

# 胃溃灵汤结合针灸治疗消化性溃疡的疗效及对血清免疫功能蛋白和血清炎性反应因子的影响

黄少鹏<sup>1</sup> 程宏辉<sup>2</sup> 刘 镇<sup>3</sup>

(1 广东省深圳市宝安区中医院社康中医门诊,深圳,518100; 2 广东省深圳市宝安区中医院脾胃科,深圳,518100; 3 广东省深圳市宝安区中医院急诊科,深圳,518100)

**摘要** 目的:分析胃溃灵汤结合针灸治疗消化性溃疡的疗效及对血清免疫功能蛋白水平变化、血清炎性反应因子水平的影响。方法:选取 2015 年 5 月至 2016 年 6 月接收的消化性溃疡患者共 70 例,并依据就医顺序,随机分成 2 组,每组 35 例。对照组给予胃溃灵汤;观察组在对照组的基础上加用针灸治疗。对 2 组患者临床疗效、治疗前后中医候证积分、免疫球蛋白水平、血清炎性反应因子水平进行测定。结果:观察组总有效率 94.29%,对照组总有效率 71.43%,2 组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗后疲倦乏力、胃脘痛、反酸嗝气、纳差便溏 4 项中医症候评分明显低于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗后免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 水平显著高于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗后 IL-6、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$  水平明显低于对照组。结论:针灸结合胃溃灵汤治疗消化性溃疡具有良好效果,并能有效改善患者免疫功能蛋白及血清炎性反应因子水平。

**关键词** 胃溃灵汤;针灸;消化性溃疡;免疫功能蛋白;炎性反应因子

## Curative Effects of Weikuiling Decoction Combined with Acupuncture and Moxibustion on Peptic Ulcer and Influence on the Level of Serum Immune Function Protein and Serum Inflammatory Factors

Huang Shaopeng<sup>1</sup>, Cheng Honghui<sup>2</sup>, Liu Zhen<sup>3</sup>

(1 Chinese Medicine Clinic, Shenzhen Baoan District Community Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen 518100, China; 2 Department of Spleen and Stomach Disease, Shenzhen Baoan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen 518100, China; 3 Emergency Department, Baoan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen 518100, China)

**Abstract Objective:** To analyze the curative effects of Weikuiling decoction combined with acupuncture and moxibustion on peptic ulcer and influence on the levels of serum immune function protein and serum inflammatory factors. **Methods:** A total of 70 patients with peptic ulcer in our hospital from May 2015 to June 2016 were selected and randomly divided into 2 groups according to the order of treatment, with 35 cases in each group. The control group was given Weikuiling decoction, while the observation group was treated with acupuncture on the basis of the control group. The clinical efficacy, TCM syndrome score, immunoglobulin levels, serum levels of inflammatory factors of 2 groups before and after treatment were measured. **Results:** The total efficiency of the observation group was 94.29% and 71.43% in the control group, The difference between the 2 groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ); TCM symptom scores of fatigue, epigastric pain, belching, acid regurgitation, anorexia and loose stools after treatment in observation group were significantly lower than the control group ( $P < 0.05$ ); the levels of immunoglobulin IgG, IgA, IgM in the observation group after treatment were significantly higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ); The levels of IL-6, TNF-alpha, TGF-beta 1 after treatment in observation group were significantly lower than the control group. **Conclusion:** Acupuncture combined with Weikuiling decoction has good effects in treating peptic ulcer, and can effectively improve the levels of immune function protein and serum inflammatory factors in patients with peptic ulcer.

**Key Words** Weikuiling Decoction; Acupuncture; Peptic ulcer; Immune function protein; Inflammatory factor

中图分类号:R289.5;R259;R224 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.032

消化性溃疡指的是在食管、胃、十二指肠黏膜处发生的慢性溃疡,是消化系统的常见及多发病之一<sup>[1]</sup>。可由多种原因造成,与患者的饮食习惯、食物卫生、身体状态及不合理的药物应用等都有紧密联

系。该病初期患者多出现反酸、胃部疼痛等症状,由于症状较为轻微,服药后有所缓解而不易引起患者重视,未能及时治疗控制<sup>[2]</sup>。随着消化道黏膜的受损程度加重,患者的黏膜缺损深度超过黏膜肌

层,患者出现严重疼痛及其他不适症状,且易反复发作,严重威胁人体健康<sup>[3-4]</sup>。我们分析胃溃疡灵汤结合针灸治疗消化性溃疡的疗效及对血清免疫功能蛋白水平和血清炎症反应因子水平的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年5月至2016年6月本院门诊接收的消化性溃疡患者共70例,并依据就医顺序,随机分成2组,每组35例。对照组男21例,女14例,年龄32~66岁,平均年龄(45.78±7.52)岁;观察组男19例,女16例,年龄30~63,平均年龄(45.82±7.65)岁。2组患者的一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照2009年中华中医药学会脾胃病分会的“消化性溃疡中医诊疗共识意见”制定,主症:1)胃脘胀痛,遇情志不遂则痛作或加重;2)嗝气;3)脉弦。次症:1)嘈杂;2)善太息;3)泛酸;4)纳差;5)舌质淡红,舌苔薄白或薄黄。肝胃不和证辨证确诊:除主症及舌脉为必备条件,兼有两项次症<sup>[5]</sup>。

1.3 纳入标准 1)符合中医诊断胃脘痛肝胃不和证和胃镜确诊消化性溃疡;2)年龄18~65周岁;3)自愿参与,并签署知情同意书;4)患者依从性好,没有参加其他临床研究。

1.4 排除标准 1)有出血、穿孔、幽门梗阻和癌变等严重并发症者;2)胃镜证实为穿凿性溃疡、胃溃疡合并重度异型增生者;3)有食管溃疡、直径>2.5 cm的巨大溃疡、胃泌素瘤等特殊溃疡者;4)合并有严重心、肝、肾功能不全、血液系统疾病及精神病患者;5)存在影响临床疗效观察的其他并发症或对受试药物有禁忌证的疾病;6)准备妊娠、妊娠和哺乳期妇女及对受试药物过敏者。

1.5 治疗方法 对照组给予胃溃疡灵汤,组方:赤芍、白芍各20 g、柴胡10 g、炒白术15 g、陈皮10 g、枳实10 g、姜半夏10 g、砂仁10 g、厚朴10 g、蒲公英10 g、白及20 g、黄连6 g、吴茱萸3 g、丹参10 g、炙甘草6 g,上述药物水煎服,1剂/d,1次200 mL,早晚分服。观察组在对照组的基础上加用针灸治疗,主穴:公孙(健)、内关(健)、天枢(双)、中脘、关元、足三里(双)。配穴:肝胃不和者加太冲;脾胃虚寒者加神阙;气滞血瘀者加血海;气血不足者加脾俞、胃俞。针刺方法:取30号2寸不锈钢针,局部消毒,直刺得气后实证用泻法,虚证用补法;若疼痛发作明显时,先刺足三里穴,得气后持续运针1~3 min,直到痛止或缓解,再随证针刺其他穴位;神阙用艾炷隔盐灸

法,一般7壮或14壮为宜。每次留针25 min,1次/d。

1.6 观察指标 对2组患者临床疗效、治疗前后中医候证积分、免疫球蛋白水平、血清炎症反应因子水平进行测定。中医候证积分根据患者临床症状发生的频率、程度及特点,分别记为无:0分;轻度:1分;中度:3;重度:5分,以此记录患者发生倦怠乏力、胃脘痛、反酸嗝气、纳差便溏4个主要证候的积分变化。于治疗前后清晨空腹采集2组患者外周静脉血备检。采用速免疫比浊法测定血清免疫球蛋白IgG、IgA、IgM水平;采用酶联免疫吸附试验(ELISA)法检测血清白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF- $\alpha$ )及转化生长因子(TGF- $\beta_1$ )的水平,试剂盒购自武汉博士德生物工程有限公司。

1.7 疗效判定标准 临床疗效通过胃镜检查并根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》中的消化性溃疡疗效判定标准评分。显效:胃镜显示溃疡愈合,症状体征基本消失;有效:胃镜显示溃疡面缩小1/2,症状明显改善;无效:胃镜显示溃疡无好转,临床症状和体征无改善。总有效率=显效率+有效率。

1.8 统计学方法 选择SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计量资料以平均值±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验比较组间差异;计数资料采用 $\chi^2$ 检验比较,等级资料采用秩和检验比较,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94.29%,对照组总有效率只有71.43%,2组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组患者临床疗效比较(例)

组别	显效	有效	无效
观察组( $n=35$ )	22	11	2
对照组( $n=35$ )	10	15	10

2.2 2组治疗前后中医症候评分比较:观察组治疗后疲倦乏力、胃脘痛、反酸嗝气、纳差便溏四项中医症候评分明显低于对照组( $P<0.05$ )。见表2。

2.3 2组前后免疫球蛋白水平比较 观察组治疗后免疫球蛋白IgG、IgA、IgM水平显著高于对照组( $P<0.05$ )。见表3。

2.4 2组治疗前后炎症反应因子比较 观察组治疗后IL-6、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$ 水平明显低于对照组。见表4。

表 2 2 组治疗前后中医症候评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	疲倦乏力		胃脘痛		反酸暖气		纳差便溏	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=35)	4.09 ± 0.62	0.87 ± 0.16*	4.67 ± 0.32	0.65 ± 0.15*	4.31 ± 0.53	0.71 ± 0.32*	4.52 ± 0.35	0.65 ± 0.51*
对照组(n=35)	4.15 ± 0.54	1.77 ± 0.46	4.61 ± 0.35	1.86 ± 0.52	4.22 ± 0.55	1.68 ± 0.54	4.53 ± 0.41	1.56 ± 0.53

注:与治疗后对照组比较,\* $P < 0.05$

表 3 2 组患者治疗前后免疫球蛋白水平比较( $\bar{x} \pm s$ , g/L)

组别	IgG		IgA		IgM	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=35)	7.92 ± 1.26	12.75 ± 3.25*	1.67 ± 0.51	2.97 ± 0.48*	0.92 ± 0.56	1.92 ± 0.23*
对照组(n=35)	7.81 ± 1.21	10.12 ± 2.20	1.58 ± 0.46	2.22 ± 0.44	0.89 ± 0.57	1.58 ± 0.31

注:与治疗后对照组比较,\* $P < 0.05$

表 4 2 组患者治疗前后炎症反应因子情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	IL-6 (pg/mL)		TGF- $\beta_1$ (ng/mL)		TNF- $\alpha$ (ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=35)	192.81 ± 52.35	107.25 ± 22.15*	69.27 ± 9.65	52.79 ± 7.12*	2.32 ± 0.56	1.02 ± 0.17*
对照组(n=35)	191.74 ± 50.27	152.62 ± 36.25	68.33 ± 10.36	62.12 ± 7.54	2.41 ± 0.57	1.58 ± 0.73

注:与治疗后对照组比较,\* $P < 0.05$

### 3 讨论

随着现代社会生活节奏的日益加快,消化性溃疡的发病率呈逐年增高的趋势。本病多为慢性起病并具有较高隐蔽性,不容易及时发现,且在任何年龄均可发病,起病后可发生出血、穿孔、幽门梗阻甚至癌变等并发症,严重影响人们正常的生活工作<sup>[5,6]</sup>。西医治疗本病疗效确切,其中制酸剂与抗幽门螺旋杆菌的广泛应用,使消化性溃疡的愈合率得到了显著提高<sup>[7]</sup>。但长期临床发现患者经过常规的抑酸治疗后,其溃疡较易复发,而且较易引起幽门螺杆菌耐药菌株的出现和抗生素耐药性。

与消化性溃疡相关的炎症反应因子较多,其中 TNF- $\alpha$  在单核细胞、巨噬细胞和 T 淋巴细胞的正常分泌水平下,可通过促进 T 淋巴细胞增殖分化和增强其免疫能力而调节机体免疫功能<sup>[8]</sup>。IL-6 能促进 B 细胞增殖分化、刺激 T 淋巴细胞、诱导免疫细胞的增殖分化,能发挥良好的免疫调节作用,同时具有多种生物学效应并参与到机体免疫调节和炎症反应过程中,其水平在病理状态下会出现异常升高并导致免疫性病理损伤<sup>[9]</sup>。TGF- $\beta_1$  是由 T 淋巴细胞分泌的具有双向调节作用的免疫因子,正常表达下可抑制 T 细胞和巨噬细胞的增殖,病理状态下的异常表达则会诱导 T 细胞增殖<sup>[10]</sup>。免疫球蛋白是血液、组织液和外分泌液中起重要体液免疫作用的蛋白。研究发现机体受到损伤后会释放大量的皮质醇及细胞因子,并影响 B 细胞的增殖分化而使机体免疫球蛋白出现异常改变。消化性溃疡患者会出现免

疫功能抑制,除了机体在应激状态时大量释放的细胞因子引发免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 的异常释放外,还与溃疡出血导致的血浆蛋白的流失有关<sup>[11]</sup>。因此本研究中所应用的治疗方式能通过有效增加患者体内免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 的含量而增强机体免疫力,促进溃疡的愈合并减少并发症的发生<sup>[10]</sup>。

消化性溃疡属中医学“胃脘痛”“吐酸”“嘈杂”等范畴,近代多从胃脘痛论治溃疡病。消化性溃疡发病机理多为饮食不节、情志不畅、外邪犯胃、气机不调、脾胃虚弱,运化失职等<sup>[11]</sup>。有学者使用康胃愈溃汤 II 号和自制胃溃灵汤剂治疗消化性溃疡,并获得了显著的效果,提示中医药治疗消化性溃疡安全有效,且能改善患者的免疫功能<sup>[12-15]</sup>。目前临床发现中医药在治疗消化性溃疡方面具有显著的疗效,能有效改善临床症状,增加溃疡愈合率,提高溃疡愈合质量,且具有不良反应少,溃疡复发率低,避免耐药性产生等优点,因而具有广阔的临床应用前景<sup>[16]</sup>。针灸是我国特有的治疗疾病的手段,是“内病外治”的典型疗法。针灸通过经络、腧穴的传导作用及一定的行针操作来对全身疾病进行治疗,起到调和阴阳、疏通经络、扶正祛邪等作用,同时帮助患者提高免疫力和整体素质<sup>[17-18]</sup>。本研究所用治疗方法属于单纯中医治疗,其中中药方剂可充分发挥各组分的功效,可通过配伍把握整体治疗,发挥更好的临床治疗作用,从整体上提升患者免疫力,减轻患者炎症反应。而且中药相对不良反应较低,治疗安全性更高,还可同时避免西药治疗产生的抗生素

耐药性,降低溃疡复发率。

目前关于针灸结合胃溃灵汤治疗消化性溃疡的研究报道相对很少,尤其是通过临床治疗有效率、中医候证积分变化、免疫球蛋白水平变化、血清炎症反应因子水平变化,对针灸结合胃溃灵汤治疗消化性溃疡的整体效果进行评价的研究,尚未见报道。本研究中观察组总有效率大于,观察组治疗后疲倦乏力、胃脘痛、反酸嗝气、纳差便溏四项中医症候评分明显低于对照组,观察组治疗后免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 水平显著高于对照组,观察组治疗后 IL-6、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$  水平明显低于对照组。提示针灸结合胃溃灵汤治疗消化性溃疡具有良好效果,并能有效改善患者免疫功能蛋白及血清炎症反应因子水平。

综上所述,胃溃灵汤结合针灸只看了消化性溃疡疗效确切,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 刘辽,杨代喜,蒋丹,等. 康复新液联合泮托拉唑治疗消化性溃疡疗效及安全性的系统评价[J]. 中成药,2014,36(3):491-497.

[2] 王东升,吴丽波,胡中桥. 幽门螺杆菌感染消化性溃疡治疗的疗效分析[J]. 中华医院感染学杂志,2014,24(4):921-923.

[3] Farzaei MH, Abdollahi M, Rahimi R. Role of dietary polyphenols in the management of peptic ulcer[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(21):6499-6517.

[4] 魏秀美. 3 种质子泵抑制剂治疗消化性溃疡的最小成本分析[J]. 中国药房,2016,27(32):4480-4481,4482.

[5] 莫翠毅,杨维忠. 奥美拉唑联合克拉霉素、阿莫西林治疗老年消化性溃疡 35 例[J]. 中国老年学杂志,2014,34(2):478-479.

[6] 张琪,杨建锋,张筱凤. 消化性溃疡患者幽门螺杆菌感染及其耐药率分析[J]. 中华消化内镜杂志,2015,32(11):751-753.

[7] 顾廷,黄一沁,于晓峰,等. 老年消化性溃疡复发相关因素分析[J]. 中华消化杂志,2016,36(6):388-390.

[8] 陈莹,于磊,万崇华,等. 消化性溃疡患者生活质量的影响因素[J]. 广东医学,2014,35(24):3886-3889.

[9] 李娟,翟淑娜,姜腾轩,等. 代谢综合征组分与消化性溃疡的关系研究[J]. 中国全科医学,2014,17(2):134-137.

[10] 周磊,范月娟,陈福元. 质子泵抑制剂联合康复新液对消化性溃疡患者的炎症因子及免疫能力的调控作用[J]. 中国老年学杂志,2016,36(17):4262-4264.

[11] 吴蓉,李国熊,李丽,等. 消化性溃疡患者外周血细胞免疫及体液免疫功能变化分析[J]. 中国全科医学,2016,19(20):2481-2485.

[12] Overmier JB, Murison R. Restoring psychology's role in peptic ulcer[J]. Appl Psychol Health Well Being, 2013, 5(1):5-27.

[13] Sostres C, Gargallo CJ, Lanas A. Interaction between Helicobacter pylori infection, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and/or low-dose aspirin use: old question new insights[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(28):9439-9450.

[14] 孙凤茹. 消化性溃疡的温针灸治疗效果分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2016,21(1):147-149.

[15] Sałagacka A, Zebrowska M, Jeleń A, et al. Investigation of -308G > A and -1031T > C polymorphisms in the TNFA promoter region in Polish peptic ulcer patients[J]. Gut Liver, 2014, 8(6):632-636.

[16] 孟醒,齐淑兰. 针灸治疗消化性溃疡病的选穴规律研究[J]. 中国针灸,2016,36(4):437-441.

[17] Nojkov B, Cappell MS. Distinctive aspects of peptic ulcer disease, Dieulafoy's lesion, and Mallory-Weiss syndrome in patients with advanced alcoholic liver disease or cirrhosis[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(1):446-466.

[18] 陈建芝,聂金涛,靳林静,等. 中医药治疗消化性溃疡的临床进展[J]. 医学综述,2015,21(6):1071-1072.

(2017-02-20 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 2692 页)

behavioral therapy, singly and combined with medication[J]. Sleep Med, 2014, 15(6):701-707.

[4] 李胜前,王洋,刘福,等. 舒眠胶囊治疗肝郁伤神型失眠症的临床研究[J]. 中国药业,2014,23(3):6-7.

[5] Li M, Zhang XW, Hou WS, et al. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies[J]. Int J Cardiol, 2014, 176(3):1044-1047.

[6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 北京:中华人民共和国卫生部制定发布,1993,186.

[7] American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical of mental disorders Forth Edition[M]. Washington DC: American Pstchiatric Press Incorporated, 1994:25.

[8] Laugsand LE, Strand LB, Platou C, et al. Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study[J]. Eur Heart J, 2014, 35(21):1382-1393.

[9] 甘建光,田国强,秦国兴. 枣仁安神胶囊治疗老年性失眠症的疗效及血液流变学研究[J]. 中国中药杂志,2013,38(2):273.

[10] Ong JC, Manber R, Segal Z, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia[J]. Sleep, 2014, 37(9):1553-1563.

[11] 石纶. 中医辨证治疗老年失眠症 40 例[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(5):46-47.

[12] 王志忠,杨斌,孙占鸿,等. 艾司唑仑联合补肾益脑丸治疗失眠症的疗效分析[J]. 中国医药,2012,7(7):848-849.

[13] 李优,应豪睿,汪小琳,等. 原发性失眠症证候及证候要素分布特点的文献研究[J]. 世界中医药,2015,10(1):120-122.

[14] 王志丹,陈少玫. 失眠症中西医结合治疗的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):355-356.

[15] 侯合云. 中西医结合治疗失眠症疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(23):3083-3084.

[16] 聂红,赵志熊. 中西医结合治疗失眠症疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2013,32(20):24-25.

[17] 刘要武. 中西医结合治疗失眠症 45 例疗效观察[J]. 河北中医, 2014, 21(2):239-240.

[18] 柯彤. 中西医结合治疗失眠症 50 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2012,31(15):65-66.

[19] 许中权,张会堂. 中西医结合治疗失眠 62 例临床体会[J]. 吉林医学,2013,34(35):7392-7393.

[20] 熊桂华,张展. 中医治疗失眠症的研究进展[J]. 中国医药科学, 2016,6(3):46-48.

(2016-12-19 收稿 责任编辑:杨觉雄)