

穴位注射配合西药治疗胆汁反流性胃炎 30 例临床研究

缪 奇 祥*

摘要 目的:观察穴位注射配合西药治疗胆汁反流性胃炎的疗效及与单独运用穴位注射和西药的疗效相比较。方法:将门诊收治已确诊为胆汁反流性胃炎的 90 例患者以观察表序号随机分为观察组、穴位注射组、对照组各 30 例进行观察。结果:观察组症状积分明显优于其他 2 组($P < 0.05$),穴位注射组与对照组症状疗效比较差异不明显($P > 0.05$),但症状积分优于对照组($P < 0.05$);观察组镜下及组织学变化疗效明显优于对照组($P < 0.05$),穴位注射组与对照组比较差异无显著性($P > 0.05$);观察组综合疗效明显优于对照组($P < 0.05$),穴位注射组与对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。结论:穴位注射配合西药治疗本病具有缩短疗程、提高疗效、消除副反应及降低复发率等优点,值得推广运用和深入研究。

主题词 胆汁反流/中西医结合疗法 胃炎/中西医结合疗法 水针

胆汁反流性胃炎是临床常见病,目前中西医对本病的治疗均感棘手。1998 年 8 月~2000 年 8 月,笔者采用随机对照的研究方法,对我处已确诊为该病的患者选取 90 例分组进行了相应的治疗,现将临床研究结果报告于下。

1 临床资料

1.1 一般资料:全部观察病例均来自本院门诊,90 例患者根据观察表序号,按表号随机分为观察组、穴位注射组(以下简称穴注组)、对照组。观察组 30 例,其中男 16 例,女 14 例;年龄 19~56 岁,平均 39.2 岁;病程 1 月~6 年,平均 1.9 年;胃手术后 8 例,非手术者 20 例,胆囊术后 2 例,慢性浅表性胃炎 16 例,慢性萎缩性胃炎 8 例,十二指肠球部溃疡者 3 例,十二指肠炎 3 例,伴肠上皮化生 3 例,不典型增生 3 例。穴注组 30 例,其中男 15 例,女 15 例;年龄 20~55 岁,平均 38.5 岁;病程 1 个月~7 年,平均 2 年;胃手术后 10 例,非手术者 18 例,胆囊术后 2 例,属慢性浅表性胃炎 14 例,慢性萎缩性胃炎 9 例,十二指肠球部溃疡者 4 例,十二指肠炎 3 例,伴肠上皮化生 5 例,不典型增生 2 例。对照组 30 例,其中男 17 例,女 13 例;年龄 18~59 岁,平均 39 岁;病程 1 个月~6.5 年,平均 1.8 年;胃手术后 7 例,非手术后 22 例,胆囊术后 1 例,属慢性浅

表性胃炎 15 例,慢性萎缩性胃炎 9 例,十二指肠球部溃疡者 4 例,十二指肠炎 2 例,伴肠上皮化生 3 例,不典型增生 4 例。以上 3 组在性别、年龄、病程、病情等方面差异无显著性($P > 0.05$),有可比性。

1.2 诊断与排除标准:诊断标准参照《3200 个内科疾病诊断标准》^[1]:(1)典型的上腹灼热痛;不为碱性药缓解等临床症状,(2)胃镜检查:有符合本病炎症存在及不同程度的胆汁反流,(3)空腹三羟胆酸超过 35mg/ml,(4)组织学改变:有比较特殊性的病理表现。其中具备 3 项即可基本诊断为本病。

排除标准:(1)不具备以上任何 3 项者,(2)不合作者,(3)未按规定用药治疗,或中断治疗,无法判定疗效或资料不全影响疗效判断者,(4)合并有心、脑、肝、肾、造血等系统严重疾病者,(5)病理检查有恶性肿瘤及需外科手术者。

2 治疗与观察方法

2.1 给药方法:观察组:(1)取膈俞、胆俞、胃俞、足三里穴。用 5ml 空针套 5 号针头吸取板蓝根注射液(江西青峰制药厂生产,批号 970811)、黄芪注射液(成都地奥九泓制药厂生产,批号 980224)各 2ml 混合,所取膈穴常规消毒,针尖快速刺破皮肤后,缓慢刺入,行提插捻转数次,待患者有酸胀感后,回抽无血液即可注入药液,每穴 1ml,每日双穴取单侧,交替使用,每日 1 次,每周 6 次,连用 4 周为 1 个疗程。(2)同时服用吗叮啉片(西安杨森制药有限公司生产,批号 971214860)10mg,每日 3 次,雷尼替丁胶囊(江西汇仁制药有限公司生产,批号 971122)150mg,每日 3 次,庆大霉素片(湖北十堰迪康制药厂生产,批号 980101)8 万 U,每日 3 次,连续服 4 周为 1 个疗程。穴注组:采用与观察组(1)相同的方法治疗。对照组:采用与观察组(2)相同的方法治疗。以上均连用 4 周为 1 个疗程。

2.2 观察指标:症状指标:分别于治疗前、治疗中及治疗后记录胃脘灼热痛、呕吐、暖气饱胀、口苦泛酸、饥嘈杂、食欲不振等主要症状及舌脉变化。症状采用记分法,分 4 级,即无记 0 分,轻记 1 分,中记 2 分,重记 3 分,分别合计,以判定疗效。镜下及组织学指标:治疗前及疗程结束后记录检查结果,比较治疗前后的镜下及组织学变化。副反应及复发情况:记录治疗过程中出现的副反应及半年内病例的复发情况。

* 四川省邛崃市人民医院中医科,邛崃市南环路 61 号 (611530)

收稿日期:2001-03-26;修回日期:2001-06-25

2.3 统计学方法:组间比较用 χ^2 检验,组内比较用 t 检验。

3 结果

3.1 疗效判定标准:参照 1992 年 1 月大连出版社出版的《临床疾病诊断治愈好转标准》及有关文献资料制定^[2~4]。(1)症状疗效标准:治愈:临床症状消失。显效:临床症状基本消失,症状改善分值 $\geq 80\%$ 〔改善分值=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 〕。有效:临床症状有所改善或减轻,症状改善分值 $\geq 20\%$ 。无效:临床症状无改善,或加重,改善分值 $< 20\%$ 。(2)镜下及组织学疗效标准:治愈:镜下无胆汁反流入胃,粘膜粘液色清,组织学检查基本恢复正常。显效:镜下胆汁反流明显改善,粘膜色变淡,粘膜组织学改善明显好转。有效:镜下幽门口胆汁反流减少,但仍见淡黄色粘液,组织学检查改变减轻及轻度改善。无效:镜下组织学检查无明显改变或加重。(3)综合疗效标准:治愈:临床症状消失,食欲正常,胃镜下无胆汁反流入胃,粘膜粘液色清,胃粘膜组织学检查基本恢复正常或明显好转。显效:临床症状明显改善,食欲基本正常,胃镜下示胆汁反流明显改善,粘液色变淡,粘膜组织学改善明显好转。有效:临床症状减轻,食欲增加,胃镜检查幽门口胆汁反流减少但仍见到淡黄色粘液,胃粘膜组织学改变减轻或变化不明显。无效:临床症状无明显改善及胃镜检查无明显改变或加重。

3.2 结果

3.2.1 症状疗效:3 组患者治疗后症状改善及积分情况分别见表 1、表 2。由表 1 可知,观察组疗效优于对照组($P < 0.05$),而与穴注组比较差异无显著性($P > 0.05$)。由表 2 可见,观察组疗效明显优于另两组($P < 0.05$),穴注组与对照组疗效比较差异也有显著性($P < 0.05$)。3 组均能有效的改变临床症状,治疗前后差异明显($P < 0.01$)。

3.2.2 镜下及组织学疗效:3 组治疗前后镜下及组织学变化见表 3。从表 3 可见,观察组疗效明显优于对照组及穴注组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),穴注组疗效与对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。

3.2.3 综合疗效:3 组综合疗效情况见表 4。观察组疗效明显优于对照组及穴注组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),穴注组与对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。

3.2.4 副反应及复发情况:观察组及穴注组在治疗过程中未发现明显副反应,对照组有 2 例在服药过程中出现皮疹及皮肤瘙痒,有 2 例出现腹痛腹泻情况,均在继续治疗后消失。半年内观察组复发或加重 1 例,占 3.33%,穴注组复发 4 例,占 13.7%,对照组复发 9 例

表 1 3 组患者症状疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	20	6	4	0	100.0 Δ
穴注组	30	9	11	7	3	90.0
对照组	30	8	7	9	6	80.0

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 3 组治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	9.35 ± 2.25	1.98 ± 2.13 * Δ $\blacktriangle$
穴注组	30	8.78 ± 2.47	3.89 ± 2.25 * $\blacktriangle$
对照组	30	9.01 ± 2.18	5.67 ± 3.02 *

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与穴注组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\blacktriangle P < 0.05$

表 3 3 组镜下及组织学疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	17	8	4	1	96.7* Δ
穴注组	30	7	12	5	6	80.0
对照组	30	4	7	7	12	60.0

与穴注组比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.01$

表 4 3 组综合疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	19	7	3	1	96.7* Δ
穴注组	30	8	11	5	6	80.0
对照组	30	6	8	4	12	60.0

与穴注组比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

占 30%。3 组比较,观察组复发率低于其他 2 组($P < 0.01$),穴注组又低于对照组($P < 0.01$)。

4 讨论

胆汁反流性胃炎是由于十二指肠内容物反流于胃与胃粘膜接触产生的病变,又因内容物呈碱性,故常称为碱性反流性胃炎。本病可发生于伴有胆道疾患和胃或胆囊切除术后,亦发生于无上述病因者。临床上患者多表现为胃脘灼热疼痛、呕吐、嗳气脘胀、口苦泛酸、饥嘈杂、食欲不振等症状,属中医学“胃脘痛”、“呕吐”、“胃反”等病范畴。脾胃属于中焦,脾主升清、胃主和降,脾虚气弱,胃火上炎,和降失司,气机阻滞,胆汁上逆,伤及胃络,发为本病。治宜健脾益气,清胃化浊,利胆降逆。板蓝根具有清热解毒、凉血作用,入心、胃两经,黄芪健脾益气,托毒生肌是扶正良药,两者相合共具益气清胃降逆之功,背腧穴是调整脏腑疾患的主要穴位,选取膈俞、胆俞、胃俞以利胆和胃降逆,足三里为阳明胃经合穴,是治疗脾胃疾病的常用效穴。诸穴共用,正合病机。药物注入穴位,使药物、穴位刺激共同发挥药、穴、经络的调整作用,加强益气清胃降逆功能,从而祛

(下转第 187 页)

附表 两组患者治疗前后收缩压测定结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	24h 平均收缩压	白天收缩压(mmHg)	夜间收缩压(mmHg)	血压负荷(%)	
治疗组	疗前	12	148.5±6.2	159.4±8.7	131.2±10.2	50.6±27.6
	疗后	12	138.2±5.7*	147.9±8.5*△	120.4±9.6*	21.3±17.8*△
对照组	疗前	30	147.7±15.1	158.8±7.3	128.8±4.7	49.8±15.2
	疗后	30	140.1±7.9*	151.7±5.1*	121.2±5.5*	31.1±19.7*

* 与同组治疗前比较, $P < 0.01$; △与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

均 <0.05),对照组未观察左心室肥厚指标。

4 讨论

收缩期高血压在老年人多见。刘力生报道 390 例老年高血压,混合型高血压占 55%,而老年收缩期高血压占 45%^[1]。收缩期高血压不仅对靶器官损害严重,而且加速动脉粥样硬化或增加动脉硬化的易感性,增加脑卒中,心肌梗塞,心力衰竭,肾功能不全的危险性,可见老年收缩期高血压的危害并不亚于舒张期及混合型高血压。

老年收缩期高血压,临床最常见的症状眩晕、头痛、面红耳赤、急躁易怒等属中医学“眩晕”、“头痛”范围。传统治疗多以平肝潜阳、滋补肝肾为多。而近年来,活血化瘀、温阳利水已被现代医学所证实有利于逆转高血压血管重塑,并能扩张毛细血管,解除小动脉痉挛,降低血液粘稠度,改善微循环,同时发现有抑制血管紧张素转换系统作用^[5]。有些活血化瘀药物能促进受损心肌的恢复,使心肌分泌致肥厚因子减少,从而达到延缓和逆转心室肥厚的功效^[6]。

本研究在传统平肝潜阳的基础上并用活血利水药,旨在有效控制血压水平,最大限度减少和延缓靶器官的损害。观察中发现本方对老年收缩期高血压有较好疗效,对部分左心室肥厚有一定改善作用。

本方中钩藤性甘、凉,入肝经,息风定惊,为君药,重用该药以平潜上浮之肝阳肝火,清肝经之热。夏枯草、决明子二药辛、苦、寒,入肝经,清火明目为臣药;夏

枯草又兼利尿消肿,决明子润肠通便,使肝经湿热,燥邪郁火由二便而泄,二药与君药相配,君臣相佐,上潜下泄,以助平肝清火潜阳之功。川芎为佐药。肝阳上亢之头痛多挟瘀和风火,瘀血与风火相挟,头痛必剧,丹溪曰“头痛须用川芎”。川芎集活血行气于一身,祛瘀通络,行气则血行,血气通而痛则消。泽泻甘寒,利小便,清湿热,消肿胀为使药。诸药相合,平潜上浮之肝阳,清泻郁火,行通经络瘀血,清利水饮湿热。

本方治疗 8 周后,能持续有效降低 24h 血压而不影响其昼夜节律,对心率亦无明显影响。

在观察中两组均合并用尼莫地平。该药为 1,4-二氢吡啶类钙拮抗剂,可选择性扩张脑血管,改善微循环,在适宜剂量下虽不影响外周血管,但与本方配合,对降压可能起到了协同作用。

参考文献

- 1 刘力生,龚兰生,孔华宇. 临床高血压病学. 天津:天津科学技术出版社,1990:186-188.
- 2 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. 1993:28-31.
- 3 张维忠,邱惠丽,范明昌,等. 高血压左室肥厚的诊断 附 5437 例超声心动图资料分析. 中国高血压杂志,1993,(1):5.
- 4 赵连友. 专题笔谈老年收缩期高血压. 中华老年医学杂志,1995,14(1):57-58.
- 5 王达平,高志瑞,胡源. 水蛭土元粉治疗高血压病 32 例观察. 中国中西医结合杂志,1993,13(1):38-39.
- 6 王鹏,鞠文翰,魏新军. 珍珠降压胶囊治疗高血压病临床研究. 山东中医药大学学报,1999,5(5):37.

(上接第 183 页)

除病邪,恢复疾病。

现代医学对于本病的治疗,关键在于强固胃粘膜屏障和防止胆汁反流^[5]。因此,本研究配以吗叮啉促进胃肠蠕动,加速胃排空,协调幽门收缩,减少胆汁反流;雷尼替丁抑制胃酸形成,保护胃粘膜;庆大霉素抗菌消炎。从本研究显示,观察组及穴注组未见明显副反应,西药治疗本病除存在一定的副反应外,其复发率较高。中西医结合能够互补长短,缩短疗程,增强疗效,减少副反应及降低复发率。因此,继续探讨中西医结合治疗本病仍应列为今后的研究重点。

参考文献

- 1 贝政平. 3200 个内科疾病诊断标准. 北京:科学出版社,1998:226-227.
- 2 周建中,陈泽民,危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案). 中西医结合杂志,1990,10(5):318-319.
- 3 陈有流. 蒿芩清胆汤治疗胆汁反流性胃炎 80 例. 天津中医,1994,11(6):22-23.
- 4 陈民泽. 治疗 25 例碱性反流性胃炎疗效观察. 湖北中医杂志,1993,15(1):34-35.
- 5 吕文亮,万晓刚,郑晓瑛,等. 脾胃病证治精要. 北京:科学技术文献出版社,1999:251.