

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2015.04.19

指针疗法联合埃索美拉唑、莫沙比利治疗 胃食管反流病食管外症状疗效观察

刘嵩, 石拓, 杨家耀

(武汉市第一医院 消化内科, 湖北 武汉 430022)

摘要: [目的] 研究分析指针疗法联合埃索美拉唑、莫沙比利治疗胃食管反流病(GERD)食管外症状的临床疗效。[方法] 将以食管外症状为主要表现并确诊为 GERD 患者 140 例随机分为 2 组。A 组 70 例, 采用指针疗法联合埃索美拉唑、莫沙比利治疗; B 组 70 例, 采用埃索美拉唑、莫沙比利治疗, 疗程均为 8 周。观察 2 组患者临床症状缓解情况, 食管黏膜的恢复程度及不良反应。[结果] 治疗后, A 组有效 63 例, 无效 7 例, 总有效率为 90.00%; B 组有效 57 例, 无效 13 例, 总有效率为 81.43%。A 组的有效率和食管黏膜恢复程度均高于 B 组($P < 0.05$), 且不良反应少。A 组以食管外症状为主要表现的 GERD 患者中以气郁痰阻证及肝胃郁热证最为多见, 且治疗后临床疗效优于其他 3 种证型, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。[结论] 指针疗法联合埃索美拉唑、莫沙比利治疗 GERD 食管外症状效果明显, 值得临床推广。

关键词: 胃食管反流病; 食管外症状; 临床疗效

中图分类号: R571 **文献标志码:** B **文章编号:** 1671-038X(2015)04-0288-03

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流引起的以烧心、反酸为主要特征的临床综合征。近年来 GERD 的食管外症状逐渐受到重视, 是目前研究的热点之一。本病食管外症状表现特点包括咽喉部病变(咽部异物感、声嘶、咽喉炎等); 呼吸道病变(咳嗽、哮喘、肺纤维化等); 循环系统表现(非心源性胸痛)^[1]。本文将指针联合埃索美拉唑、莫沙比利治疗以胸痛、咽不适或异物感、咳嗽、哮喘为主要表现的 GERD 患者, 取得了较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2012 年 6 月~2014 年 6 月于我院就诊的以伴随食管外症状或仅以食管外表现就诊的 GERD 患者 140 例。入选标准: ①年龄 18~75 岁。②参照 2006 年中华医学会消化病分化制定的中国胃食管反流病共识意见^[2]。具有咽部不适或异物感、声嘶、咳嗽、哮喘、非心源性胸痛等症状, 伴有或不伴有典型的烧心、反酸症状。③内镜检查证实为反流性食管炎或 Barrett 食管。反流性食管炎内镜检查按洛杉矶分级标准: A 级, 黏膜皱襞表面黏膜破损, 直径 < 5 mm; B 级, 黏膜皱襞表面黏膜破损, 直径 ≥ 5 mm, 病变不融合; C 级, 黏膜破损相互融合, 范围不超过食管周径的 75%; D 级, 黏膜破损相互融合, 并

累计食管周径的 75% 以上。内镜阴性者, 行 24 h 食管 pH 监测, 证实反流存在。排除标准: ①患有上消化道出血、消化性溃疡、贲门失弛缓症、胃食管肿瘤、严重肝肾功能损害及有胃部手术史者。②胸片、心电图、心脏 CT 等证实有原发性呼吸系统疾病及冠心病者。③妊娠或哺乳期妇女及有语言障碍者。④4 周内曾服用治疗量质子泵抑制剂或促胃肠动力药物以及对本试验药物有过敏史者。

将 140 例患者随机分为 A、B 2 组。其中 A 组 70 例, 男 38 例、女 32 例。反流性食管炎 30 例, Barrett 食管 15 例, 非糜烂性食管炎 25 例。食管外症状: 咽部不适或异物感 32 例, 声嘶 2 例, 慢性咳嗽 8 例, 哮喘 2 例, 胸痛 28 例, 同时伴随烧心 32 例, 反酸 28 例。B 组 70 例, 男 36 例、女 34 例。反流性食管炎 33 例, Barrett 食管 11 例, 非糜烂性食管炎 26 例。食管外症状咽部不适或异物感 31 例, 声嘶 1 例, 慢性咳嗽 10 例, 哮喘 2 例, 胸痛 30 例, 同时伴随烧心 36 例, 反酸 38 例。

将 A 组中 70 例按《胃食管反流病中医诊疗共识意见》^[3]辨证分为 5 型。①肝胃郁热证 18 例。主症: 烧心; 反酸。次症: 胸骨后灼痛; 胃脘灼痛; 脘腹胀满; 暖气反流; 心烦易怒; 嘈杂易饥; 舌红、苔黄、脉弦。②胆热犯胃证 12 例。主症: 口苦咽干; 烧心。次症: 脘肋胀痛; 胸痛背痛; 反酸; 暖气反流; 心烦失眠; 嘈杂易饥; 舌红、苔黄、脉弦滑。③中虚气逆证 9 例。主症: 反酸或泛吐清水; 暖气反流。次症: 胃脘隐痛; 胃痞胀满; 食欲不振; 神疲乏力; 大便溏薄; 舌淡、苔薄、脉细弱。④气郁痰阻证 23 例。主症: 咽喉

收稿日期: 2014-11-05

基金项目: 国家中医药管理局《杜建民全国名老中医药专家传承工作室》项目资助

通讯作者: 杨家耀, E-mail: yangjiayao@medmail.com.cn

不适如有痰梗;胸膈不适。次症:暖气或反流;吞咽困难;声音嘶哑;半夜呛咳;舌苔白腻、脉弦滑。⑤瘀血阻络证 8 例。主症:胸骨后灼痛或刺痛。次症:后背痛;呕血或黑便;烧心反酸;暖气反流;胃脘隐痛;舌质紫暗或有瘀斑、脉涩。上述证候确定为主症必备,加次症 2 项以上即可诊断。

1.2 治疗方法

A 组:埃索美拉唑 40 mg, qd, 每日早空腹口服, 莫沙比利 5 mg, tid, 三餐前 15 min 口服;指针治疗:患者取端坐位,充分暴露治疗部位,操作医生分别对脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、膈俞、天突、气舍、肩井、缺盆等穴位,并循经点按发现阿是穴,由上而下施以按揉法、打法捏法点按穴位,对阿是穴操作直至患者感到酸、胀、麻明显消失为度,指针治疗隔日 1 次,每次 25 min。B 组:埃索美拉唑 40 mg, qd, 每日早空腹口服,莫沙比利 5 mg, tid, 三餐前 15 min 口服。疗程均为 8 周。

1.3 疗效观察及评定标准

观察 2 组患者症状缓解情况,食管黏膜的修复程度及其不良反应。治愈:临床症状、体征消失,内镜检查食管黏膜糜烂、溃疡消失;好转:临床症状、体征减轻,内镜检查原食管炎分级下降;无效:临床症状、体征无变化,内镜检查原食管炎分级无变化。治愈和好转之和为有效。

1.4 统计学处理

用 SPSS 软件处理数据,采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

A 组有效 63 例,无效 7 例,总有效率为 90.00%;B 组有效 57 例,无效 13 例,总有效率为 81.43%。A 组的临床有效率明显高于 B 组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。A 组以食管外症状为主要表现的 GERD 患者中以气郁痰阻证及肝胃郁热证最为多见,且与其他 3 种证型相比,治疗后临床疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$);肝胃郁热型与气郁痰阻型相比,治疗后临床疗效比较差异无统计学意义,见表 2。

表 1 2 组患者临床疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率/%
A 组	70	48	15	7	90.00 ¹⁾
B 组	70	39	18	13	81.43

与 B 组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 2 A 组各证型临床疗效比较

证型	例数	治愈	好转	无效	有效率/%
肝胃郁热型	18	15	3	0	100.00 ¹⁾
胆热犯胃型	12	7	3	2	83.33
中虚气逆型	9	5	2	2	77.78
气郁痰阻型	23	19	3	1	95.65 ¹⁾
瘀血阻络型	8	2	4	2	75.00

与胆热犯胃型、中虚气逆型、瘀血阻络型比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 不良反应

A 组 1 例出现嗜睡及头晕,B 组 1 例出现口干、眩晕,均未做特殊处理自行缓解,未影响疗程的完成。2 组不良反应发生率均为 1.43%,差异无统计学意义。

3 讨论

胃食管反流病(GERD)的症状主要由反流所致,包括含酸或(和)碱的胃内容物对食管或食管外器官组织的黏膜侵蚀破坏,从而造成局部炎症,除食管外,咽喉部、声带、呼吸道以及口腔等处都可受累而产生相应症状,即食管外表现,食管动力紊乱可使反流加重^[4],此外,部分症状的产生可能有神经反射机制参与。GERD 临床主要表现为反酸、烧心、暖气及胸骨后疼痛,还包括慢性咳嗽、哮喘、非心源性胸痛、咽部不适或异物感等食管外表现。与无食管外表现的反流病比较,食管外表现的治疗难度较大,需要延长抗反流治疗时间以及加大治疗的力度甚至联合治疗。西医基本的治疗方法包括纠正不良饮食和生活习惯、避免饱食和睡前进食,避免饮用咖啡及吸烟,抬高床头等,药物治疗主要选用质子泵抑制剂抑酸治疗。李仲启等^[5]使用埃索美拉唑加促动力药物莫沙比利及铝镁加治疗难治性 GERD 取得了满意效果。但目前对于部分 GERD 病例需要长期维持服用药物治疗,且对于 GERD 某些食管外症状疗效尚无定论,针对这些问题,西医仍未找到良好的解决办法。

中医学无 GERD 病名,根据临床特征,多属于“吞酸”、“噎膈”、“反胃”、“嘈杂”、“胃脘痛”等病证范畴,以诊断吞酸病名为多。目前,根据其临床表现,病机多考虑为胃失和降,气机上逆为主。中医指针疗法是以手指代针,在一定穴位或部位上,运用一定手法以治疗疾病的一种方法。在我国流传已久,基本手法分为揉、扞、捏、切四种。通过对穴位的手法按摩,使相应穴位得到刺激而达到调节气血、脏腑功能的目的。本研究通过指针胃俞、肝俞、脾俞、胆俞、

阿是穴等穴位,刺激足太阳膀胱经,达到和胃降逆、疏肝理气调节脏腑功能而治疗 GERD。同时,由于这些穴位在阶段上与咽喉、食管和胃处于同一神经节段,在刺激穴位的同时通过同节段的神经反射对食管及胃产生良性刺激,从而改善临近脏器的功能,而达到治疗目的。另外,中医现代经穴研究表明,刺激相关穴位还能增强胃蠕动、抑制胃酸分泌、增加胃排空,对 GERD 具有一定的防治效果^[6]。卢岱静^[7]将针刺联合中药治疗反流性食管炎患者,结果提示治疗后针药联合组血浆胃动素和胃泌素水平明显升高,且症状改善率及胃镜下炎症改善也明显高于其他组。谢胜等^[8]观察背俞指针疗法对 GERD 患者任督二脉穴位皮温与酸反流的影响,结果提示背俞指针疗法有助于减少 GERD 患者酸反流。

食管外症状除与酸反流及胃食管蠕动功能障碍相关外,还与过度疲劳、饮食不节、情志失调以及内脏敏感相关。西医治疗上主要是应用抑酸剂、促动力药物,故对于后者原因,特别是内脏敏感问题疗效欠佳。中医指针不仅可以辅助减少酸反流,还可以改善内脏敏感,缓解躯体症状,并配合调畅气机、调节气血,以改善其脏腑功能。本研究结果显示,指针疗法加用西药联合治疗以食管外症状为主要表现的 GERD 患者总有效率为 90.00%,明显高于单纯西药治疗组。患者中以气郁痰阻证及肝胃郁热证最为多见,且进行指针联合西药治疗对气郁痰阻证及肝胃郁热证临床疗效最佳。我们推测,此 2 种证型均属肝气郁结,肝属木,胃属土,土得木而达,若肝气不疏,则横逆犯胃,导致胃气上逆。通过指针按压脾俞、肝俞、胃俞、肩井等穴,达到疏肝理气,和胃降逆

之效。因此,本研究应用西药联合指针治疗,取得了满意疗效。

总之,有效治疗 GERD 的反流症状及食管外症状,除改变不良的生活饮食习惯外,指针疗法联合质子泵抑制剂和促胃肠动力药治疗值得临床推广。

参考文献

- [1] 王风云,唐旭东,刘果,等.胃食管反流病食管外症状表现特点及中医药治疗[J].中国中西医结合杂志,2011,31(5):716-719.
 - [2] 中国胃食管反流病共识意见专家组.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)[J].中医杂志,2010,51(9):844-847.
 - [4] 曹芝君,陈胜良,莫剑忠.胃食管反流病患者食管动力紊乱对食管外症状发生的影响[J].胃肠病学,2004,9(1):21-23.
 - [5] 李仲启,傅汉中,王仲玉,等.埃索美拉唑、莫沙比利联合铝镁加治疗难治性胃食管反流病疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2012,20(10):456-457.
 - [6] 解然勇,候超,王璇,等.电针足三里联合甲氧氯普胺注射治疗上消化道术后胃肠功能紊乱 50 例[J].陕西中医,2013,34(6):744-745.
 - [7] 卢岱静.针药并用对反流性食管炎患者胃泌素、胃动素的影响[J].上海针灸杂志,2010,29(4):218-220.
 - [8] 谢胜,韦金秀,周晓玲,等.背俞指针疗法对胃食管反流病患者任督二脉穴位皮温与酸反流的影响及其相关性[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(3):135-138.
-
- (上接第 287 页)
- [9] 魏思忱,郑国启,田树英,等.IL-10 在溃疡性结肠炎患者血清中的表达及意义[J].河北医药,2010,32(5):559-560.
 - [10] 高伟,司雁菱,吴瑜.白细胞介素-8、白细胞介素-15、白细胞介素-18 在溃疡性结肠炎患者结肠黏膜的表达及意义[J].中国综合临床,2006,22(12):1095-1097.
 - [11] 冯百岁,刘占举,牛正先.美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对血清 TNF- α 和 IL-8 的影响[J].郑州大学学报(医学版),2006,41(5):830-833.
 - [12] 崔静,刘占举,唐芙蓉.炎症性肠病患者血清肿瘤坏死因子和白介素-8 检测[J].郑州大学学报(医学版),2006,41(5):826-827.