

针灸治疗消化性溃疡的临床分析

赵建英¹ 焦玉新²

(1.新疆奎屯市火车站社区卫生服务中心 833200; 2.新疆伊犁州奎屯医院 833200)

【摘要】目的: 探析针灸治疗消化性溃疡的临床价值。方法: 本次研究, 以就诊于本院的100例消化性溃疡患者为目标病例, 2023年1月-12月期间, 随机数字表法分组患者, 50例基础治疗患者为对照组, 50例联合针灸治疗患者为研究组, 对两组所得不同治疗结局对比与分析。结果: 对比两组治疗前炎症因子水平, 并无统计学差异存在 ($P > 0.05$); 研究组治疗后炎症因子水平, 低于对照组患者 ($P < 0.05$); 研究组治疗有效率相对高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对消化性溃疡患者采取针灸联合治疗, 可有效调节患者炎症因子水平, 提高临床患者治疗效果, 所具价值显著。

【关键词】 消化性溃疡; 针灸; 炎症因子水平; 治疗效果

Clinical analysis of acupuncture treatment for peptic ulcer disease

Zhao Jianying¹ Jiao Yuxin²

(1.Xinjiang Kuitun City Railway Station Community Health Service Center 833200;

2.Kuitun Hospital, Yili Prefecture, Xinjiang, 833200)

[Abstract] Objective: To explore the clinical value of acupuncture treatment for peptic ulcer. Methods: In this study, 100 patients with peptic ulcer in our hospital were the target cases. From January to December 2023, patients were assigned by random numbers, 50 patients in the control group, and 50 patients combined with acupuncture in the study group, and analyzed the different treatment outcomes of the two groups. Results: There was no statistical difference between the inflammatory factors before treatment ($P > 0.05$); the level was lower than the control group ($P < 0.05$); the response rate was relatively higher than the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Combining with acupuncture and moxibustion for peptic ulcer patients can effectively regulate the level of inflammatory factors and improve the therapeutic effect of clinical patients.

[Key words] peptic ulcer; acupuncture; inflammatory factor level; therapeutic effect

消化性溃疡 (PU) 是一种常见的消化系统疾病, 它以慢性、周期性的上腹部疼痛为主, 伴有恶心、反酸、烧心等症状, 近年来, 由于生活压力的增加, 饮食不合理、生活不规律等因素的影响, 这种疾病的发病率呈上升趋势^[1]。西医治疗上以抑制胃酸、修复胃粘膜等为主, 必要时可服用抗幽门螺杆菌 (Hp) 药物。中医属“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”范畴, 多为脾胃虚弱, 饮食不节, 情绪不畅所致, 是临床上常见的消化系统疾病^[2]。中医学认为, 胃溃疡是以“虚”和“实”为主要特征的疾病, 在临床上多采用辨证论治, 取得了较好的效果。近年来, 中医药从辨证论治、中药赋方、针灸、埋线等多个角度对消化性溃疡进行了深入研究。其中, 针灸治疗效果显著, 副作用小, 安全可靠, 临床对针灸治疗认可度逐渐增加, 适用范围也随之扩展^[3]。因而本文针对针灸治疗消化性溃疡的临床价值进行分析, 见下文:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究, 以就诊于本院的 100 例消化性溃疡患者为目标病例, 2023 年 1 月-12 月期间, 随机数字表法分组患者; 对照组 50 例, 其中女性有 28 例, 男性有 22 例, 年龄 25~75 (38.45 ± 2.13) 岁; 研究组 50 例, 其中女性有 23 例, 男性有 27 例, 年龄 25~71 (38.36 ± 2.15) 岁; 患者基础资料对比结果, 具有可比性 $P > 0.05$ 。患者提供相关研究文件。

入选标准: ①符合《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》和《中医内科学》相关规范, ②高度合作; (3) 心理健康状况良好。

排除标准: ①对所用药品有过敏者; (2) 肝、肾功能障碍; (3) 哺乳和怀孕的女性; (4) 合并上消化道出血, 穿孔, 食管溃疡等。

1.2 研究方法

50 例对照组: 实施保护胃粘膜、输液、抗菌药物、质子泵抑制剂、纠正电解质等基础干预: 口服克拉霉素片, 每次 500mg, 每天 2 次; 泮托拉唑肠溶胶囊, 每次 20 mg, 每天 2 次; 阿莫西林胶囊, 每次 1g, 每天两次, 胶体果胶铋胶囊, 每次 200mg, 每天 2 次, 以上四联用药 14 天为一个疗程。

50 例研究组: 取公孙, 内关, 天枢, 中脘, 关元, 足三里, 以此为切入点, 进行针灸治疗, 以确定病因, 并以此为依据, 进行针灸治疗。采用 0.25 mm × 40.00 mm 的华佗牌一次性不锈钢针, 病人仰卧位, 75%酒精消毒后, 施针, 平补平泻, 捻转, 直到气感为止, 如有痛感, 则在足三里下针 1-3 分钟, 然后根据症状进行针刺。胃脘胀痛、嗝气、舌淡紫色的患者, 加“血海”穴, 如果腹痛遇冷加重, 加脾俞、胃俞穴, 每天 1 次, 每次 30 分钟, 每周针刺 5 天, 连续 4 周。

2 组都进行了 4 个星期的持续治疗, 均接受饮食控制与生活干预。

1.3 研究指标

炎症因子水平：在治疗前和治疗前分别抽取患者空腹 5 ml 空血，3000 转/分离心 10 分钟，收集血清。测定肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 和转化生长因子- β (TGF- β) 的含量^[4]。

治疗效果：治愈：病人上腹痛，恶心，呕吐等症状消失，溃疡面恢复正常。有效：治疗后上腹痛、恶心、呕吐等症状消失，溃疡面积减少 1/2。无效：病人上腹痛、恶心、呕吐等症状没有显著改善，溃疡面的面积不到 1/2 或者没有改变，并且还会继续发展^[5]。

1.4 统计学分析

本次选择统计学软件 SPSS 21.0 作为数据处理工具，其中计数资料表示为 (%)，检验为 χ^2 计算；计量资料表示为

($\bar{x} \pm s$)，检验为 t 计算， $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗前后炎症因子水平对比

表 1 中，对比两组治疗前炎症因子水平，并无统计学差异存在 ($P > 0.05$)；研究组治疗后炎症因子水平，低于对照组患者 ($P < 0.05$)。

2.2 两组治疗有效率对比

表 2 中，研究组治疗有效率相对高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后炎症因子水平对比调查表 ($\bar{x} \pm s$)

项目	TNF- α		IL-6		TGF- β	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=50)	2.58 \pm 1.02	2.16 \pm 0.12	195.45 \pm 0.13	108.45 \pm 31.25	68.15 \pm 4.25	55.46 \pm 3.25
对照组 (n=50)	2.77 \pm 1.01	1.19 \pm 1.03	195.36 \pm 0.17	166.45 \pm 32.12	68.52 \pm 5.19	61.28 \pm 4.25
t 值	0.1568	8.4526	0.6925	6.4582	0.7845	6.5623
p 值	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

表 2 两组治疗有效率对比调查表 [n (%)]

项目	治愈	有效	无效	有效率
研究组 (n=50)	22 (44.00)	27 (54.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
对照组 (n=50)	19 (38.00)	21 (42.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
χ^2	-	-	-	5.1126
p 值	-	-	-	$P < 0.05$

3. 讨论

消化性溃疡属于“胃脘痛”范畴，是一种常见的疾病，在男性中发病率较高，其原因多为脾胃虚损，饮食不节，情绪失调等。本病的病机以虚实夹杂、寒热错杂为主要特征。其临床症状以腹痛难以忍受为主，可分为饥饿痛、钝痛和灼痛三种，多发生于中上腹部。胃溃疡多发生在剑突下左侧，以餐后 30 分钟至 2 小时最多；十二指肠溃疡多发生在餐后 3-4 小时，也有可能半夜疼醒。出现这种情况时还会出现反酸、反酸、反酸、嗝气等症状。在胃镜下，溃疡灶呈椭圆形或者圆形，底部光滑，边缘光滑，上面有白色的苔藓，周围的粘膜有水肿，在瘢痕期，可以看到溃疡逐渐缩小，直至消失，粘膜皱襞聚集^[6]。临床上对消化性溃疡应以理气止痛，健脾和胃为主要法则。西医的药物治疗，仅能缓解暂时的痛苦，对病情没有任何的帮助。而针刺疗法可以有效地提高病人的溃疡治愈率和 Hp 根除率，因此受到了医学界的高度重视。针灸是指通过各种针灸手段对人体的腧穴进行刺激，以达到对血液和经脉的调节，从而达到治疗的目的。消化性溃疡的治疗需要一定的时间。针刺治疗消化性溃疡有很好的作用，可以抑制胃酸的分泌，调整胃的功能。在临床上，根据脾胃的俞募、下合两个穴位，实行随证配穴^[7-8]。

研究结果，研究组治疗后炎症因子水平，低于对照组患者 ($P < 0.05$)；研究组治疗有效率相对高于对照组 ($P < 0.05$)。结果现实患者采取基础治疗联合针灸方案，可有效改善调节

患者的炎症因子水平，并有效提高治疗效果，究其原因，泮托拉唑肠溶胶囊是一种新型的三联治疗药物，能有效地降低胃酸分泌，减轻胃粘膜损害。克拉霉素是一种新型的大环内酯类抗生素，能通过阻断其 50 S 亚基的结合而发挥对 H. pylori 的抑制作用^[9]。阿莫西林是目前发现的仅有的一类 β -内酰胺类抗生素，它能在酸性环境中保持稳定，并能穿过细胞壁，与细菌中的转肽酶相结合，从而抑制细菌细胞壁的生成，从而导致细菌持续地被水分子所吸收，最终导致细菌的死亡。基于此，我们提出了针刺疗法“内病外治”的特色^[10]。研究拟从腧穴的局部解剖特点和辨证论治原则出发，借鉴前期对脾胃疾病的选穴频率和方法，选择足太阳、任脉、足阳明胃经为主经穴，并采用辨证论治的方法，对腧穴进行辨证施治。中医辨证以中脘穴加足三里为主，以健脾胃，理气祛痰为主，对脾胃虚寒证可加用内关穴、胃俞穴等进行补中益气，对气滞血瘀证可加用膈俞穴、胃俞穴、内关穴等进行活血化瘀，胃虚者加公孙穴以调养脾胃^[11]。研究选择的“公孙”是足太阴脾经络穴，主要作用是健脾益胃，通调冲脉。内关是手厥阴心包经中的一大要穴，对心、胃、胸等脏腑疾病有良好的治疗作用，能调节阴阳，疏通经脉，同时也能抑制炎症因子的产生。天枢穴属足阳明胃经，针灸后可促进胃肠功能的恢复，但其作用机制尚不清楚。中脘穴属于奇经八脉之一的任脉。关元穴具有培元固本，补益下焦的作用，适用于任何元气不足的人^[12]。足三里为足阳明胃经的要穴，具有通经活络，疏风除湿，扶正祛邪的功效。通过对上述几个腧穴

下转第 95 页

参考文献:

- [1] Adeoye AM, Ogah OS, Ovbiagele B, et al. Prevalence and Prognostic Features of ECG Abnormalities in Acute Stroke: Findings From the SIREN Study Among Africans[J]. *Glob Heart*, 2017, 12 (2): 99-105.
- [2] 王彤, 李鹏强, 李岩, 等. 急性心肌梗死并发急性脑梗死的临床特点和诊治现状[J]. *牡丹江医学院学报*, 2024, 45 (01): 143-145+159. DOI: 10.13799/j.cnki.mdjyxyxb.2024.01.017.
- [3] 胡瑞学, 于丹丹, 李慧敏, 等. 基于2种复杂网络分析方法探索活血化瘀类中药注射液治疗急性脑梗死的疗效[J]. *中国中药杂志*, 2021, 46 (14): 3722-3731.
- [4] Guenego A, Mosimann PJ, Wintermark M, et al. Safety and effectiveness of neuro-thrombectomy on single compared to biplane angiography systems[J]. *Sci Rep*, 2020, 10 (1): 4470.
- [5] Merkler AE, Alakbarli J, Barbar T, et al. Associations between the size and location of myocardial infarction and cerebral infarction[J]. *J Neurol Sci*, 2020, 419: 117182. DOI: 10.1016/j.jns.2020.117182.
- [6] 梁翠翠, 汪禹, 陈铁龙. 急性ST段抬高型心肌梗死合并急性缺血性脑卒中一例[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2020, 30 (11): 918-920.
- [7] 刘艺婷. 脑梗死后心肌梗死在老龄人群中的特点及相关危险因素分析[J]. *心血管病防治知识*, 2023, 13 (23): 3-5.
- [8] 何俊华, 曾智. 中性粒细胞/淋巴细胞比值和平均血小板体积与淋巴细胞比值预测ST段抬高型心肌梗死短期预后的价值[J]. *中国心血管病研究*, 2022, 20 (10): 888-892.
- [9] 朱姝, 余凯, 牛小媛. 急性缺血性卒中患者的肌钙蛋白升高: 病理生理学机制和临床意义[J]. *国际脑血管病杂志*, 2018, 26 (3): 213-219.

上接第92页

进行针灸治疗,可以有效地降低炎症因子的含量,从而改善胃肠道的功能。此外,由于消化性溃疡的不同证候,其临床表现也各不相同,因此,对于出现腹痛、泛酸、腹胀等症状的病人,可以在这个基础上,用不同的经穴进行加减,从而实现相应的证候和症状的搭配。

治疗消化性溃疡的重点在于饮食与心理。病人要保持心情舒畅,饮食要适量,不能暴饮暴食,要注意多餐少食,饮食上要吃一些清淡的东西。如果是比较严重的病人,一定要

卧床休息,不要受到任何的精神刺激,还要做好保暖工作,避免胃着凉。要密切注意粪便的颜色变化,如果有黑便、便血等症状,要立即采取相关处理措施。另外,要鼓励病人多做运动,增强体质,同时要重视扶助正气,避免六淫外邪的侵袭。这种病,如果是虚中带实的,那就比较麻烦了,而且很容易复发,会影响到病人的各个功能,容易引起并发症。

综上所述,对消化性溃疡患者采取针灸联合治疗,可有效调节患者炎症因子水平,提高临床患者治疗效果,所具价值显著。

参考文献:

- [1] 张云, 梁子茂, 潘韦情, 韦英才. 针灸为主治疗消化性溃疡研究进展[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2024, 22 (09): 169-171.
- [2] 宋金萍, 刘仕杰, 杜明明, 谷慧敏. 温针灸联合中药治疗消化性溃疡脾胃虚寒型临床研究[J]. *实用中医药杂志*, 2023, 39 (05): 849-851.
- [3] 徐然, 王海丽, 刘彤, 王学东, 王朝辉. 运用数据挖掘技术探讨针灸治疗消化性溃疡的选穴规律[J]. *河北中医*, 2023, 45 (04): 603-608+612.
- [4] 许真. 温针灸联合小建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效分析[J]. *慢性病学杂志*, 2023, 24 (02): 289-291.
- [5] 夏瑞, 康朝宾. 针灸辅助治疗消化性溃疡的疗效及血清 TNF- α 、IL-8、GAS 的水平变化[J]. *检验医学与临床*, 2021, 18 (16): 2339-2343.
- [6] 刘洪兴, 武胜萍. 针灸治疗消化性溃疡的临床分析[J]. *中国社区医师*, 2020, 36 (20): 85-86.
- [7] 张晓峰, 李萌. 针灸联合小建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的临床效果观察[J]. *临床合理用药杂志*, 2020, 13 (14): 70-71.
- [8] 辛欢, 张玲, 范贵宝. 胃溃灵汤联合针灸治疗消化性溃疡的临床效果分析[J]. *中国处方药*, 2019, 17 (09): 133-134.
- [9] 陈建勇. 黄芪建中汤加减联合针灸治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效观察[J]. *中医临床研究*, 2019, 11 (23): 45-47.
- [10] 忽世秀, 王士源, 吴焕淦, 丁邦友, 赵天平, 朱毅, 秦秀娣, 张智英, 周云, 张琳珊, 刘慧荣. 针灸治疗消化性溃疡荟萃分析[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2019, 21 (08): 1590-1597.
- [11] 和雪婷. 针灸治疗消化性溃疡的临床体会[J]. *中国社区医师*, 2019, 35 (05): 123-127.
- [12] 陶艳丽, 陈俊玲, 陈禧. 苓术健脾清胃汤联合针灸治疗消化性溃疡临床疗效及安全性评估[J]. *四川中医*, 2018, 36 (10): 106-109.