

(1):34-38 .

15 苏 玮,郭 群 .何首乌的现代药理研究概况[J] .中草药,1997,28(2):119-121 .

16 沈映君主编 .中药药理学[M] .上海:上海科学技术出版社,1997 .174 .

[收稿日期] 2003-05-12 [本文编辑] 周庆辉 赵 莉

· 经验交流 ·

针灸配合中药治疗慢性胃炎 110 例

张 弛¹,周章玲²

(1 河南省周口市中心医院针灸科,河南 周口 466000; 2 解放军总医院针灸科,北京 100853)

[关键词] 慢性胃炎;针灸;中药

[中图分类号] R573.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-1977(2003)02-0141-01

慢性胃炎是常见的消化系统疾病,约占接受胃镜检查病人的 80%~90%,目前尚无特效疗法。本组病例经西医诊断、中医辨证,采取针灸治疗、服用中药的综合疗法,取得了较好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 110 例患者中,男性 70 例,女性 40 例;年龄最小者 15 岁,最大 69 岁;病程最短 3 个半月,最长 40 年;43 例经胃镜检查、67 例经 X 线上消化道钡餐检查的结果为:浅表性胃炎者 89 例,萎缩性胃炎者 21 例。此外,合并十二指肠溃疡 8 例,胃黏膜脱垂 14 例,胃溃疡 10 例,十二指肠球炎 7 例,胃下垂 5 例。胃镜检查的 43 例中,10 例伴有肠上皮化生,3 例伴有不典型增生。

1.2 诊断标准 据《实用内科学》^[1]和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2],患者符合如下条件:(1)中上腹、剑突下或两侧腹隐痛、不适、钝痛、饱胀、嗝气、泛酸、消化不良等。或有食欲不振、疲乏、贫血等。上腹部可有片状压痛。(2)胃镜检查符合慢性胃炎诊断。拒绝胃镜检查者,行 X 线钡餐检查做鉴别诊断。(3)胃黏膜活检符合浅表、萎缩性胃炎的诊断。据《中医病证诊断疗效标准》^[3],在治疗前对病人行中医辨证分型,主要分为虚寒型和虚热型两大类。虚寒型:证见胃痛绵绵、痛喜温按、口淡不渴或渴喜热饮、大便多溏、手足不温、脉沉细、舌淡苔白;虚热型:证见胃痛隐作、灼热不适、嘈杂泛酸、食少口干、大便干燥、脉细数或弦、舌红苔黄或白而少津。89 例浅表性胃炎中,证属虚寒者 50 例,虚热者 39 例;21 例萎缩性胃炎中,证属虚寒者 11 例,虚热者 10 例。全部病人计虚寒者 61 例,虚热者 49 例。

1.3 疗效标准 参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]。临床治愈:胃脘疼痛消失,胃脘无任何不适,饮食正常或偶有餐后不适感,内镜或消化道钡餐检查病变消失;一年内无复发。好转:胃脘疼痛消失或明显缓解,时有上腹不适感及其它伴随症状,内镜或消化道钡餐检查有好转;半年内无复发。无效:自觉症状及体征改善不明显或时有反复,内镜或钡餐检查无进步。

1.4 治疗方法 虚寒型治疗,针灸取穴为脾俞、(胃俞)、中

脘、足三里、内关、公孙。用捻转提插补法,轻刺留针,针后腹部加艾盒灸,待盒内灸条燃烧完毕起针,约 25 min 左右。每日或隔日 1 次,20 次为 1 疗程。中药用徐长卿 12 g、黄芪 15 g、白术 9 g、橘红 9 g、白芍 15 g、生甘草 6 g、当归 9 g。水煎后温服,1 剂/d。虚热型治疗,针灸取穴为胃俞、(脾俞)、中脘、足三里、内关、内庭。用捻转提插手补中寓泻,重刺疾出,不用灸法。每日或隔日 1 次,20 次为 1 疗程。中药用徐长卿 12 g、北沙参 15 g、麦门冬 12 g、白芍 12 g、生甘草 6 g、丹参 12 g、乌梅 9 g、玫瑰花 6 g。水煎后温服,或加工成粗末状,沸水冲茶饮用,1 剂/d。每疗程之间休息 7~10 d。治疗期间停用其它一切中西医治胃病药物。

1.5 统计学方法 浅表性胃炎、萎缩性胃炎两组以及虚寒、虚热两种辨证分型的治疗结果采用秩和检验进行统计学处理。

2 结果

经 1 个半月至半年的治疗,并随访 6 个月至 2 年。110 例中临床治愈 41 例(37.3%),好转 59 例(53.6%),总有效率为 90.9%。对不同的胃黏膜病变及不同中医证型疗效的分析表明,浅表性与萎缩性胃炎,虚寒证与虚热证之间,疗效无统计学差异。见表 1、表 2。治疗过程中,首先消失的症状是胃脘疼痛,其次为吞酸、恶心和胃脘不适。临床中发现,疗效与疗程之间无明显相关性,但病程长者疗效较差。

表 1 疾病分类疗效对比

病变类型	(例数)			
	临床治愈	好转	无效	合计
浅表性胃炎	29	52	8	89
萎缩性胃炎	12	7	2	21
合计	41	59	10	110

注: $u = 1.75, P > 0.05$

(下转第 159 页)

[作者简介] 张 弛(1958-),女,主治医师。
[通讯作者] 周章玲,E-mail:zhouzhangling@mail.china.com

治。陈平伯《外感温病篇》曰：“风温为病，春月与冬季居多，或恶风，或不恶风，必身热，咳嗽，烦渴。”由此，SARS 应属于“温病”范畴，而温病具有明显季节性而分别命名。我国 SARS 始发于 2002 年 11 月，结合上海特点，初步考虑为风温夹疫夹湿变型。

大凡温病含时行疫毒，风热湿浊，先期亟予祛邪，即邪气退正乃安，如妄加滋补，则助邪为虐，贻患无穷；后期当以扶正，即正气足，邪自退，扶正为了清孽。正确把握扶正与祛邪的关系，是治疗 SARS 的关键之一。

此案一诊时，卫分症状已过，进入气分，银翘散加减不中用，患者面赤，有汗，口渴引饮，唇干而燥，为气分有热，亦即阳明气分大热。不恶寒已示表邪已去，远离卫分。际此，一般考虑，予麻杏石甘汤加减。然患者仅有微热，有汗，大便日行 2 次，张老师反复忖度，处以桑白皮汤合黄连解毒汤，葛根芩连汤，小陷胸汤化裁。加金银花、连翘加强清热解毒，抗病毒和抗内毒素作用。鱼腥草为肺部炎症病变常用之药，具有增强机体免疫功能，抗病毒、抗炎等作

用。佩兰芳香化浊，清疫辟秽，醒脾和胃。

当热退不咳，气急已平，精神倦怠，肺部炎症较前吸收，此为病邪渐退，正气已惫，机体存在正气不足，余热未清，瘀阻肺络，肺络不和等诸多因素，故加生黄芪、太子参益气健脾，润肺固本；玉竹、石斛养阴润燥，生津增液；炙鸡内金、陈皮健脾和胃，取培土生金之意。仍用鱼腥草、芦根清余热，生津液。赤芍、丹参、丝瓜络以凉血活血散瘀通络。

凡温病热邪疫毒为患，抓住气分环节积极治疗是上策，选用清热解毒之品为要着，并宜贯彻全过程。不然，病邪入营扰血，方用犀角地黄汤、安宫牛黄丸等则治疗难矣。

“肺主气”、“肾主纳气”，“肺为气之主，肾为气之根”，后用冬虫夏草补肺益肾，有母子相顾之义。以防后患耳。

本案的成功治疗体现了中西医结合治疗 SARS 的优势。

[收稿日期] 2003-06-03 [本文编辑] 黄锦堂

(上接第 141 页)

表 2 辨证分型疗效对比

				(例数)
中医证型	临床治愈	好转	无效	合计
虚寒型	25	35	1	61
虚热型	16	24	9	49
合计	41	59	10	110

注： $u = 1.82, P > 0.05$

3 讨论

慢性胃炎按胃镜形态学观察，一般分为浅表性与萎缩性胃炎两类。慢性胃炎临床上缺乏特异性症状，且症状的轻重与胃黏膜的病变程度不相一致。就诊者多有上腹隐痛、食欲减退、饱胀、嗝气、泛酸、呕恶等症。萎缩性胃炎还可有贫血、消瘦、吃面食不舒、食米醋较适等。另外，患者的中脘、下脘、梁门、胃俞、足三里等穴区可有不同程度的压痛，特别是背部脾胃投影区反应较为敏感。慢性胃炎中医辨证应有虚实之分，但本组病例病程较长，均以气虚为本，虽有寒热，但无实证。盖因一则本病日久伤及正气，二则脾胃系后天之本，病则气血无源，更致正气虚弱。

基于以上认识，我们采取了“通补兼施，补益脾气”的治疗原则。针刺治疗时主选脾俞、胃俞以补脾健中、养胃和络；并选中脘配胃的合穴足三里以调和胃气，导滞止痛；内关、公孙是八脉交会配穴法，能宽胸解郁，善治心胃疼痛。以上诸穴合理配用，针法以补为主可补益脾气、濡胃络，故适用于胃脘疼痛之虚证，配合得当每收速效。中药的配伍以“通补兼施，温凉并用”为原则，但忌用辛热或苦寒之药。主药徐长卿，长于行气止痛，祛风化湿而不燥；橘红燥湿健脾；黄芪补

益中气，并能托毒生肌，配当归生血、活血之功而达气血双补之效；白术配甘草补脾化湿；白芍配甘草柔肝止痛。上药合用，共奏温脾胃、健运化之效。在治疗虚热型胃炎的方剂中，除徐长卿、白芍、甘草外，乌梅收敛生津，与麦冬、沙参为伍，发挥治胃阴不足、阴虚内热之专长；丹参具有活血祛瘀的作用，因其药性偏凉，对血虚有热而又有瘀滞之症者尤为相宜；玫瑰花解肝胆之郁气。诸药合用，是一个补虚、清热而无苦寒、粘滞之虞的药方。

临床效果表明，针药合用治疗慢性胃炎疗效较好，而且浅表性胃炎与萎缩性胃炎的疗效相近。疼痛的缓解多在治疗 1~2 次时显效，这说明针灸对胃脘痛有着很好的作用。从辨证分型的治疗结果来看，虚寒型的疗效似优于虚热型，前者的总有效率为 98.4%，而后者则为 81.6%，但统计结果显示二者并无显著性差异，说明还有其它影响因素存在。另外在临床治疗过程中，虚热型病人的症状容易反复，且饱胀、嘈杂感不易消失，是影响疗效的主要原因。这些仍有待继续探讨。

[参考文献]

- 1 陈灏珠 实用内科学[M].第 10 版.北京:人民卫生出版社,1998.1562.
- 2 孙传兴 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,1998.72.
- 3 国家中医药管理局 中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.6.

[收稿日期] 2003-04-08 [本文编辑] 周庆辉