

# 针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的疗效观察及对胃肠激素和炎症因子的影响

王佳佳, 杨玲玲, 姚合梅

(河南省南阳市第一人民医院, 南阳 473000)

**【摘要】** 目的 观察针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对患者胃肠激素、氧化应激指标和炎症因子水平的影响。方法 选取 106 例脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎患者, 随机分为观察组和对照组, 每组 53 例。对照组接受常规西药联合穴位贴敷治疗, 观察组在对照组基础上联合针刺治疗。观察两组治疗前后血清胃肠激素[胃泌素-17(gastrin-17, G-17)和生长抑素(somatostatin, SS)]、氧化应激指标[超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)和谷胱甘肽过氧化物酶(glutathione peroxidase, GSH-Px)]以及炎症因子[白细胞介素-32(interleukin-32, IL-32)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )]水平的变化, 观察两组治疗前后中医证候积分的变化, 比较两组临床疗效和不良反应发生情况。结果 观察组总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组治疗后中医证候积分降低( $P < 0.05$ ), 且观察组治疗后低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组血清 G-17、SS、SOD 和 GSH-Px 水平升高( $P < 0.05$ ), 且观察组均高于对照组( $P < 0.05$ ); 两组血清 IL-6、TNF- $\alpha$ 和 IL-32 水平降低( $P < 0.05$ ), 且观察组均低于对照组( $P < 0.05$ )。两组均未发生严重不良反应。结论 在常规西药治疗基础上, 针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎可改善临床症状, 促进胃肠激素分泌, 减轻氧化应激反应, 并抑制炎症反应, 疗效优于单纯穴位贴敷。

**【关键词】** 针刺疗法; 穴位贴敷; 针药并用; 胃炎, 萎缩性; 脾胃虚寒; 胃肠激素; 氧化应激

**【中图分类号】** R246.1 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.12.1325

## Observation on the efficacy of acupuncture plus acupoint application for chronic atrophic gastritis of deficiency cold of the spleen and stomach pattern and its effect on gastrointestinal hormones and inflammatory factors

WANG Jiajia, YANG Lingling, YAO Hemei. Henan Nanyang First People's Hospital, Nanyang 473000, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy of acupuncture plus acupoint application for chronic atrophic gastritis of deficiency cold of the spleen and stomach pattern and its effect on gastrointestinal hormones, oxidative stress indicators and inflammatory factors. **Method** One hundred and six patients with chronic atrophic gastritis of deficiency cold of the spleen and stomach pattern were randomized to an observation group and a control group, with 53 cases in each group. The control group received conventional Western medication plus acupoint application and the observation group received acupuncture in addition. Serum gastrointestinal hormones [gastrin-17 (G-17) and somatostatin (SS)], oxidative stress indicators [superoxide dismutase (SOD) and glutathione peroxidase (GSH-Px)] and inflammatory factors [interleukin-32 (IL-32), interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )] were measured in the two groups before and after treatment. The TCM symptom score was recorded in the two groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects and the incidences of adverse reactions were compared between the two groups. **Result** The total efficacy rate was higher in the observation group than in the control group

with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). After treatment, the TCM symptom score decreased in the two groups ( $P < 0.05$ ) and was lower in the observation group than in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, serum G-17, SS, SOD and GSH-Px levels increased in the two groups ( $P < 0.05$ ) and were higher in the observation group than in the control group ( $P < 0.05$ ); serum IL-6, TNF- $\alpha$  and IL-32 levels decreased in the two groups ( $P < 0.05$ ) and were lower in the observation group than in the control group ( $P < 0.05$ ). No serious adverse reactions occurred in the two groups. **Conclusion** On the basis of conventional Western medication, acupuncture plus acupoint application can relieve the clinical symptoms, promote the secretion of gastrointestinal hormones, reduce oxidative stress reactions and inhibit inflammatory reactions in treating chronic atrophic gastritis of spleen-stomach deficiency cold type. Its therapeutic effect is better than that of acupoint application alone.

**[Key words]** Acupuncture therapy; Acupoint application; Acupuncture medication combined; Gastritis, Atrophic; Deficiency cold of the spleen and stomach pattern; Gastrointestinal hormone; Oxidative stress

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是一种常见的疾病, 其特点是胃黏膜萎缩、黏膜厚度减薄及腺体萎缩, 进而影响胃蠕动和黏膜的保护屏障, 引起胃酸分泌减少、胃肠激素异常和免疫功能低下等一系列不良变化<sup>[1-2]</sup>。常规的西药治疗对于改善患者的症状和缓解疾病进展方面存在一定的局限性<sup>[3]</sup>。CAG 在中医学中属“胃脘痛”“胃痞”“痞满”范畴, 脾胃虚寒型 CAG 是慢性胃炎的常见类型之一<sup>[4]</sup>。脾胃虚寒型 CAG 病机以脾胃虚弱为基础, 受病邪侵袭发病, 是本虚标实的病变<sup>[5]</sup>。胃以降为顺、以通为用, 而现代不良生活习惯易伤脾胃阳气, 致使虚寒内生、气机凝滞, 脾胃运化失权, 应以温经散寒、行气止痛治疗为主。

针刺在治疗胃病方面具有一定的优势和疗效<sup>[6]</sup>。穴位贴敷则是针灸疗法的一种新模式, 通过将药物贴敷于穴位上, 使药物通过穴位进入人体, 进而发挥治疗作用<sup>[7]</sup>。针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型 CAG, 既可以通过针刺调整脏腑平衡, 又可以通过药物的贴敷直

接影响胃肠激素的分泌及氧化应激和炎症反应的发生。研究针刺联合穴位贴敷对脾胃虚寒型 CAG 的胃肠激素、氧化应激指标和炎症因子水平的影响, 对于进一步探索中医针灸疗法在胃病治疗中的应用具有重要的意义。本研究立足于此, 旨在观察针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型 CAG 的临床疗效及其对患者胃肠激素、氧化应激指标和炎症因子水平的影响。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取2022年1月至2023年1月在南阳市第一人民医院中医科就诊的106例脾胃虚寒型CAG患者, 按随机数字表法将患者分为两组, 观察组和对照组, 每组53例。两组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 详见表1。本研究经南阳市第一人民医院伦理委员会审批 (伦理批号11210)。

表1 两组一般资料比较

组别	性别/例		镜下分级/例			年龄/岁 ( $\bar{x} \pm s$ )	病程/年 ( $\bar{x} \pm s$ )
	男	女	0级	1级	2级		
观察组 (53例)	29	24	12	20	21	50 ± 14	3.05 ± 0.95
对照组 (53例)	21	32	9	17	27	47 ± 10	2.87 ± 0.73

### 1.2 纳入标准

符合CAG的西医诊断标准<sup>[8]</sup>, 即上腹部不适 (饱胀、隐痛、灼烧痛), 在进食后加重, 食欲不振, 反酸恶心, 同时可能伴有乏力、体质量减轻、贫血、舌炎等症状, 胃镜检查可见黏膜红白相间, 褶皱变平甚至消失, 结合患者体征、症状、消化内镜以及病理组织检查确诊; 符合脾胃虚寒型CAG的中医诊断标准<sup>[9]</sup>, 主症为胃脘胀

满、喜按喜暖, 次症为少食纳呆、大便稀溏、倦怠乏力、气短懒言, 舌质淡, 脉细弱; 年龄 18~70 岁; 入组前 3 个月内没有接受过其他针对胃炎的替代治疗; 可配合完成治疗并接受相应的随访和检测; 自愿参与本研究并签署知情同意书。

### 1.3 排除标准

合并其他重要疾病者, 如患有胃肠道肿瘤 (重度肠

上皮化生/不典型增生)、炎症性肠病等;严重的胃炎病变(胃溃疡或胃出血)者;合并系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等免疫系统相关的疾病者;最近 6 个月内接受过大手术或重要的胃部手术患者;妊娠或哺乳期者。

## 2 治疗方法

所有患者均接受常规治疗。予口服艾司奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H20046380),每次 20 mg,每日 2 次;口服克拉霉素分散片(南京长澳制药有限公司,国药准字 H19990350),每次 0.5 g,每日 2 次;口服阿莫西林克拉维酸钾分散片(南京臣功制药股份有限公司,国药准字 H20010738),每次 0.25 g,每日 2 次。嘱患者免辛辣刺激性食物、咖啡、酒精和高脂食物,少食多餐,维持规律的饮食时间,保持饮食的清淡,避免过度饮食、暴饮暴食,避免吸烟和饮酒,保持良好的作息规律,避免长时间空腹,适度运动。

### 2.1 对照组

予穴位贴敷治疗。将肉桂、丁香、吴茱萸、小茴香、高良姜各 10 g,打成粉末,用醋调成糊状,制成 1 cm<sup>2</sup>药块。用胶布将药块敷贴在足三里、中脘、关元和脾俞穴上,每次贴敷 2 h,每日 1 次。每周 5 次,共治疗 4 周。

### 2.2 观察组

予针刺联合穴位贴敷治疗。穴位贴敷方法同对照组。针刺治疗取中脘、足三里、内关、气海、脾俞、胃俞和公孙穴。对穴位常规消毒后,用 0.3 mm×75 mm 针灸针对中脘穴进行针刺,得气后,向左捻转行捻转补法,捻转角度要控制在 90°左右,频率 50~90 次/min,其余穴位行平补平泻,留针 30 min,每 15 min 行针 1 次。每日 1 次,每周 5 次,共治疗 4 周。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 中医证候积分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[10]</sup>自拟脾胃虚寒型 CAG 中医证候积分评价标准。主症为胃脘胀满和喜按喜暖 2 项,次症为少食纳呆、倦怠乏力、舌质淡和脉细弱 4 项。主症和次症均采用 6 分计分法,分值与证候严重程度呈正相关。治疗前后分别评估两组患者的中医证候积分。

#### 3.1.2 实验室检测指标

治疗前后分别采集两组患者晨起空腹静脉血 3 mL,用酶联免疫吸附法检测血清炎症因子[白细胞介素-32(interleukin-32, IL-32)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )]、胃肠激素[胃泌素-17(gastrin-17, G-17)和生长抑素(somatostatin, SS)]及氧化应激指标[超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)和谷胱甘肽过氧化物酶(glutathione peroxidase, GSH-Px)]的水平。

#### 3.1.3 不良反应发生情况

密切观察患者的状态,并记录不良反应发生情况。

### 3.2 疗效标准<sup>[10]</sup>

参照中医证候积分评估疗效。

痊愈:症状和体征消失,中医证候积分降低 $\geq 85\%$ 。

显效:症状和体征明显改善,中医证候积分降低 $\geq 70\%$ 且 $< 85\%$ 。

好转:症状和体征好转,中医证候积分降低 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 。

无效:中医证候积分降低 $< 30\%$ 。

总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 好转)例数 / 总例数] × 100%。

### 3.3 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件进行数据分析。计量资料若符合正态分布且方差齐性,则用均数±标准差表示,同一时间点两组间比较用独立样本 *t* 检验,不同时间点组内比较采用配对样本 *t* 检验。计数资料采用例或百分比表示,比较采用卡方检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

#### 3.4.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	53	7	10	28	8	84.9 <sup>1)</sup>
对照组	53	5	9	22	17	67.9

注:与对照组比较 <sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

#### 3.4.2 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前,两组中医证候积分中胃脘胀满、喜按喜暖、少食纳呆、倦怠乏力、舌质淡和脉细弱单项评分

比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组中医证候积分中胃脘胀满、喜按喜暖、少食纳呆、倦怠乏力、舌质淡和脉细弱单项评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 且观察组上述各单项评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

### 3.4.3 两组治疗前后血清胃肠激素水平比较

治疗前, 两组血清 G-17 和 SS 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组血清 G-17 和 SS 水平均升高 ( $P < 0.05$ ), 且观察组均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 4。

表 3 两组治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

单位: 分

项目	观察组 (53 例)		对照组 (53 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘胀满	4.05 ± 0.31	2.46 ± 0.65 <sup>1)2)</sup>	3.96 ± 0.47	2.91 ± 0.55 <sup>1)</sup>
喜按喜暖	4.35 ± 1.21	2.09 ± 0.54 <sup>1)2)</sup>	4.13 ± 0.77	2.30 ± 0.47 <sup>1)</sup>
少食纳呆	3.53 ± 1.07	1.16 ± 0.19 <sup>1)2)</sup>	3.37 ± 0.15	1.84 ± 0.27 <sup>1)</sup>
倦怠乏力	4.02 ± 0.96	1.16 ± 0.19 <sup>1)2)</sup>	3.89 ± 0.82	2.92 ± 0.24 <sup>1)</sup>
舌质淡	3.82 ± 0.78	1.77 ± 0.21 <sup>1)2)</sup>	3.64 ± 1.08	2.03 ± 0.45 <sup>1)</sup>
脉细弱	3.88 ± 0.37	1.30 ± 0.09 <sup>1)2)</sup>	4.15 ± 0.94	3.63 ± 1.01 <sup>1)</sup>

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 4 两组治疗前后血清胃肠激素水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

单位:  $\text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$

组别	G-17		SS	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (53 例)	22.10 ± 2.19	50.45 ± 4.68 <sup>1)2)</sup>	12.29 ± 0.66	20.23 ± 2.47 <sup>1)2)</sup>
对照组 (53 例)	23.45 ± 7.43	37.18 ± 6.93 <sup>1)</sup>	11.76 ± 1.93	17.12 ± 3.85 <sup>1)</sup>

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

### 3.4.4 两组治疗前后血清氧化应激指标水平比较

治疗前, 两组血清 SOD 和 GSH-Px 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组血清 SOD 和

GSH-Px 水平均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 且观察组均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 5。

表 5 两组治疗前后血清氧化应激指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	SOD / ( $\text{nmol} \cdot \text{mL}^{-1}$ )		GSH-Px / ( $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (53 例)	81.29 ± 11.96	120.87 ± 2.35 <sup>1)2)</sup>	40.37 ± 5.34	80.62 ± 9.12 <sup>1)2)</sup>
对照组 (53 例)	81.87 ± 9.64	111.01 ± 4.68 <sup>1)</sup>	41.14 ± 12.98	72.03 ± 18.46 <sup>1)</sup>

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

### 3.4.5 两组治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗前, 两组血清 IL-6、TNF- $\alpha$  和 IL-32 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组血清

IL-6、TNF- $\alpha$  和 IL-32 水平均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 且观察组均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 6。

表 6 两组治疗前后血清炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组 (53 例)		对照组 (53 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IL-6 / ( $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ )	71.71 ± 10.68	36.84 ± 6.26 <sup>1)2)</sup>	70.67 ± 3.34	41.02 ± 3.99 <sup>1)</sup>
TNF- $\alpha$ / ( $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ )	25.18 ± 3.75	11.40 ± 1.21 <sup>1)2)</sup>	23.93 ± 5.29	17.94 ± 2.52 <sup>1)</sup>
IL-32 / ( $\text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ )	78.31 ± 5.32	40.50 ± 2.65 <sup>1)2)</sup>	75.89 ± 11.50	46.84 ± 13.05 <sup>1)</sup>

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

### 3.5 两组不良反应比较

两组均未发生严重不良反应。

## 4 讨论

慢性萎缩性胃炎 (CAG) 发病与幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, *H. pylori*) 感染(诱发胃黏膜的慢性炎症反应导致胃黏膜的萎缩和腺体的破坏)、胃酸和胃黏液屏障的失衡(胃酸分泌过多或胃黏液分泌减少, 导致胃酸和胃蛋白酶等消化酶对胃黏膜的直接损伤)、免疫系统异常、环境和遗传因素等因素有关<sup>[11]</sup>。目前排除 *H. pylori* 感染是慢性胃炎治疗的首选, 同时给予胃黏膜维护和对症治疗(如胃酸抑制、胃动力药物)<sup>[12]</sup>。但是, 因 *H. pylori* 对抗生素的耐药性逐渐增加, 胃黏膜损伤后的修复和再生能力较差以及对症治疗欠缺等因素, 常规治疗往往存在疗效欠佳和复发率高的问题<sup>[13]</sup>。进一步研究和探索更加有效的治疗方法, 对提高 CAG 治疗效果和患者生活质量十分重要。

中医学古籍中并没有 CAG 的相关记载, 但根据其临床表现, 可归纳为“胃脘痛”“胃痞”“痞满”等范畴<sup>[14]</sup>。《兰室秘藏·中满腹胀》: “或多食寒凉, 及脾胃久虚之人, 胃中寒则胀满, 或脏寒生满病。”“脾胃虚”是其主因, 病位在中焦, 与脾、肝关系密切<sup>[15]</sup>。临床中以脾胃虚寒型最为常见, 多因脾胃虚弱、湿毒内生、气滞血瘀导致, 应以益气健脾和理气活血治疗为主。本研究结果显示, 对照组中医证候积分降低, 说明在常规治疗基础上穴位贴敷有一定的疗效。穴位贴敷是中医特色疗法, 以针灸经络“内属于脏腑, 外络于肢节”为理论基础, 将穴位、经络、药物三者有机结合。刺激穴位可增强脾胃的阳气, 改善虚寒的症状, 提高患者消化能力; 同时调理脾胃的气血运行, 提高脾胃功能, 增强消化吸收能力<sup>[16]</sup>。足三里穴属足阳明胃经穴, 针刺可调理脾胃、通经活络。以往研究<sup>[17]</sup>已证实, 足三里穴配伍中脘和内关穴, 有和胃降逆、宽中利气的作用, 主治胃脘痛。中脘穴属任脉, 任脉主治胃痛、呕吐、呃逆, 具有和胃健脾、降逆利水的作用。关元穴具有调理冲任、利尿除湿、培补元气的作用。脾俞穴属足太阳膀胱经穴, 具有调理脾胃、运脾除湿、通经活络的作用。敷贴药材多具备温里散寒止痛功效。肉桂散寒止痛, 温通经脉; 丁香温阳补肾; 吴茱萸散寒止痛, 降逆止呕; 小茴香祛寒止痛, 理气和胃; 高良姜温胃止呕, 散寒止痛<sup>[18]</sup>。通过以上多种途径共奏温阳祛寒、调理脾胃的功效。

本研究结果显示, 观察组治疗后中医证候积分低于对照组, 总有效率高于对照组, 说明针刺联合穴位贴敷可进一步提高疗效。CAG 患者胃络受损, 胃气阻滞, 故觉痞满不适, 喜温喜按而痛减, 当治以温中散寒, 健脾理气。中脘穴为任脉穴, 是胃腑的敏感反应点, 也是脾胃疾病的重要穴位<sup>[19-20]</sup>。《奇经八脉考》有言“任脉者, 起于中极之下……会手太阳、少阳、足阳明于中脘……”, 针刺中脘穴具有振奋脾胃、调整脏腑阴阳的作用, 同时中脘穴配伍足三里穴可进一步增强和胃降逆、宽中利气功效。胃俞穴可调理脾胃, 运脾除湿, 通经活络, 配伍足三里穴, 具有调理肝脾的作用。内关穴调气和胃, 通经活络。气海穴行气活血, 培补元气; 脾俞穴调理脾胃。公孙穴属足太阴脾经穴, 可和胃健脾, 调理冲脉, 通经活络, 配伍内关、中脘和足三里穴, 有和胃健脾、理气化食的作用。针灸辅助治疗可进一步提高患者的胃肠功能, 缓解临床症状。研究<sup>[21]</sup>表明, 针灸辅助治疗 CAG 可进一步提高疗效, 可有效缓解临床症状, 与本研究结果一致。

本研究结果显示, 观察组治疗后血清 SS、G-17、SOD 和 GSH-Px 水平均升高, 且高于对照组; 观察组治疗后血清 IL-6、TNF- $\alpha$  和 IL-32 水平均降低, 且低于对照组; 可见针刺联合穴位贴敷可进一步改善患者炎症水平、胃肠功能以及氧化应激水平。这可能与针刺联合穴位贴敷可调节免疫系统的功能、改善胃部的血液循环有关。CAG 病理过程中, 氧化应激反应增强, 导致氧自由基的产生和胃黏膜的损伤。针刺可以通过调节胃部的氧化应激水平, 减少氧自由基的产生, 保护胃黏膜的完整性。

本研究在样本数量方面存在局限性, 无法充分代表整个脾胃虚寒型 CAG 患者群体, 结果的普适性和可靠性有待进一步验证。本研究因条件限制没有设置安慰剂或假治疗组进行对照, 难以排除其他因素对结果的干扰。因此, 补充样本量、设置多中心研究方案是未来研究的发展方向。

综上所述, 在常规西药治疗基础上, 针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎可改善临床症状, 促进胃肠激素分泌, 减轻氧化应激反应, 并抑制炎症反应, 疗效优于单纯穴位贴敷。

## 参考文献

- [1] 鲁寅瑛, 周园芳, 肖明亚, 等. 温中复原促愈汤治疗慢性

- 萎缩性胃炎临床疗效及对胃肠道激素的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2022(11):98-101.
- [2] 陈稀烦, 骆瑛, 张丹. 参芪健胃颗粒对脾胃虚寒证慢性萎缩性胃炎患者的胃肠激素及氧化应激状况的影响[J]. 中国药物与临床, 2020(1):1-5.
- [3] 张振山, 许迪, 姚天宇, 等. 改良双联疗法与含铋四联疗法在 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎治疗中的对比研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021(5):267-270.
- [4] 余荣荣, 郭金伟, 葛惠男. 益气活血通络方加减对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜 PTEN 及血清 IL-6, TNF- $\alpha$  的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2023(1):52-57.
- [5] 马燕, 唐伟, 陈久红. 加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2022(4):111-114.
- [6] 林立淇, 李培武, 胡启彦. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 陕西中医, 2023(6):811-814.
- [7] 李汪, 蔡虹, 刘坤, 等. 交感神经激活在穴位贴敷促进胃溃疡大鼠溃疡愈合及胃功能改善中的作用[J]. 针刺研究, 2023(5):446-453.
- [8] 李军祥, 陈诺, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018(2):121-131.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010(5):345-349.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:54.
- [11] 赵兵, 周斌. 人胃黏膜端粒功能障碍与慢性萎缩性胃炎的相关性研究[J]. 中华消化杂志, 2023(1):47-51.
- [12] 闫奇. Hp 感染及血清 PCT、G-17 在参与介导老年慢性萎缩性胃炎病理过程中的作用[J]. 中国老年学杂志, 2023(7):1578-1580.
- [13] 董紫薇, 刘建平, 杨森, 等. 国医大师李佃贵治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎用药经验[J]. 中医药导报, 2023(9):101-105.
- [14] 于勇, 黄雅慧, 赵唯含, 等. 益气活血法对慢性萎缩性胃炎癌前病变 Ki-67 和肿瘤标记物的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2023(2):329-335.
- [15] 裴蓓, 刘云, 宋标, 等. 脾胃培源方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者疗效及对胃黏膜三叶因子 2、核因子- $\kappa$ B 表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2023(3):121-125.
- [16] 林立淇, 李培武, 胡启彦. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 陕西中医, 2023(6):811-814.
- [17] 邢建菲, 苏倩奕, 吴海新, 等. 中医外治法在慢性萎缩性胃炎中的应用研究进展[J]. 世界中医药, 2023(1):137-140.
- [18] 饶显俊, 谢晶日, 刘思邈, 等. 近十年针刺治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究进展[J]. 环球中医药, 2023(10):2127-2133.
- [19] 欧阳观, 徐桂菊. 温通针刺中脘联合百笑灸治疗慢性萎缩性胃炎患者的效果及对胃动力的影响[J]. 广西医学, 2022(18):2128-2131.
- [20] 章海凤, 罗淑瑜, 张瑶, 等. 热敏灸“中脘”穴对慢性萎缩性胃炎模型大鼠血清 GH、PG 的影响[J]. 中国针灸, 2020(3):279-284.
- [21] 周亚丹, 张华, 刘高仁. 针刺联合穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及对血清炎性因子和胃肠激素的影响[J]. 上海针灸杂志, 2023(7):677-682.

收稿日期 2024-04-10