

柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗慢性浅表性胃炎的临床研究

冯广帅

(河南省安阳市第五人民医院急诊科 安阳 455003)

摘要:目的:分析柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗慢性浅表性胃炎的临床效果。方法:前瞻性选取 2019 年 9 月~2020 年 9 月收治的 92 例慢性浅表性胃炎患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 46 例。在四联疗法基础上,对照组采用柴龙牡蛎汤治疗,观察组在对照组基础上采用穴位埋线治疗。对比两组治疗前、治疗 2 周后胃蛋白酶原水平及炎症介质(白细胞介素-6、C 反应蛋白)水平。结果:治疗 2 周后,两组胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 I/胃蛋白酶原 II 水平均高于治疗前,且观察组高于对照组($P<0.05$);治疗 2 周后,两组血清白细胞介素-6、C 反应蛋白水平均较治疗前低,且观察组较对照组低($P<0.05$)。结论:慢性浅表性胃炎患者经柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗效果较好,可缓解炎症反应,提高胃蛋白酶原水平。

关键词:慢性浅表性胃炎;柴龙牡蛎汤;穴位埋线;胃蛋白酶原

中图分类号:R573.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.039

慢性浅表性胃炎 (Chronic Superficial Gastritis, CSG) 是常见的消化系统疾病,目前临床治疗 CSG 无特效药物,多采用四联疗法治疗,但仅可控制临床症状,对胃蛋白酶分泌、消除炎症效果有限。随着中医学不断发展,证实中医药治疗 CSG 存在明显优势^[1]。柴龙牡蛎汤有清热解毒、解郁护肝、健脾和胃之效。穴位埋线是将羊肠线植入穴位内,通过长期刺激功能性穴位,进而起到相应治疗效果^[2]。但中医治疗 CSG 多采用汤剂或理疗单一治疗较多,柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗 CSG 的效果临床尚未明确。基于此,本研究分析柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗 CSG 的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 前瞻性选取我院 2019 年 9 月~2020 年 9 月收治的 92 例 CSG 患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 46 例。对照组男 26 例,女 20 例;年龄 33~49 岁,平均(41.52±2.31)岁;病程 2~6 年,平均(4.05±0.86)年。观察组男 25 例,女 21 例;年龄 32~48 岁,平均(40.95±2.06)岁;病程 2~7 年,平均(4.01±0.88)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:西医符合《中国慢性胃炎共识意见(2012 年,上海)》^[3]中 CSG 相关标准;中医符合《中医辨证学》^[4]中胆胃不和证,主症:胃脘疼痛,口苦,胀满;次症:反酸、烧心、纳差、嗝气;舌脉质:舌质红、苔黄且薄,脉弦数;幽门螺杆菌(*Helicobacter Pylori*, Hp)阳性。(2)排除标准:伴有其他胃部疾病;伴有恶性病变;过敏体质。

1.3 治疗方法 两组均采用四联疗法治疗。对照组

在四联疗法基础上联合柴龙牡蛎汤,方剂组成:龙骨 20 g、牡蛎 20 g、黄芪 20 g、白芍 20 g、柴胡 10 g、半夏 10 g、太子参 10 g、桂枝 10 g、黄连 10 g、大黄 6 g、甘草 6 g。水煎煮至 400 ml,分别于早晚餐后温服,持续口服 2 周。观察组在对照组基础上加用穴位埋线治疗:取脾俞穴、胃俞穴、足三里穴、中脘穴、上巨虚穴;将 2 号肠线剪至 1~3 cm 不等长度,使用 75% 的酒精浸泡 7 d 以上。根据穴位组织厚度选取相应长度的羊肠线,穿入任氏埋线针。穴位常规消毒,术者戴口罩以及消毒手套,将带有羊肠线埋线针垂直且快速刺入穴位,深度 1.5 cm~2.0 cm,提插行气,得气后,用针芯将羊肠线慢慢推入穴位中,埋入线体后出针,止血后使用创可贴贴住针孔,防止针口感染。1 周 1 次,2 周为一个疗程,治疗 1 个疗程。

1.4 观察指标 (1)胃蛋白酶原(Pepsinogen, PG)水平:采集患者治疗前以及治疗 2 周后清晨空腹静脉血 5 ml,常规 3 000 r/min 离心 10 min,取 500 μL 血清待检;使用全自动生化分析仪(日立 7600 型),采用酶联免疫吸附法测定血清样本的 PG 水平,包括 PG I、PG I/PG II。(2)炎症指标:使用深圳迈瑞公司型号为 BC-5200 五分类血球计数仪,采用酶联免疫吸附法检测白细胞介素-6(Interleukin 6, IL-6)、C 反应蛋白(C-Reactive protein, CRP)水平。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间数据用独立样本 t 检验,组内数据用配对样本 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃蛋白酶原水平比较 治疗 2 周后,两组 PG I、PG I/PG II 水平均高于治疗前,且观察组高

于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组胃蛋白酶原水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	PG I (ng/ml)	PG I /PG II
治疗前	观察组	46	35.61± 10.25	3.85± 0.12
	对照组	46	35.52± 9.68	3.84± 0.13
	t		0.043	3.383
	P		0.966	0.702
治疗 2 周后	观察组	46	81.95± 3.62*	9.02± 0.41*
	对照组	46	75.92± 3.05*	7.45± 0.52*
	t		8.640	16.080
	P		<0.001	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后炎症介质水平比较 治疗 2 周后,两组血清 IL-6、CRP 水平均较治疗前低,且观察组较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后炎症介质水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-6 (ng/ml)	CRP (mg/L)
治疗前	观察组	46	52.87± 9.01	24.28± 3.25
	对照组	46	53.10± 9.06	25.41± 3.30
	t		0.122	1.655
	P		0.903	0.102
治疗 2 周后	观察组	46	25.85± 3.35*	10.71± 1.25*
	对照组	46	32.14± 5.31*	14.59± 2.16*
	t		6.795	10.545
	P		<0.001	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

CSG 是以胃黏膜发生非特异性炎症为主的病理改变,属于慢性反复发作性疾病。中医学认为,CSG 属于“胃痞、胃脘痛”范畴,发病于胃,与肝胆脾胃均有密切关系^[5]。肝胆互为表里,肝主疏泄,有促进胆汁分泌的作用;胆纳藏,将胆汁排入胆道内,可帮助脾胃消化。若肝气郁结,导致疏泄失调,可影响胆汁分泌,排泄障碍,进而发生口苦、胀满等失降之症,因此治疗 CSG 应以化疏肝理气、和胃健脾为原则。

PG 是一种重要的胃内蛋白质,在中性溶液以及微碱性溶液中稳定性差,但在 pH 值 < 5 的酸性环境下,可转化为胃蛋白酶,促进蛋白质分解。PG I、PG II 均是胃蛋白酶亚群,当胃黏膜功能出现异常时,PG I、PG II 水平也随之发生变化。

本研究结果显示,治疗 2 周后,观察组 PG I、PG I /PG II 水平较对照组高,表明 CSG 经柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗,可改善胃蛋白酶原水平,缓解炎症反应。分析其原因为柴龙牡蛎汤中,柴胡有降逆除满之效,龙骨、牡蛎有凝神固敛之效,太子参有益气扶正之效,半夏有和胃降逆之效,大黄有清热解毒之效,黄芪有托毒排脓、敛疮生肌之效,白芍主治肝血亏虚、月经不调、肝脾不和,桂枝能通阳化气,甘草调和以上药物,起到健脾和胃、疏肝利胆作用,利

于消化功能恢复,改善胃黏膜,提高蛋白酶原水平^[6-7]。IL-6、CRP 等多种炎症介质均参与慢性浅表性胃炎发生发展,发挥重要作用。

本研究结果显示,治疗后,观察组血清 IL-6、CRP 水平均低于对照组,表明 CSG 经柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗,可减轻炎症反应。分析其原因在于,现代药理学研究表明,柴胡提取物具有抗炎作用,可抑制机体炎性细胞及介质释放,且有利于减轻结缔组织增生,有助于修复胃肠道黏膜^[8];牡蛎中牡蛎多糖可促进机体增强免疫功能,并具有抗白细胞下降的作用;白芍可缓解胃肠道平滑肌痉挛,调节胃肠道激素分泌,促进胃黏膜恢复,可起到消炎作用^[9]。

穴位埋线是传统中医疗疗方法,脾俞、胃俞均有健脾和胃之效,中脘有理气止痛、通降腑气之效;上巨虚是大肠经下合穴位,有理气和胃、通降腑气之能;足三里是胃经之和,有扶正固本、理气和胃以及理气降逆之效。埋线于以上穴位,可起到有理气止痛、健脾和胃之效;足三里和上巨虚还具有调节免疫和胃肠肌运动,促进肠血流和病变组织新生,修复溃疡,更利于胃功能恢复^[10]。穴位埋线与柴龙牡蛎汤联合治疗 CSG,可发挥协同作用,加快胃黏膜恢复。综上所述,CSG 经柴龙牡蛎汤联合穴位埋线治疗,效果较好,可缓解炎症反应,提高胃蛋白酶原水平。

参考文献

- [1]苏捷,刘松林,杨贤海,等.应用柴胡泻心汤辨治慢性胃炎临床经验[J].中医杂志,2017,58(12):1063-1064.
- [2]刘倩,李永娟,赵俊精,等.穴位埋线配合质子泵抑制剂治疗慢性非萎缩性胃炎的疗效观察[J].世界中医药,2019,14(7):1884-1887.
- [3]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.
- [4]何裕民,王忆勤.中医辨证学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004.45.
- [5]范良,卢保强,姜蓉,等.金不换和胃汤治疗慢性胃炎临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(1):56-58.
- [6]曾震军,杨国红.柴龙牡蛎汤结合西药治疗慢性胃炎的价值研究[J].实用中西医结合临床,2019,19(8):76-78.
- [7]胡海军,付强.柴龙牡蛎汤治疗慢性胃炎临床疗效及对血清炎症因子、胃泌素表达水平的影响[J].陕西中医,2018,39(8):1011-1013,1036.
- [8]余刘勤,贾爱梅,宋永砚.柴胡皂苷抗炎、抗氧化和降脂研究进展[J].中国动脉硬化杂志,2020,28(1):87-92.
- [9]王巧,郭洪祝,霍长虹,等.白芍化学成分研究[J].中草药,2007,38(7):972-976.
- [10]王坤,李光耀,汪花,等.穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜及血清炎症因子表达的影响[J].山东中医杂志,2019,38(1):66-71.

(收稿日期:2021-03-20)