科门诊或住院患者，共80例。采用随机数字表随机分为2组，针刺组40例，男18例，女22例；平均年龄(42.13±11.72)岁，平均病程(1.89±1.48)年。西药组40例，男17例，女23例；平均年龄(41.63±10.92)岁，平均病程(1.76±1.51)年。2组患者性别、年龄以及病程等经统计学处理，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 针刺组** 治疗取穴：心门(右)，足三里(右)，太冲(左)，太白(左)。操作方法：患者仰卧位，取0.20mm×40mm毫针，快速刺入，不要求明显得气感，平补平泻，每穴轻轻捻转平补

**[收稿日期]** 2015-03-05

**[作者简介]** 左常波(1969-)，男，医学硕士，主任医师，主要从事董氏奇穴和针灸治疗机制的教学和研究工作。

平泻 30s, 留针 40 分钟, 行针 1 次。隔日 1 次, 治疗 10 次为 1 疗程。

2.2 西药组 给予口服埃索美拉唑镁肠溶片, 每次 20 mg, 每天 1 次。疗程同针刺组。

2 组均治疗 1 疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)中医症状积分:脾虚气滞型胃痛的主要症状有:胃脘疼痛、餐后胃痛加重、烧心或灼热感、嗝气反酸、食少纳呆、排便费力等。症状分级标准及评分如下:0级:无症状;1级:有轻度感觉但不明显;2级:症状稍重但不影响工作;3级:症状严重难于坚持工作。各级评分依次为0分,1分,2分,3分,治疗前后各检测1次。(2)实验室检测指标:2组分别于治疗前后运用放免法测定血清胃泌素(GAS)、血浆胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)的含量,比较治疗前后变化。

3.2 统计学方法 用SPSS17.0软件进行统计分析。采用双侧检验,检验水平 $\alpha=0.05$ 。计量资料使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,治疗前后比较采用配对 $t$ 检验。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验,等级资料比较采用秩和检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[2]拟定,临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:主要症状、体征明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;有效:主要症状、体征明显好转,30% $\leq$ 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 $< 30\%$ 。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组治疗前后主要中医症状积分比较 见表1。针刺组治疗后各项证候积分与治疗前比较均降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),组间治疗后比较,针刺组各项证候积分均较西药组低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后主要中医症状积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	胃脘疼痛	餐后胃痛加重	烧心或烧灼感	嗝气反酸	食少纳呆	排便无力
针刺组	治疗前	1.72 $\pm$ 0.65	1.58 $\pm$ 0.53	0.87 $\pm$ 0.25	1.63 $\pm$ 0.72	1.25 $\pm$ 0.83	0.47 $\pm$ 0.23
	治疗后	0.67 $\pm$ 0.41 <sup>①②</sup>	0.53 $\pm$ 0.31 <sup>①②</sup>	0.32 $\pm$ 0.11 <sup>①②</sup>	0.39 $\pm$ 0.37 <sup>①②</sup>	0.41 $\pm$ 0.31 <sup>①②</sup>	0.14 $\pm$ 0.12 <sup>①②</sup>
西药组	治疗前	1.68 $\pm$ 0.63	1.67 $\pm$ 0.52	0.86 $\pm$ 0.21	1.54 $\pm$ 0.79	1.21 $\pm$ 0.72	0.52 $\pm$ 0.31
	治疗后	0.83 $\pm$ 0.53 <sup>①</sup>	0.75 $\pm$ 0.45 <sup>①</sup>	0.39 $\pm$ 0.13 <sup>①</sup>	0.78 $\pm$ 0.61 <sup>①</sup>	0.54 $\pm$ 0.46 <sup>①</sup>	0.39 $\pm$ 0.23 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组92.5%,对照组62.5%;2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针刺组	40	8(20.0)	18(45.0)	11(27.5)	3(7.5)	92.5 <sup>①</sup>
西药组	40	3(7.5)	10(25)	12(30)	15(37.5)	62.5

与西药组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后GAS、MTL、VIP的含量比较 见表3。2组治疗前后组内比较,治疗后组间比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后GAS、MTL、VIP的含量比较 $(\bar{x} \pm s)$  ng/L

组别	n	时间	GAS	MTL	VP
针刺组	40	治疗前	42.66 $\pm$ 19.77	268.23 $\pm$ 75.41	21.48 $\pm$ 3.12
		治疗后	32.32 $\pm$ 8.71 <sup>①②</sup>	337.58 $\pm$ 68.85 <sup>①②</sup>	28.16 $\pm$ 3.78 <sup>①②</sup>
西药组	40	治疗前	41.25 $\pm$ 20.53	267.83 $\pm$ 76.44	22.89 $\pm$ 2.89
		治疗后	34.53 $\pm$ 9.85 <sup>①</sup>	329.78 $\pm$ 69.23 <sup>①</sup>	26.12 $\pm$ 4.10 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.5 2组不良反应情况 2组患者治疗期间均未发现明显的药物不良反应。

### 5 讨论

慢性胃炎是一种临床常见的疾病,以脘腹胀满、胃脘攻窜作痛、嗝气反酸等为主要症状,中医学将其归属于胃痛的范畴。在胃痛的证治分型中,脾虚气滞证是胃痛最常见的一大证型。此证型是由于素体脾胃虚弱,运化失职,加之忧思恼怒,肝失疏泄,导致胃气阻滞,胃络瘀阻,所谓不通则痛。因此治疗上应以理气健脾,和胃止痛为法。斡旋针法就是这一治法的体现。

斡旋针法所选穴位为心门(右),足三里(右),太冲(左),太白(左)。太冲平肝理气以制其气横逆犯胃;足三里为胃经之合穴,补之可健脾强胃,泻之可引胃气下行,平上逆之气而降浊;太白穴是足太阴脾经的腧穴,穴性属土,有健脾利湿作用,是治疗脾胃虚弱的重要穴位,同时具有良好的通络止痛的作用<sup>④</sup>;心门穴位于尺骨鹰嘴上端,入心经,治疗心胸胃脘疼痛有特效。四穴合用,共奏理气健脾,和胃止痛之功效。

GAS、MTL、VIP的含量是评价胃肠功能的重要指标,对消化道各种机能的调节有重要作用,它们释放的增高或减少可以直接影响消化道的分泌和运动,从而产生一系列的症。有研究报道针刺足阳明经四白、足三里穴后,可以引起健康人MTL、GAS含量明显上升<sup>⑤</sup>。在本研究中,经过斡旋针法治疗后,患者血浆胃泌素,血浆胃动素水平有显著提高,提示斡旋针法能激活人体GAS和MTL的释放,进而激活外周神经系统

肽能神经元,增强胃肠收缩活动,从而改善患者脾虚气滞的相关症状。针灸对VIP的胃肠道激素功能的作用是近年来的研究热点。以往相关研究证实,VIP的胃肠道激素功能主要体现为松弛平滑肌作用<sup>[6]</sup>。本研究的患者在经过斡旋针法治疗后,VIP的含量增加,提示该针法可以促进血管活性肠肽的合成,增加胃黏膜血流量,实现对胃黏膜的保护作用,从而缓解胃脘疼痛。

本研究结果显示,斡旋针法针刺组治疗后各项实验室指标与治疗前比较有改善,证候积分与治疗前比较均降低,且优于西药组;斡旋针法针刺组总有效率达92.5%,西药组总有效率为62.5%;2组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。综上所述数据表明斡旋针法治疗慢性胃炎(脾虚气滞型胃痛)能明显减轻患者胃脘部疼痛程度,提高患者的生活质量。

#### [参考文献]

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:382-384.
- [2] 肖芳.针刺结合穴位注射治疗脾胃虚弱型慢性胃炎的临

床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2014.

- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007.
- [4] 张声生,李乾构,黄穗平,等.慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010(3):207-209.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134-140.
- [6] 赵斌斌,李万瑶,络华婷.太白穴的临床功效[J].蜜蜂杂志,2009(2):31.
- [7] 常小荣,严洁,林亚平,等.针刺足阳明经穴对健康人血浆胃动素胃泌素含量的影响[J].中国中医药科技,2001,8(1):5.
- [8] Park SY, Youm JH, Jung KC, et al. Inhibitory effect of hypochlorous acid on lower esophageal sphincter tone relaxation by vasoactive intestinal peptide [J]. Arch Pharm Res, 2008, 31(12): 1552-1558.

(责任编辑:刘淑婷)

## 推拿联合运动疗法对肩周炎活动度及镇痛效果的影响

杨松

台州市黄岩区院桥中心卫生院针推科,浙江 台州 318025

**[摘要]** 目的:观察推拿联合运动疗法对肩周炎治疗后的活动度及镇痛效果的影响。方法:将确诊为肩周炎的患者100例,随机平均分为2组各50例,观察组采用推拿联合运动疗法治疗,对照组采用单纯的推拿疗法治疗。治疗3疗程后分别采用Constant-Murley Score (CMS) 肩关节评定方法对2组患者进行镇痛作用及活动度进行评估,并对2组治愈效果进行比较。结果:治疗3疗程后,2组CMS疼痛评分都较治疗前有所改善,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),且组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗3疗程后,2组患者CMS活动度水平均较治疗前有提高,治疗前后比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),且组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );2组患者3疗程后治愈率比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论:推拿联合运动疗法治疗肩周炎疗效良好,能改善肩关节的活动度并起到镇痛的效果。

**[关键词]** 肩周炎;推拿疗法;运动疗法;活动度;镇痛效果

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0233-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.104

肩周炎是肩部疼痛和肩关节运动功能障碍性疾病的症候群,常由软组织损伤或者退变等因素引起的,其具体的发病原因尚不明确,各种急性的外伤或者退行性变都是发病的主要原

因,临床表现为起病缓慢,病程相对较长,发病期间表现为阵发性或者持续性的疼痛,急性期疼痛加剧,严重影响患者的生活质量,肩周炎的患者肩关节及周围关节的活动受限,尤其是

**[收稿日期]** 2015-03-15

**[作者简介]** 杨松(1972-),男,副主任中医师,主要从事针灸推拿治疗颈肩腰腿痛。