

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.01.013

针药结合治疗肝胃郁热型反流性食管炎 46 例临床观察

朱志强, 郑颖颖, 李贵, 吴艳荣*

(郑州大学第二附属医院, 河南省郑州市经八路 2 号, 450014)

摘要 目的 观察针药结合治疗肝胃郁热型反流性食管炎的临床疗效及安全性。方法 将 92 例反流性食管炎患者随机分为针药组和西药组各 46 例。针药组给予针刺加中药(旋覆代赭汤合左金丸加减, 每日 1 剂, 水煎服)治疗, 西药组给予奥美拉唑肠溶胶囊(每次 20 mg, 每日 2 次, 早、晚餐前口服)和枸橼酸莫沙必利分散片(每次 5 mg, 每日 3 次, 餐前口服), 两组患者均连续治疗 8 周。比较治疗前后两组患者反流性疾病问卷(RDQ)积分、内镜积分及安全性指标, 治疗结束后比较两组临床疗效, 治疗结束后 6 个月比较两组复发率。结果 治疗后两组 RDQ 积分和内镜积分均较治疗前明显下降($P < 0.01$), 针药组 RDQ 积分及内镜积分均明显低于西药组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。针药组总有效率(95.7%)高于西药组(82.6%)($P < 0.05$)。治疗结束后 6 个月复发率西药组(84.2%)高于针药组(34.1%)($P < 0.01$)。针药组中未见明显不良反应, 西药组中 2 例出现头晕、3 例出现腹痛, 经对症处理后缓解。结论 针药结合治疗反流性食管炎疗效显著, 且复发率低、不良反应少。

关键词 反流性食管炎; 肝胃郁热; 针刺; 旋覆代赭汤; 左金丸

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)是食管反流病较常见的类型, 又称糜烂性食管炎, 是指胃、十二指肠内容物反流入食管, 导致食管黏膜破损的一种炎症性疾病, 可继发上消化道出血和食管狭窄等。RE 临床症状主要为烧心、反酸、反食, 也可表现为嗝气、胸骨后灼痛、吞咽困难、腹胀等不典型症状, 以及咳嗽、哮喘等食管外症状。现代医学常用质子泵抑制剂联合促动力药治疗, 抑酸作用明显, 但抗反流效果欠佳, 易反复发作, 停药 6 个月后食管炎与症状复发率分别为 80% 和 90%^[1]。本研究旨在观察针药结合治疗 RE 的临床疗效, 为 RE 寻找一种可行的治疗方法, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《中国胃食管反流病共识意见》^[2]中有关标准: 1) 有典型的烧心和反流症状, 且无幽门梗阻或消化道梗阻的证据, 临床上可考虑为胃食管反流病; 2) 既有食管外症状, 又有反流症状, 可考虑是反流相关或可能相关的食管

外症状; 3) 上消化道内镜检查可见食管远端黏膜破损。

中医诊断及辨证标准参照《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见》^[3]中有关标准: 主症: 反酸, 嘈杂, 胸骨后灼痛, 两胁胀满; 次症: 心烦, 易怒, 口干口苦, 大便秘结; 舌质红, 舌苔黄厚或黄腻, 脉弦滑。舌象、脉象符合, 具备主症 2 项加次症 1 项以上, 即可诊断为 RE 肝胃郁热证。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断标准; 2) 具有烧心、反酸、反食等典型症状 > 3 个月, 反流性疾病问卷(RDQ)^[4]积分 ≥ 12 分; 3) 入组前 4 周末服用抑酸剂和促动力药; 4) 年龄 25 ~ 80 岁; 5) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 不能接受内镜检查者; 2) 食管、胃手术后患者; 3) 恶性肿瘤、结核、幽门梗阻和高位肠梗阻引起的继发性患者; 4) 合并严重的心脑血管疾病、肝肾功能损害或全身衰竭者; 5) 凝血功能障碍及出血倾向者。

* 通讯作者: wuyanrong74k@126.com, (0371) 63974726

1.4 一般资料

92 例 RE 患者来自 2014 年 3 月至 2015 年 5 月郑州大学第二附属医院消化内科和针灸科,按患者就诊次序号抽签随机分为针药组和西药组,每组 46 例。针药组男 30 例,女 16 例;年龄 28~77 岁,平均 (57.62 ± 18.31) 岁;病程 0.4~21 年,平均 (10.81 ± 4.09) 年。西药组男 27 例,女 19 例;年龄 31~75 岁,平均 (55.21 ± 17.95) 岁;病程 0.6~24 年,平均 (9.28 ± 3.45) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

西药组:给予奥美拉唑肠溶胶囊(每粒 20 mg,国药准字 H20023053,常州四药制药有限公司),每次 20 mg,每日 2 次,早、晚餐前口服;枸橼酸莫沙必利分散片(每片 5 mg,国药准字 H20031110,成都康弘药业集团股份有限公司),每次 5 mg,每日 3 次,餐前口服。连续服用 8 周。

针药组:1) 针刺:主穴:天突、鸠尾。配穴:中脘(双侧)、梁门(双侧)、内关(双侧)、足三里(双侧)、太冲(双侧)。针刺操作:天突、内关、足三里、太冲选用托尼牌 0.35 mm × 40 mm 毫针,鸠尾、中脘、梁门选用托尼牌 0.35 mm × 60 mm 毫针。患者仰卧,天突:先直刺 5 mm,再将针尖朝下方,紧贴胸骨后方刺入 30~35 mm,施捻转泻法,使针感沿胸骨后向下传导;鸠尾:向左平刺 45~50 mm,施捻转泻法,使针感放射至左季肋部为佳;中脘、梁门均直刺 45~55 mm,施提插泻法;内关、足三里直刺 30~35 mm,太冲直刺 20~25 mm,均施提插泻法。诸穴得气后留针 30 min,每日 1 次,每周治疗 5 天,共治疗 8 周。2) 中药:旋覆代赭汤合左金丸加减,处方:旋覆花(包煎) 15 g,党参 10 g,生姜 25 g,赭石(先煎) 5 g,黄连 18 g,吴茱萸 3 g,炙甘草 15 g,清半夏 15 g,大枣 4 枚。反酸较重加煅瓦楞子(先煎) 15 g、海螵蛸 20 g;暖气呃逆较重加丁香 10 g、柿蒂 15 g;太息、腹胀较重加北柴胡 15 g、枳实 10 g;牙痛咽痛较重加牡丹皮 10 g、焦栀子 6 g;咳嗽哮喘较重加桑白皮 15 g、浙贝母 10 g。每日 1 剂,水煎 300 ml,早晚口服,连续服用 8 周。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 RDQ 积分 参照文献 [4] 中有关方法,对烧心、胸骨后疼痛、反酸、反食 4 种主要症状进

行评分。1) 发生频率积分:无症状计 0 分,症状发生频率 < 1 天/周、1 天/周、2~3 天/周、4~5 天/周、6~7 天/周分别计为 1~5 分。2) 症状程度积分:症状不明显,经提醒下发现计 1 分;症状明显,影响日常生活,偶尔服药计 3 分;症状非常明显,影响日常生活,需长期服药计 5 分;症状介于 1~3 分计 2 分,介于 3~5 分计 4 分。总分为发生频率积分与症状程度积分之和。

2.2.2 内镜积分 参照文献 [5] 中有关标准。正常,计 0 分;点状或条索状发红、糜烂 < 2 处,计 1 分;点状或条索状发红、糜烂 ≥ 2 处,计 2 分;有条状发红、糜烂,融合 < 75%,计 3 分;病变广泛,发红、糜烂融合呈全周性,融合 ≥ 75%,计 4 分。

2.2.3 复发情况 根据临床实践自拟复发评价标准。两组治疗痊愈、显效和有效患者于停止治疗后 6 个月复诊或电话回访,并进行 RDQ 评分,较治疗结束时增加 1 分以上,视为复发。中途症状反复,转入维持治疗或改用其他疗法,亦视为复发。

2.2.4 不良反应 治疗前后检测两组血、尿、便常规,肝、肾功能及心电图。治疗过程监测患者不良反应。

2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[6] 有关标准。痊愈:症状基本消失, RDQ 总积分减少率 ≥ 95%,内镜检查食管黏膜正常,内镜积分为 0 分;显效:症状明显改善, RDQ 总积分减少率 ≥ 70% 但 < 95%,内镜积分减少 2 分及以上;有效:症状好转, RDQ 总积分减少率 ≥ 30% 但 < 70%,内镜积分减少 1 分;无效:症状无改善或加重, RDQ 总积分减少率 < 30%,内镜积分无变化或增加。采用尼莫地平法, RDQ 总积分减少率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分 × 100%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计学软件处理数据,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

针药组痊愈 11 例,显效 27 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率 95.7%;西药组痊愈 9 例,显效 18 例,有效 11 例,无效 8 例,总有效率 82.6%。经秩和检验,两组临床疗效比较差异有统

计学意义 ($Z = -2.044, P < 0.05$), 针药组高于西药组。

3.2 两组患者治疗前后 RDQ 积分和内镜积分比较

表 1 示, 两组患者治疗前 RDQ 积分和内镜积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组 RDQ 积分和内镜积分均较治疗前明显下降 ($P < 0.01$), 针药组 RDQ 积分及内镜积分均明显低于西药组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 1 两组反流性食管炎患者治疗前后 RDQ 积分和内镜积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	RDQ 积分	内镜积分
针药组	治疗前	46	18.61 $\pm$ 4.19	2.83 $\pm$ 0.92
	治疗后	46	3.85 $\pm$ 1.56 * $\Delta\Delta$	1.24 $\pm$ 0.60 * Δ
西药组	治疗前	46	18.10 $\pm$ 4.12	2.56 $\pm$ 0.85
	治疗后	46	5.07 $\pm$ 2.19 *	1.54 $\pm$ 0.69 *

注: RDQ, 反流性疾病问卷; 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

3.3 两组患者复发率比较

治疗后 6 个月, 针药组随访 44 例, 未复发 29 例, 复发 15 例, 复发率 34.1%; 西药组随访 38 例, 未复发 6 例, 复发 32 例, 复发率 84.2%。经 χ^2 检验, 两组复发率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 20.936, P < 0.01$), 针药组低于西药组。

3.4 不良反应

两组患者治疗前后血、尿、便常规, 肝、肾功能及心电图均无明显变化。针药组中均未见明显不良反应, 西药组中 2 例出现头晕, 3 例出现腹痛, 经对症处理后缓解, 均未影响治疗。

4 讨论

RE 的发病机制为食管下端括约肌 (LES) 张力低下, 食管酸廓清功能下降^[1], 所以 RE 是动力障碍性疾病, 提高 LES 张力, 促进食管、胃肠动力是治疗的关键。抑酸剂能迅速缓解症状, 对食管炎症愈合率高, 已成为目前治疗 RE 的最主要方法^[2]。质子泵抑制剂是强力抑酸剂, 通过特异性地作用于胃黏膜壁细胞中 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶, 使质子泵失活, 从而产生明显而持久的抑酸效果^[3]。因缺乏对 RE 的对因治疗, 不能从根本上阻止反流的发生, 故西药治疗 RE 疗效欠佳, 易反复发作, 停药后复发率高。

RE 属于中医学“吐酸”“嘈杂”“反胃”“痞满”“胸痹”“噎膈”等范畴, 其病位在食管和胃, 发病与肝、脾密切相关, 多因情志不舒、寒邪内犯、饮食不节、久病劳倦等所致, 病机以肝胃郁热

证多见。土虚木乘、肝气犯胃则引起中焦气机逆乱、脾胃升降失常, 导致气滞、血瘀、湿阻、痰凝等, 日久郁而化热, 热则为酸, 随胃气上逆反流入食管, 出现临床诸症。治宜和胃降逆、疏肝泻热, 处方以旋覆代赭汤合左金丸加减。旋覆代赭汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》161 条“伤寒发汗, 若吐, 若下, 解后, 心下痞硬, 噎气不除者, 旋覆代赭汤主之。”该方由降逆、辛开、甘补之品组成, 乃治疗胃虚气逆证经典方。左金丸出自《丹溪心法·火六》, 以黄连和吴茱萸按 6:1 组成, 方中重用黄连苦寒泻火, 少佐吴茱萸辛热开郁, 使泻火而无凉遏, 为辛开苦降代表方, 升降协调, 则全身气机顺畅, 脏腑机能恢复正常。实验研究发现, 旋覆代赭汤对改善 RE 模型大鼠食管局部及外周炎症反应有显著效果^[4]; 左金丸能明显抑制应激性胃溃疡大鼠胃酸分泌, 提高胃液 pH 值, 同时通过内分泌调节促进胃黏膜的更新^[5]。

针刺治疗消化系统疾病具有肯定的疗效和优势, 广泛应用于临床。本研究中天突、鸠尾、中脘、梁门为近部取穴, 内关、足三里、太冲为远部取穴, 远近配穴, 通上达下, 治以疏理胃肠气机, 和胃降逆。天突邻近食管颈段, 可降逆利咽, 向下针刺可通调整个食管。鸠尾为任脉络穴, 上连心胸, 下及脘腹, 为气机升降之枢纽, 既可和胃降逆, 又可疏肝理气。解剖研究发现, 食管腹段从膈的食管裂孔起水平走行终止于胃的贲门, 此段体表投影在左剑肋角内, 鸠尾穴向左平刺与食管腹段走行一致, 在最小危险角度内深刺激, 对 LES 张力及食管动力具有良性调节作用^[12-13]。中脘为胃之募穴, 膈病多取募穴。梁门穴邻近胃部, 可理气和胃。内关穴为治疗胃病常用经验穴。足三里为胃之下合穴, 《灵枢·邪气脏腑病形》曰“合治内腑”。太冲为肝经原穴, 原穴为“总刺穴”, 《难经》曰“五脏六腑之有疾者, 皆取其原”。临床实验研究证实, 电针足三里和太冲穴可明显改善功能消化不良大鼠症状, 加速胃排空, 改善胃肠动力障碍; 针刺足三里穴后功能消化不良患者胃电活动趋于规律, 且胃排空和胃窦收缩频率明显加快; 针刺内关、太冲、公孙、中脘、足三里穴, 结果 LES 静息压力低下患者治疗后 LES 压力明显增加^[14-16]。

综上所述, 针刺提高 LES 张力和促动力作用显著, 直接针对 RE 的病因治疗, 可以从根本上阻止胃内容物反流。中药长于抑制胃酸分泌、消除炎症, 能有效缓解 RE 症状及愈合破损黏膜。针药结

合可以充分发挥针刺和中药的优势,相辅相成,对 RE 达到标本兼治的效果。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 胃食管反流病治疗共识意见 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27(10): 689-690.
- [2] 林三仁, 许国铭, 胡品津, 等. 中国胃食管反流病共识意见 [J]. 中华内科杂志, 2007, 46(2): 170-173.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1550-1553.
- [4] 中国胃食管反流病研究协作组. 反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值 [J]. 中华消化杂志, 2003, 23(11): 651-654.
- [5] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年) [J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 366-368.
- [7] 林三仁. 消化内科学高级教程 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 144-147.
- [8] 中华医学会消化病学分会. 2014 年中国胃食管反流病

专家共识意见 [J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.

- [9] 李爱兰. 奥美拉唑的药学药理及临床应用 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(10): 98-99.
- [10] 史业骞, 刘清君, 杜昕, 等. 旋覆代赭汤对混合性反流性食管炎模型大鼠 IL-10 的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(12): 2480-2482.
- [11] 徐琦, 梁媛, 张文将, 等. 左金丸对应激性胃溃疡大鼠作用机制的研究 [J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(11): 124-126.
- [12] 魏含辉, 邓健全, 周立, 等. 食管长度与身长的相关性研究 [J]. 解剖学研究, 2001, 23(3): 199-200.
- [13] 程为平, 董升平. 针刺鸠尾穴安全角度和深度的探讨 [J]. 中国针灸, 2012, 32(6): 515-518.
- [14] 杨云, 徐派的, 辛玉, 等. 电针对功能消化不良大鼠胃排空功能及 NT 的影响 [J]. 湖北中医杂志, 2015, 37(9): 1-3.
- [15] 王景杰, 夏德雨, 卢王, 等. 针刺功能性消化不良患者足三里穴对其胃运动功能的影响 [J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2008, 17(7): 561-562.
- [16] 刘谦, 夏兴洲, 许晓芳, 等. 针灸对食管运动障碍 NERD 患者临床症状及食管动力的影响研究 [J]. 重庆医学, 2013, 42(17): 1929-1931.

Clinical Observation on Acupuncture Combined with Chinese Herbs in Treating 46 Cases of Reflux Esophagitis with Syndrome of Heat Stagnation in Liver and Stomach

ZHU Zhiqiang, ZHENG Yingying, LI Gui, WU Yanrong

(The Second Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450014)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy and safety of acupuncture combined with Chinese herbs in treating reflux esophagitis with syndrome of heat stagnation in liver and stomach. **Methods** Ninety two cases of reflux esophagitis patients were randomly divided into acupuncture combined with Chinese herbs group and western medicine group, with 46 cases in each group. The combined acupuncture and medicine group was given the combination of acupuncture and medicine [Modified Xuanfu Daizhe Decoction (旋覆代赭汤) combined with Zuojin Wan (左金丸), 1 dose daily, decocted with water]. The western medicine group was given Omeprazole Enteric-coated Capsules, taken orally (20mg each time, twice a day, taken before breakfast and dinner) and Mosapride Citrate Dispersible Tablets (5mg each time, three times a day, taken orally before meals). Both groups were treated for 8 weeks continuously. Reflux disease questionnaire (RDQ) score, endoscopic score and safety indicators before and after treatment in the two groups were compared and the clinic effects were compared after treatment. Recurrence rate of 6 months after treatment in the two groups was compared. **Results** RDQ score and endoscopic score in both groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.01$). RDQ score and endoscopic score in combined acupuncture and medicine group were significantly lower than those in western medicine group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The total effective rate in combined acupuncture and medicine group (95.7%) was higher than that in western medicine group (82.6%) ($P < 0.05$). Recurrence rate of 6 months after treatment in western medicine group (84.2%) was higher than that in combined acupuncture and medicine group (34.1%) ($P < 0.01$). The combined acupuncture and medicine group had no obvious adverse reactions. In the western medicine group, there were 2 dizziness cases and 3 abdominal pain cases, but they were relieved after expectant treatment. **Conclusion** Combination of acupuncture and medicine seems to have obvious curative effect, low recurrence rate and few adverse reactions in the treatment of reflux esophagitis.

Keywords reflux esophagitis; heat stagnation in liver and stomach; acupuncture; Modified Xuanfu Daizhe Decoction; Zuojin Wan

(收稿日期: 2016-06-22; 修回日期: 2016-07-26)

编辑: 叶 晨