

# 针刀治疗浅表性胃炎的临床随机对照观察

□王令习\* (山东省滨州医学院烟台校区 烟台 264003)  
王 晶 (北京中医药大学针灸学院 北京 100029)

**摘要:**目的:探讨针刀对浅表性胃炎的治疗效果。方法:将 60 例浅表性胃炎的患者按区组随机法随机分为针刀治疗组和常规药物对照组,分别进行针刀和药物治疗,治疗前、后分别按《中医病症诊断疗效标准》和《中药新药临床研究指导原则》评分,并对测评结果进行统计学分析。结果:经针刀疗法治疗后,临床症状计分值明显下降,治疗前后对比有明显的差异, $P < 0.01$ ,说明针刀疗法有良好的改善临床症状的作用,并明显优于常规药物对照组。结论:对于浅表性胃炎施针刀疗法显著优于常规药物治疗组。

**关键词:**针刀 脊柱区带 慢性软组织损伤 浅表性胃炎

浅表性胃炎是消化系统疾病中的一种常见病和多发病,其临床特点是病程长、缠绵难愈、容易复发。我们从前些年采用针刀医学治疗该病的经验中体会到,针刀医学对本病的治疗具有一定的优越性。我医学院于 2003 年 10 月至 2005 年 6 月收治符合我国慢性胃炎诊断标准<sup>[1]</sup>患者 60 例,为了观察针刀医学治疗内科病尤其是浅表性胃炎的疗效,将临床病例随机分组,现报告如下:

## 一、材料与方 法

### 1. 临床资料

浅表性胃炎患者 60 例,随机分为针刀治疗组 30 例,常规药物对照组 30 例,两组在男女比例、年龄、病程等临床资料基本一致,具有可比性。全部病例均符合(2000 年 5 月)全国慢性胃炎研讨会确认的诊断标准<sup>[1]</sup>。

### 2. 治疗依据及方法

#### (1) 针刀治疗组。

依据针刀医学脊柱区带病因学理论、慢性软组织损伤理论和电生理线路理论<sup>[2]</sup>。针刀治疗手术入路采用“4 步进针刀法”<sup>[2]</sup>,治疗方法运用“针刀手术 8 法”<sup>[3]</sup>。针刀治疗具体操作如下:

①相应椎体有位移者。根据 X 光胸椎的正侧位片,如在 T<sub>5</sub>、T<sub>6</sub>、T<sub>7</sub> 有任何一个方向的微小移位(根据针刀医学影像学原理读片),即在此椎体棘突上和相邻棘突的中点定两点,以此两点作 2 条与脊柱中线垂直的线,并在此 2 条线上以上述相邻棘突的中点为起点,向两侧各旁开 1~1.5cm 各定两点,在此 6 点上进针刀,刀口线均和脊柱中线平行,针体均垂直于背部位的平面,棘突间的两针刺入后,将针体略向下倾斜刺入 0.3~0.5cm,然后将针刀口线转动 90°,沿刀口线纵行切开 2~3 刀即可。脊柱两侧 4 点刺入深度达肋横突关节囊,沿关节间隙切开数刀即可。

②脊柱区带的软组织损伤。其范围在 T<sub>5</sub>、T<sub>6</sub>、T<sub>7</sub>

收稿日期:2006-05-20

修回日期:2006-08-08

\* 联系人:王令习,副教授,长期从事针刀教学与临床工作, Tel: 0535-7100864, E-mail: orangehome1212@163.com。

上、下、左、右,在触诊有阳性点(如压痛、结节、条索等)处进针刀,将根据其阳性反应的走向决定刀口线的方向,如有结节、条索务将其切开、刮碎。

③如无上述两种病因者属电生理功能紊乱者,进行如下针刀治疗。

a. 在剑突与脐连线的中点定一点,针刀体和腹部平面垂直,刀口线和腹中线平行,刺入 0.3~0.5cm 深处,纵行剥离 3~4 下,如食欲不振者纵行剥离速度应缓慢,如经常感到饥饿者,纵行剥离后,即行快速的横行剥离 5~6 下。

b. 在前臂内侧腕横纹中点上 2 寸处定一点,该点位于掌长肌与桡侧腕屈肌之间,针刀从此点刺入,针体垂直于前臂内侧面,刀口线和前臂中线平行,刺入 1~2cm 深处,纵行剥离 3~4 下,如食欲不振者纵行剥离速度应缓慢,如经常感到饥饿者,纵行剥离后,即行快速的横行剥离 5~6 下。

c. 在 T<sub>12</sub> 棘突与 L<sub>1</sub> 棘突之间向两旁旁开 1~1.5cm 各取一点,在此两点上进针刀治疗,针体和背部平面垂直,刀口线和脊柱中线平行,刺入 0.3~0.5cm 深处,纵行剥离 3~4 下,如食欲不振者纵行剥离速度应缓慢,如经常感到饥饿者,纵行剥离后,即行快速的横行剥离 5~6 下。

d. 在 T<sub>11</sub> 棘突与 T<sub>12</sub> 棘突之间向两旁旁开各 1~1.5cm 取两点,在此两点上进针刀,针体和背部平面垂直,刀口线和脊柱中线平行,刺入 0.3~0.5cm 深处,纵行剥离 3~4 下,如食欲不振者纵行剥离速度应缓慢,如经常感到饥饿者,纵行剥离后,即行快速的横行剥离 5~6 下。

治疗间隔时间:5 天治疗一次,一般两次为一疗程。本组均在 1~2 个疗程,平均 2.68 个疗程。术后预防感染、止痛。

#### (2) 常规药物对照组:

幽门螺旋杆菌感染阳性患者给予洛塞克 20mg Bid,克拉霉素 0.25 Bid,甲硝唑 0.2 Tid,作根除幽门螺旋杆菌治疗;消化不良者,给予硫糖铝 1.0 Tid;恶性呕吐者,给予胃复安或吗叮啉,对症治疗。

两组均给予无刺激性食物,忌烟、酒、浓茶和咖啡,进食宜细嚼慢咽,不得暴食暴饮,并注意调节情

志。

#### 3. 统计学处理

选用 SPSS10.0 统计学软件,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表达,计数资料用 X<sup>2</sup> 检验。

## 二、疗效统计

### 1. 症状判断标准

症状判断标准参照国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>而制定。症状评分标准参照中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>制定<sup>[5]</sup>。

评分分为 4 级,无症状记 0 分,轻记 2 分,中记 4 分,重记 6 分,计算治疗前后总积分。

### 2. 疗效评判标准

疗效评判标准参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》<sup>[6]</sup>拟定。

痊愈:临床症状消失;镜下观察炎症好转达轻度;活检组织病理证实胃镜所见,Hp 清除。显效:临床主要症状消失,次症基本消失;镜下观察炎症好转;活检组织病理证实胃镜所见。有效:主要症状明显减轻;胃镜检查粘膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻;活检组织病理证实胃镜所见;炎症级别减轻 1 个级别以上。无效:达不到有效标准。

## 三、结果与讨论

### 1. 两组治疗前后各种症状计分的变化(见表 1)

### 2. 两组治疗后胃镜下粘膜炎症改善及病理变化情况对比(见表 2~3)

### 3. 两组综合疗效比较(见表 4)

针刀医学治疗内科疾病的理论基础和措施是:消除异常的高应力点,恢复动态平衡,纠正胸椎错位;解除交感神经的挤压和牵拉,调整人体电生理线路上的电流量异常,改善微循环。充分调动机体强大的自我调节、自我修复功能,给机体创造一个良好地自我调节、自我修复的环境,尽可能地不干扰机体的自我调节、自我修复的环境和功能,才能更好地发挥出针刀医学治疗内科疾病的临床疗效。针刀闭合性手术操作方法是在中医学的基础

表1 两组治疗前后各种症状计分的变化

组别	例数	胃痛	痞满	纳呆	呕吐	嗝气泛酸	便秘
针刀治疗组	30						
治疗前		4.80±1.24	1.07±1.26	2.03±0.96	1.30±1.15	1.03±0.93	0.76±0.97
治疗后		0.40±0.81**	0.16±0.38**	0.20±0.41***	0.07±0.25***	0.23±0.50*	0.10±0.30***
药物治疗组	30						
治疗前		4.37±1.44	1.20±1.19	2.03±1.03	1.43±1.10	0.93±1.01	0.83±0.91
治疗后		0.86±1.01*	0.36±0.67*	0.67±0.80*	0.50±0.73*	0.36±0.61*	0.67±0.84

与治疗前比较, \*P<0.01, #P<0.05. 与对照组比较, \*?P<0.05, \*??P<0.01

表2 两组治疗后胃镜下粘膜炎症改善情况对比

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效(%)
针刀组	30	4(13.33)	13(43.33)	10(33.33)	3(10.00)	(89.99)*
药物对照组	30	4(13.33)	9(30.00)	13(43.33)	4(13.33)	(86.66)

与对照组比较, \* P>0.05

表3 两组治疗前后胃粘膜活检病理变化

组别	例数	治疗前				治疗后			
		0	+	++	+++	0	+	++	+++
针刀组	30	0	10	5	15	0	15*	12*	3*
对照组	30	0	11	6	13	0	15	11	4

与对照组比较, \* P>0.05。

表4 两组综合疗效比较

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效(%)
针刀组	30	16(53.33)	8(26.67)	3(10.00)	3(10.00)	(90.00)*
对照组	30	14(46.67)	7(23.33)	3(10.00)	6(20.00)	(80.00)

与对照组比较, \*P<0.05。

上吸收西医手术理论和方法而形成的,对中医“通则不痛,痛则不通”和“痛则不松,松则不痛”的说法加以深入研究,指出慢性软组织损伤类疾病的根本病因是动态平衡失调,粘连、挛缩、瘢痕、堵塞是引起慢性软组织损伤的4大病理因素。针刀医学通过对传统中医的经络理论进行创新性探索,提出了经络的实质是人体内的电生理线路系统,并从传统中医“阴阳平衡”理论出发,提出了针刀医学的核心思想就是平衡,并在此基础上对人体生理病理现象做出了新的解释。

针刀医学治疗内科疾病时可能遇到的胸椎复位较难、胸椎复位后易复发、针刀术后造成的20~30

天内竖脊肌收缩力减弱、罹患胸椎周围软组织恢复较慢等难题。

我们通过几年地反复研究和临床验证,基本上解决了两个难题:一是牵引状态下实施闭合性手术和牵引状态下实施针刀手法,较易完成胸椎错位的松解和复位;二是胸椎术后固定难题,一般情况下胸椎针刀术后需佩戴20~30天针刀术后固定器。不但加强了竖脊肌的力量,纠正了胸椎的再次错位,而且使胸椎周围的软组织病变所产生的异常高拉应力、高压应力、高涨应力得到了改善,使机体的自我调节、自我修复工作得以顺利进行。

针刀疗法不象抗生素那样对Hp起到抑杀作用,而是恢复胃的神经功能,调动机体的免疫能力,改善胃粘膜血流量,增强胃粘膜保护等而起到对抗Hp及其致病因素的作用。

结果显示,经针刀疗法治疗后,临床症状计分值明显下降,治疗前后对比有明显的差异,P<0.01,说明针刀疗法有良好的改善临床症状的作用,并明显优于常规药物对照组。在减轻胃粘膜炎症及胃粘膜病理组织损害方面,两组经Ridit分析,P>0.05,无显著差异,说明针刀疗法与常规疗法在胃粘膜炎症的改善方面疗效相似。但常规疗法价格较贵,耐药性高、依从性差、副作用大,长期服药物给胃带来的进一步损伤。针刀疗法价格低廉,易于操作,病人痛苦小,疗程短,适合于不同年龄、不同病程的患

者,可作为治疗浅表性胃炎一种新的疗法,值得推广应用。

### 参考文献

- 1 欧阳钦.消化系统疾病查房释疑.北京:人民卫生出版社,2003,86.
- 2 朱汉章.针刀医学原理.北京:人民卫生出版社,2002,497.
- 3 朱汉章.小针刀疗法.北京:中国中医药出版社,1992,84.
- 4 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准.南京大学出版社,1994.6.
- 5 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案).中西医结合杂志,1990,10(5):319~320.

### Therapeutic evaluation of superficial gastritis treated with acupotomology

Wang Lingxi (Binzhou Medical College, Yantai 264003)

Wang Jing (Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029)

Objective: evaluating the therapeutic effects of treating superficial gastritis using acupotomology. Method: 60 patients suffering superficial gastritis are randomly divided into 2 groups: an acupotomology group, and a group under routine treatment. Scoring the performance of two groups using given standards: Therapeutical and Diagnostic Criteria for Traditional Chinese Medicine, and Guiding Principles for New Traditional Medicine Research. The results are further analyzed using statistical approaches. Results: the acupotomy group presents a better result, compared with the routine treatment group. Conclusion: acupotomy promises a reduced cost but an easier operation. Patients suffer less in a shortened treatment cycle. The therapy deserves wider applications.

Keywords: Acupotomology, Spinal zone, Chronic damage of soft tissue, Superficial gastritis

(责任编辑:张志华,责任编审:许有玲,责任译审:邹春申)

(Continued from Page 123)

Objective: observing the effect of treating the frozen shoulder with acupotomy, compared with the local block therapy. Method: randomly dividing 55 frozen shoulder cases into two groups. Group A (28 cases) is treated with acupotomy, and group B (27 cases) with the local block therapy. Observing the therapeutic effects of both groups, at the end of the 3-month treatment period. Results: after the treatment, the cure rate of group A reaches 46.5%, with a validity of 89.3%, and group B 18.6%, with 70.4% for the validity. The differences between two groups, in both the cure rate and validity are significant ( $P<0.05$ ). Statistics collected 3 month after the treatment show that the cure rate of group A climbs to 53.6%, with a validity of 89.3%, while group B descends to 11.2%, with 70.4% for the validity. The differences between two groups are also significant ( $P<0.05$ ). Conclusion: acupotomy and the local block therapy make significant differences in treating the frozen shoulder. The efficacy of acupotomy is much more promising, compared with the local block therapy.

Keywords: frozen shoulder; acupotomy; local block therapy

(责任编辑:张志华,责任编审:许有玲,责任译审:邹春申)