

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

刘 倩 李永娟 赵俊精 刘国通 韩 叙 刘永香

(河北省廊坊市人民医院,廊坊,065000)

摘要 目的:探究穴位埋线法与质子泵抑制剂相配合治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效。方法:选取2016年1月至2018年12月廊坊市人民医院收治的慢性非萎缩性胃炎患者200例作为研究对象,按照随机数字表法随机分为对照组和观察组,每组100例。对照组患者给予奥美拉唑肠溶片口服治疗,观察组给予奥美拉唑肠溶片口服联合穴位埋线治疗。观察并分析2组的治疗效果。结果:观察组总有效率89%,对照组总有效率67%,观察组的症状治愈率明显高于对照组,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组内镜治疗总有效率为88.00%,对照组为77%,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为13.00% (13/100),对照组为8.00% (8/100),组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:穴位埋线与质子泵抑制剂相配合治疗慢性非萎缩性胃炎的疗效显著,治愈率较高,症状得到了较好的改善。

关键词 慢性非萎缩性胃炎;质子泵抑制剂;穴位埋线;临床疗效

Observation on the Efficacy of Acupoint Catgut Embedding Combined with Proton Pump Inhibitor in Chronic Non-atrophic Gastritis

Liu Qian, Li Yongjuan, Zhao Junjing, Liu Guangtong, Han Xu, Liu Yongxiang

(Langfang People's Hospital in Hebei Province, Langfang 065000, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of acupoint catgut embedding combined with proton pump inhibitors in the treatment of chronic non-atrophic gastritis. **Methods:** A total of 200 patients with chronic non-atrophic gastritis admitted to Langfang People's Hospital from January 2016 to December 2018 were selected as the research objects. They were randomly divided into control group and observation group with 100 cases in each group by random number table method. The control group was treated with omeprazole enteric-coated tablets orally, while the observation group was treated with omeprazole enteric-coated tablets orally combined with acupoint catgut embedding. The therapeutic effects of the 2 groups were observed and analyzed. **Results:** The total effective rate was 89% in the observation group and 67% in the control group. The cure rate of symptoms in the observation group was significantly higher than that in the control group. There was a significant difference between the 2 groups ($P < 0.05$). Compared the efficacy of therapeutic endoscopy, the total effective rate was 88.00% in the observation group and 77% in the control group. There was significant difference between the 2 groups ($P < 0.05$). Observed the side effects, the incidence of side effects was 13.00% in the observation group and 8.00% in the control group. There was no significant difference between the 2 groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Acupoint catgut embedding combined with proton pump inhibitor is effective in treating chronic non-atrophic gastritis, with a higher cure rate and better improvement of symptoms.

Key Words Chronic non-atrophic gastritis; Proton pump inhibitor; Acupoint catgut embedding; Clinical efficacy

中图分类号:R245.9;R256.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.07.057

伴随着人们生活节奏的日益加快,各种压力的逐渐增加,起居、饮食等生活习惯发生了巨大的改变,造成了慢性胃炎的发病率呈逐年升高的趋势^{[1][2]}。慢性胃炎(Chronic Gastritis)是指由不同因素造成的胃黏膜慢性炎性病变,发病率在所有胃病中最高,属中医学“胃脘痛”“胃痞”“痞满”范畴。而慢性非萎缩性胃炎属于慢性胃炎的一种,其为不伴有胃黏膜萎缩性改变,胃黏膜层见以淋巴、浆细胞为

主的慢性炎性反应细胞浸润的慢性胃炎^[3],如果不给予积极治疗,则会出现胃黏膜肠化、萎缩,甚至发展为肿瘤性疾病等^[4]。临床上慢性非萎缩性胃炎以上腹部疼痛不适、恶心、反酸、早饱、嗝气等非特异性消化不良等为多见症状,也有部分患者无临床症状。主要病因为幽门螺旋杆菌感染、饮食和环境因素、自身免疫等。对于西医来说,主要是依靠抗酸、保护胃黏膜、促进胃肠动力、止痛等药物来针对症状进行治

疗,但不良反应较大,容易复发,而且多数疗效明显的药物价格普遍较高,依从性差^[5-6]。由于慢性胃炎具有病程长、难治愈的特点,多数患者长期服药,效果不佳,这对患者来说,不仅是对身体上的一种考验,更是心理上的一种煎熬,所以单纯西医治疗此病效果并不理想,而中药及中医外治疗法却可以增加治疗效果^[7]。其中穴位埋线法则可以成为目前治疗慢性非萎缩性胃炎、预防胃癌的重要措施和手段^[8]。本研究在西医治疗的基础上,增加穴位埋线法治疗慢性非萎缩性胃炎取得较好疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2018 年 12 月河北省廊坊市人民医院收治的慢性非萎缩性胃炎患者 200 例作为研究对象,按照随机数字表法随机分为观察组和对照组,每组 100 例。观察组中男 49 例,女 51 例;年龄 20 ~ 55 岁,平均年龄 35.9 岁;病程 7 个月至 11 年,平均病程 5.1 年;胃窦胃炎 33 例,胃体胃炎 23 例,全胃炎 44 例。对照组中男 55 例,女 45 例;年龄 20 ~ 55 岁,平均年龄 39.1 岁;病程 6 个月至 10 年,平均病程 4.2 年;胃窦胃炎 37 例,胃体胃炎 21 例,全胃炎 42 例。患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》中慢性非萎缩性胃炎的诊断标准^[9],所有患者经胃镜检查及组织活检确定为慢性非萎缩性胃炎。

1.3 纳入标准 1)符合《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》中慢性非萎缩性胃炎的诊断标准;2)年龄 20 ~ 55 岁,病史 ≥ 3 个月;3)签署知情同意书,愿意积极配合本方案的相应治疗。

1.4 排除标准 1)不符合《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》中慢性非萎缩性胃炎的患者;2)幽门螺杆菌感染的患者;3)病理诊断疑似有恶性病变的患者;4)伴有肝、肾等主要器官及造血系统疾病患者;5)有神经系统疾病及精神疾病患者或病史、妊娠哺乳期妇女等特殊人群患者;6)对所用药过敏者;7)正在参加其他临床试验者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 单纯通过西医方法进行治疗:口服奥美拉唑肠溶片(山东新时代药业有限公司,国药准字 H20044871)治疗,2 粒/次,2 次/d,连续服用 2 周。

1.5.2 观察组 在对照组治疗的基础上联合穴位埋线治疗,主穴:第二掌骨侧胃穴、第六颈夹脊穴、足三里、中脘、内关;配穴:寒邪客胃者取胃俞穴,饮食

积滞者取下脘、梁门,肝气犯胃者取太冲、肝俞,气滞血瘀者取膈俞。操作方法:穴位皮肤消毒后,将 4-0 可吸收胶原蛋白缝合线剪成 1.5 cm 的线段,然后穿进 7 号一次性使用埋线针,将针尖刺入穴位内,并根据穴位部位调整进针深度,提插得气后,用针芯抵住此线,然后缓慢退出针管,将此线留在穴位内。治疗期间,指导患者保持良好的生活习惯。每 15 d 治疗 1 次,连续治疗 6 次。

1.6 观察指标 1)患者治疗后临床症状改善情况;2)患者治疗后胃镜和病理学改变情况;3)患者治疗过程中不良反应发生情况。

1.7 疗效判定标准

1.7.1 临床症状积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]:主要症状为胃部胀痛,按无、轻、中、重 4 个级别分别记 0、2、4、6 分;次要症状为恶心呕吐、嗝气泛酸、饮食减少,按无、轻、中、重 4 个级别分别记 0、1、2、3 分。

1.7.2 临床总疗效 治愈:临床症状全部消失。显效:症状基本消失,积分减少至 1/3 以下。有效:症状减轻,积分未减少至 1/3 以下。无效:症状没有得到改善或者症状反而加重。临床总有效率 = 治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.7.3 胃镜改善疗效 治愈:胃镜检查、病理组织活检显示恢复正常。显效:胃镜检查胃黏膜糜烂及出血消失,充血减轻,病变范围缩小至 50% 以下,病理活检明显改善。有效:胃镜检查病变范围缩小未至 50%,病理组织活检有所改善。无效:胃镜检查及病理组织活检无改善。临床总有效率 = 治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采取 t 检验。计数资料用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 观察组总有效率 89%,对照组总有效率 67%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者各类型胃炎症状疗效比较 观察组各类型胃炎总有效率均高于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者胃镜治疗疗效比较 2 组患者治疗后胃镜检查均有改善,观察组总有效率为 88.00%,对照组为 77%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者症状疗效比较[例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组(<i>n</i> = 100)	52(52.00)	20(20.00)	17(17.00)	11(11.00)	89(89.00) *
对照组(<i>n</i> = 100)	31(31.00)	22(22.00)	14(14.00)	33(33.00)	67(67.00)

注:与对照组比较, * *P* < 0.05

表 2 2 组患者各类型胃炎症状疗效比较(例)

组别	胃炎类型	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
观察组(<i>n</i> = 100)	胃窦胃炎(<i>n</i> = 33)	16	7	7	3	30(91.00) *
	胃体胃炎(<i>n</i> = 23)	13	4	3	3	20(87.00) *
	全胃炎(<i>n</i> = 44)	23	9	7	5	37(89.00) *
对照组(<i>n</i> = 100)	胃窦胃炎(<i>n</i> = 37)	10	8	7	12	25(68.00)
	胃体胃炎(<i>n</i> = 21)	7	3	2	9	12(57.00)
	全胃炎(<i>n</i> = 42)	14	11	5	12	30(71.00)

注:与对照组比较, * *P* < 0.05

表 3 2 组患者胃镜检查疗效比较[例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组(<i>n</i> = 100)	43(43.00)	28(28.00)	18(18.00)	11(11.00)	88(88.00) *
对照组(<i>n</i> = 100)	37(37.00)	25(25.00)	15(15.00)	23(23.00)	77(77.00)

注:与对照组比较, * *P* < 0.05

表 4 2 组患者各类型胃炎内镜检查治愈率比较(例)

组别	胃炎类型(<i>n</i>)	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
观察组(<i>n</i> = 100)	胃窦胃炎(<i>n</i> = 33)	13	11	6	3	30(91.00) *
	胃体胃炎(<i>n</i> = 23)	10	5	3	5	18(78.00) *
	全胃炎(<i>n</i> = 44)	20	12	9	3	41(93.00) *
对照组(<i>n</i> = 100)	胃窦胃炎(<i>n</i> = 37)	13	9	5	10	27(73.00)
	胃体胃炎(<i>n</i> = 21)	8	4	3	6	15(71.00)
	全胃炎(<i>n</i> = 42)	16	12	7	7	35(85.00)

注:与对照组比较, * *P* < 0.05

表 5 2 组患者治疗不良反应发生率比较[例(%)]

组别	恶心呕吐	腹泻	食欲不振	肝功能异常	总发生率
观察组(<i>n</i> = 100)	4(4.00)	3(3.00)	4(4.00)	2(2.00)	13(13.00)
对照组(<i>n</i> = 100)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	8(8.00)
χ ² 值					1.330
<i>P</i> 值					0.249

2.4 2 组患者各类型胃炎内镜检查治愈率比较,观察组各类胃炎有效率均高于对照组,2 组比较差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 4。

2.5 2 组患者治疗不良反应发生率比较 观察组不良反应发生率为 13.00%,对照组为 8.00%,组间比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。见表 5。

3 讨论

慢性非萎缩性胃炎是因为遭受到众多各类因素长期损伤胃黏膜后导致的慢性炎性反应^[11],其中主要因素有幽门螺杆菌感染、不良饮食习惯、环境因素、遗传等,发病率随年龄而增加^[12]。中医学认为

本病属“胃脘痛”“胃痞”“痞满”范畴。多由饮食不节、受寒湿、七情内伤等多种原因导致脾胃运化无力,致使气血生化不足,病程缠绵,久病致虚劳。对于本病需要辨证虚实、寒热,本虚标实是其病机的根本特点,脾虚是本,气滞、湿热、瘀血是标。目前,西医对本病的治疗主要是对症治疗,或者是针对可能的致病因素治疗,但单纯西药治疗效果差。

中医辨证分型治疗胃脘痛,经验丰富,不仅自成体系,也与现代现代医学有异曲同工之妙。另有研究资料已证实针灸有保护胃黏膜、调节植物神经、改善胃分泌及运动功能的作用,所以中药及中医外治

疗法能给予机体综合调节,增加治疗效果。而穴位埋线疗法正是以中医经络学说为理论依据,通过注入穴位的羊肠线或其他可吸收的蛋白线起刺激作用,调节机体,治疗疾病。其具有安全性高、依从性好,在古老的中医外治疗法中,疗效较为显著^[13]。

穴位埋线疗法属于外治,可以与内治相结合,补充不足。治上则不会犯下,治下则不会犯上,治中则不会犯上下。所以本研究以口服奥美拉唑肠溶片作为对照,观察在服用质子泵抑制剂的基础上联合穴位埋线治疗的疗效,分析 2 组的治疗效果,结果显示虽然 2 组内镜检查的治愈率相近,但观察组的症状治愈率明显高于对照组。

本研究中穴位埋线选取的穴位包括主穴取第二掌骨侧胃穴、第六颈夹脊穴、足三里、中脘、内关;寒邪客胃者取胃俞穴,饮食积滞者取下脘、梁门,肝气犯胃者取太冲、肝俞,气滞血瘀者取膈俞,治疗后患者胃镜征象和病理表现均得到较好的改善。脾为后天之本,身为医者最需要的就是从最根本的地方着手,标本兼顾^[14]。“脾胃论”指出,生化元气的本源应该是脾胃,各种疾病也是因为脾胃损伤导致元气不足而产生的必然结果,提出了补中益气、疏肝和胃,强调了以益元气为主的观点,其本质就是通过调理脾胃,来提高机体的整体免疫能力,因此,通过穴位埋线结合口服质子泵抑制剂治疗慢性非萎缩性胃炎能够取得较好的效果。另外,穴位埋线所选用的可吸收胶原蛋白缝合线,还可以通过一定的生理、物理作用和生物、化学变化在穴内起持续的刺激调节作用,进而从根本上治疗疾病,达到使患者痊愈的效果。穴位埋线与质子泵抑制剂相互配合有望成为目

前治疗慢性非萎缩性胃炎、预防胃癌的重要措施和手段,值得临床推广。

参考文献

- [1] 韩丽荣,武玉欣,邹丽艳,等.幽门螺杆菌的诊断及用药观察[J]. 中国医药指南,2013,11(8):385-386.
- [2] Sugano k,Tack J,Kuipers EJ,et al. Kyoto globa consensus report on helicobacter pylori gastritis[J]. Gut,2015,64(9):1353-1367.
- [3] 张素义. 三仁汤加减治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 中国民间疗法,2017,25(5):51-52.
- [4] 那大舜. 中医辨证治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2017,10(15):92-93.
- [5] Liu J,He L,Haesebrouck F,et al. Prevalence of coinfection with gastric non-Helicobacter pylori Helicobacter(NHPH) species in Helicobacter pylori-infected patients suffering from gastric disease in Beijing,China[J]. Helicobacter,2015,20(4):284-290.
- [6] 沈维. 穴位贴敷配合中药口服治疗慢性非萎缩性胃炎 87 例疗效观察[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(2):234-234.
- [7] 陈海霞. 胃复春配合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 30 例疗效观察[J]. 新中医,2011,43(12):89-90.
- [8] 黄丽,叶国平,吴明霞. 穴位埋线治疗慢性胃炎应用近况[J]. 亚太传统医药,2017,13(5):90-92.
- [9] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见精简版(2017 年,上海)[J]. 上海医学,2017,33(12):705-708.
- [10] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [11] 付艳丽. 中西医结合治疗慢性非萎缩性胃炎 115 例疗效观察[J]. 中国医学工程,2010,18(1):129-129.
- [12] 刘安明,熊昌源. 香砂养胃丸加味治疗脾虚型慢性非萎缩性胃炎临床观察[J]. 内蒙古中医药,2012,31(2):6-7.
- [13] 黄丽,叶国平,吴明霞. 穴位埋线治疗慢性胃炎应用近况[J]. 亚太传统医药,2017,13(5):90-92.
- [14] 申兰国,曹志群. 苦参碱联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎患者的疗效研究[J]. 实用药物与临床,2016,19(7):883-885.

(2018-12-02 收稿 责任编辑:芮莉莉)