

针刺联合西药治疗 胃食管反流病29例临床观察

王 荣, 曾 利, 武建华

(湖南省衡阳市中医医院, 湖南 衡阳, 421001)

[摘要] 目的: 观察针刺联合西药常规治疗胃食管反流病的临床疗效。方法: 将60例胃食管反流病患者分为2组各30例, 对照组采用西药治疗, 治疗组在对照组的治疗基础上加针刺治疗。治疗8周后观察综合疗效, 比较2组症状积分改善情况及复发率。结果: 2组治疗过程中各脱落1例。总有效率治疗组为93.1%, 对照组为89.7%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。半年后随访, 复发率治疗组为14.8%, 对照组为46.2%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 针刺联合西药治疗胃食管反流病有较好的临床疗效。

[关键词] 胃食管反流病; 中西医结合疗法; 针刺疗法

[中图分类号] R259.7 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.037

胃食管反流病(GERD)指胃内容物反流入食管、口腔(包括喉部)或肺所致的症状和并发症。我国人群发病率正逐年增高^[1]。2014年GERD共识意见指出目前治疗主要有生活方式的干预、药物治疗、手术治疗及内镜下治疗等。抗反流手术治疗只适合严格筛选的患者, 内镜下治疗还处于研究期, 其长期有效性还需进一步证实; 西药治疗虽然有效, 但存在周期长、易复发、花费高等问题。笔者采用针刺联合常规西药治疗该病30例, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2014年11月至2015年11月收治的胃食管反流病患者60例, 随机分为治疗组和对照组各30例。治疗组中, 男14例, 女16例; 平均年龄(46.2 ± 3.3)岁; 病程1个月至

10年; 胃镜下分级积分(1.55 ± 0.32)分。对照组中, 男15例, 女15例; 平均年龄(48.8 ± 2.5)岁; 病程1个月至10年; 胃镜下分级积分(1.48 ± 0.46)分。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照“反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)^[2]”拟定。具备典型的反酸、烧心、胸骨后疼痛等胃食管反流病症状, 同时具有下列食管黏膜内镜下表现。0级: 正常(可有组织学改变)计0分; Ia: 条状或点状糜烂、发红 < 2 处计1分; Ib: 条状或点状糜烂、发红 ≥ 2 处计1.5分; II级: 有条状糜烂发红, 出现融合, 但非全周性, 融合 $< 75\%$ 计2分; III级: 病变广泛、糜烂、发红, 融合并呈全周性, 融合 $\geq 75\%$ 计3分。

[16] 吴绮雯, 诸毅晖, 刘萍, 等. 从睡眠机制探讨神门、三阴交治疗失眠的作用[J]. 时珍国医国药, 2014(2): 402-403.

[17] Reiter RJ. Static and extremely low frequency electromagnetic field exposure; reported effects on the circadian production of melatonin[J]. JCell Biochem, 1993, 51(4): 394-403.

[18] 陈晋莉. 1Hz重复经颅磁刺激治疗失眠症的临床研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2016.

[19] 毛薇, 欧阳取平, 王玉平. 重复经颅磁刺激治疗抑郁症的研究与进展[J]. 中国组织工程研究, 2005, 9(8): 116-118.

[20] 方杨琪. 电针、重复经颅磁刺激干预PTSD样大鼠焦虑行为及血清皮质酮的比较研究[J]. 南京中医药大学学报, 2012, 28(4): 357-340.

[21] 崔璐莹, 丁明星. 针刺耐受中枢机制的研究进展[J]. 针刺研究, 2016(6): 550-555.

[22] 黄仕荣. 针刺镇痛的后效应、针刺耐受与针刺频度[J]. 中国疼痛医学杂志, 2006(6): 360-362.

[23] 李江涛, 郑敏军, 曹辉. 经颅磁刺激技术的研究进展[J]. 高压电技术, 2016(4): 1168-1178.

[24] 方杨琪. 电针结合经颅磁刺激对焦虑模型大鼠情绪及认知功能作用的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2010.

[25] 张永臣, 吴富东. 四关和四关穴探析[J]. 针灸临床杂志, 2005(6): 5-6.

[26] 段方胜, 吴钢, 郑依勇, 等. 针刺四关穴对头痛患者脑血流动力学的影响[J]. 上海针灸杂志, 1996(2): 5.

(收稿日期: 2018-03-19)

基金项目: 湖南省衡阳市科技计划项目(编号: 2015KS40)

第一作者: 王荣, 女, 主治医师, 研究方向: 脾胃病的中西医结合治疗

通讯作者: 武建华, 男, 副主任医师, 研究方向: 脾胃病的中西医结合治疗, E-mail: 542517247@qq.com

1.3 纳入标准 (1)年龄 18 ~ 65 岁,自愿参加本临床观察,且签署知情同意书;(2)符合上述诊断标准,属于 I、II 级反流性食管炎,反流性疾病问卷(RDQ)评分 ≥ 12 分^[3]。

1.4 排除标准 (1)上消化道出血、重度肝肾功能衰竭;(2)其他严重的胃肠道、肝、胆、胰等消化道疾病;(3)食管裂孔疝,食管或胃贲门手术病史;(4)哺乳或妊娠期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。泮托拉唑钠肠溶片(湖南华纳大药厂有限公司生产,规格:40mg),1 次 1 片,每天 1 次,早餐前服;硫糖铝混悬凝胶(昆明积大制药有限公司生产,规格:1 袋 1g),1 次 1 袋,每天 2 次,饭前 1h 服。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加针刺治疗。实证选取内关、足三里、中脘穴,以泻法为主;虚证选取脾俞、胃俞、肾俞、膻中、曲池、合谷、太冲、天枢、关元、三阴交穴,以平补平泻为主^[4]。治疗 5 次为 1 个疗程,每次双侧取穴,留针 20min,每隔 10min 运针 1 次,以患者得气为度,共治疗 8 个疗程,1 个疗程为 5d,疗程之间休息 2d。

2 组观察期间均采取抬高床头、戒烟酒、睡前 3h 避免夜餐、避免高脂肪食物等一般治疗。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参照 RDQ 评分方法^[3]对反酸、烧心、反食、非心源性胸痛等主要症状的发作程度及频率进行评分。无症状计 0 分,可耐受的轻微症状计

1 分,严重影响日常生活的较为明显症状计 3 分,介于 1 分和 3 分之间的症状计 2 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 3 分和 5 分之间计 4 分。安全性指标:血常规、肝肾功能、心电图。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中胃脘痛的疗效标准拟定。显效:临床症状基本消失,症状积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状好转,症状积分减少 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$;无效:临床症状无改善,症状积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 脱落病例 治疗组因工作调动脱落 1 例,对照组因依从性较差脱落 1 例。

3.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 93.1%,对照组为 89.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	29	11	16	2	93.1 ^a
对照组	29	6	20	3	89.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.5.2 2 组治疗前后症状积分比较 2 组症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	反酸		烧心		反食		胸痛		症状总积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	29	6.9 $\pm$ 1.0	1.7 $\pm$ 1.1 ^{ab}	6.8 $\pm$ 0.8	2.7 $\pm$ 1.0 ^{ab}	3.5 $\pm$ 1.1	0.6 $\pm$ 0.7 ^{ab}	2.8 $\pm$ 0.9	0.3 $\pm$ 0.5 ^{ab}	19.9 $\pm$ 3.1	5.3 $\pm$ 2.4 ^{ab}
对照组	29	6.9 $\pm$ 1.0	2.8 $\pm$ 1.0 ^a	6.3 $\pm$ 1.2	3.1 $\pm$ 0.8 ^a	3.2 $\pm$ 0.9	0.8 $\pm$ 0.7 ^a	2.6 $\pm$ 1.0	0.7 $\pm$ 0.7 ^a	18.9 $\pm$ 3.2	7.4 $\pm$ 2.4 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.6 2 组复发率比较 治疗组有效的 27 例中,复发 4 例(14.8%),对照组有效的 26 例中,复发 12 例(46.2%),2 组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.7 安全性分析 2 组治疗期间血常规、肝肾功能、心电图均无明显异常,安全性良好。

4 讨 论

GERD 的发病机制是抗反流屏障功能减弱、食管廓清功能下降和反流物的攻击作用,主要典型症状为烧心和反酸,其他不典型表现为反食、非心源

性胸痛等^[6]。目前用于治疗 GERD 的首选药物是质子泵抑制剂(Proton Pump Inhibitor, PPI),多数患者需要 PPI 长期维持治疗,但长期使用 PPI 通过提高胃内 PH 值促进肠道菌群增生,将导致增加难辨梭状芽孢杆菌感染的风险^[7]。内镜治疗方法包括内镜下射频消融治疗、注射或植入技术和内镜腔内食管成形术 3 类,国内未大力开展。手术方式主要有腹腔镜胃底折叠术、肥胖症治疗手术以及应用 LINX 抗反流系统的辅助食管下端括约肌关闭,但大部分患者术后症状仍继续存在,需继续用 PPI 辅

电针背俞穴治疗糖尿病胃轻瘫 25 例疗效观察

张 欣

(湖南省株洲市三三一医院, 湖南 株洲, 412002)

[摘要] 目的: 观察电针背俞穴治疗糖尿病胃轻瘫的临床疗效。方法: 将 50 例糖尿病胃轻瘫患者随机分为 2 组各 25 例。2 组患者均予以糖尿病基础治疗。治疗组采用电针背俞穴治疗, 对照组采用多潘立酮治疗。2 组患者均治疗 14d 后统计疗效。结果: 总有效率治疗组为 84.0%, 对照组为 60.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 电针背俞穴治疗糖尿病胃轻瘫有显著疗效。

[关键词] 糖尿病胃轻瘫; 电针疗法; 背俞穴

[中图分类号] R259.872 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.038

糖尿病胃轻瘫是一种较为常见的糖尿病并发症, 主要表现为恶心、呕吐、上腹饱胀等一系列胃排空延迟症状。笔者在糖尿病基础治疗的同时, 加用电针治疗糖尿病胃轻瘫 25 例, 促进胃排空, 取得明

显疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 1~12 月在我院内分泌科住院治疗的糖尿病胃轻瘫患者 50 例。其中

助治疗, 增加患者精神及经济双重压力。

GERD 属于中医学“吐酸”“食管瘕”“呃逆”等病范畴。中医学认为本病多由寒热食滞等诸邪内阻, 导致脾胃虚弱, 兼之肝郁气逆, 引起脏腑失调, 胃失和降上逆而致^[8]。基本病机为胃失和降, 胃气上逆。总的病机特点为: 一为逆, 二为热, 三为郁^[9]。针刺治疗是胃食管反流病的非药物治疗手段, 内关、足三里、中脘、太冲为临床报道中最常用穴位, 这些穴位联合使用可有效地疏肝理气、降逆和胃^[10]。针刺对消化道黏膜具有保护作用, 可增加黏膜血流量, 加快黏膜的修复, 调节幽门括约肌的功能, 防止十二指肠内容物的反流^[4]。针刺是通过神经-内分泌-免疫网络条款途径来调整肠胃功能, 其增加食管 LES 静息压力、抑制一过性食管下段括约肌松弛、增加食管酸清除能力、降低内脏敏感性从而达到双向调节^[11], 这可能是针刺发挥持续效应、远期疗效好的重要机制。Dickman 等^[12]研究显示与单纯加倍 PPI 剂量相比, 针刺联合 PPI 可有效缓解症状。

本研究在常规生活方式干预基础上采用针刺联合西药常规治疗胃食管反流病, 发现不仅可取得较好的临床治愈率, 且可降低复发率, 大大减轻了患者的精神和生活双重压力。且针刺疗法创伤性小, 辨证取穴以调理气机, 可使患者达到气机升降平衡、脾胃调和的状态。

参考文献

- [1] El Serrag IIB, Sweet S, Winchester CC, et al. Update on the epidemiology of gastro oesophageal reflux disease: a systematic review [J]. Gut, 2014, 63(6): 871-880.
- [2] 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) [S]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [3] 赵迎盼, 廖宇, 钟佳珮, 等. 胃食管反流病问卷 (GerdQ) 与反流性疾病问卷 (RDQ) 的比较研究 [J]. 胃肠病和肝脏病学杂志, 2015, 24(5): 572-574.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见 (2009, 深圳) [S]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 9.
- [6] 高翔, 陶琳. 胃食管反流病食管动力障碍的中西医治疗进展 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(4): 392-394.
- [7] 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 [S]. 中华消化杂志, 2014, 34(10): 649-661.
- [8] 王大光, 孙志广. 胃食管反流病的中西医研究进展 [J]. 中医药导报, 2007, 13(3): 88-90.
- [9] 中华医学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) [S]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- [10] 吴玲玲, 林征. 针刺治疗胃食管反流病的研究进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(36): 5631-5635.
- [11] 刘小曼, 陈朝明. 针灸治疗胃食管反流病进展及机制探讨 [J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(12): 75-78.
- [12] Dickman R, Schiff E, Holland, et al. Clinical trial: acu-puncture vs doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2007(26): 1333-1334.

(收稿日期: 2018-07-13)