

活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型 反流性食管炎临床观察

李淑红, 唐艳萍

(天津市南开医院 消化科, 天津 300100)

摘要: [目的] 观察活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型反流性食管炎临床观察。 [方法] 将 86 例中医辨证为瘀血阻络型反流性食管炎患者随机分为对照组和治疗组各 43 例。对照组采用西药雷贝拉唑 20 mg/次, 早饭前半小时口服, 1 次/d, 疗程为 8 周。治疗组在对照组的基础上加用中药活血通降法联合穴位贴敷。治疗后对各项指标进行观察比较。 [结果] 治疗组与对照组临床总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组反流性食管炎患者主症治疗前后症状积分比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组反流性食管炎患者次症治疗前后症状积分比较 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗前后内镜积分的比较 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗前后胃排空 T1/2 和 Tlag 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗前后胃动素、胃泌素比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 [结论] 在常规西药治疗基础上加用活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型反流性食管炎提高临床疗效, 防止复发, 使患者获得更好的远期疗效。

关键词: 活血通降法; 瘀血阻络型; 穴位贴敷; 反流性食管炎

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.11.12

中图分类号: R573.3 文献标志码: A

The clinical observation on Huoxue Tongjiang method combined with acupoint application in the treatment of blood stasis reflux esophagitis

LI Shu-hong, TANG Yan-ping

(Department of Gastroenterology, Tianjin Nankai Hospital, Tianjin 300100, China)

Corresponding author: TANG Yan-ping, E-mail: cb1699@sina.com

Abstract: [Objective] Clinical observation on Huoxue Tongjiang method combined with acupoint application in the treatment of blood stasis reflux esophagitis. [Methods] 86 patients with reflux blood stasis esophagitis were randomly divided into control group and treatment group. The control group used the Western drug rabeprazole 20 mg/time, oral half an hour before breakfast, 1/day, and the course was 8 weeks. On the basis of the control group, the treatment group was applied with the Chinese medicine Huoxue method and the acupoint application. Observation of various indicators after treatment. [Results] Comparison of total clinical efficiency between treatment group and control group was statistically significant ($P < 0.05$). The difference in symptom scores between two groups of patients with reflux esophagitis was statistically significant ($P < 0.05$). The difference of secondary symptoms after treatment between two groups of reflux esophagitis patients was statistically significant ($P < 0.05$). Comparison of endoscopic score after treatment between two groups of patients was statistically significant ($P < 0.05$). The difference between T1/2 and Tag after treatment was statistically significant ($P < 0.05$). The difference of motilin and gastrin between two groups was statistically significant ($P < 0.05$). [Conclusion] On the basis of the conventional Western medicine, the Huoxue Tongjiang method combined with acupoint application in the treatment of blood stasis reflux esophagitis can improve clinical efficacy.

Key words: Huoxue Tongjiang method; blood stasis; acupoint application; reflux esophagitis

收稿日期: 2019-04-22

基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (No: 81573737)

作者简介: 李淑红, 医学博士, 主治医师, 研究方向: 消化内科

通讯作者: 唐艳萍, E-mail: cb1699@sina.com

反流性食管炎是胃、十二指肠内容物反流入食管所引起的食管炎症性的表现,随着生活条件的改善,肥胖、高脂肪、巧克力、咖啡、浓茶等因素引起腹压升高等导致该病的发病率逐年增加,是消化系统疾病中常见及多发的疾病。该病的主要临床表现就是反流和烧心,食管外的症状有咽喉炎、慢性咳嗽或哮喘。该病的发生特点是病程长,缠绵难愈,临床上大部分患者单纯采用抑酸、联合动力药物治疗,虽然在用药期间会取得短时间的治疗效果,但停药后症状易反复发作^[1],病程久者甚至可以导致食管狭窄,Barrett 食管癌变^[2],严重患者需要行胃底折叠术,该方法可以阻止胃食管反流,虽然抗反流手术的疗效与 PPI 相当^[3],但因为术后的并发症,而对于一些本身存在精神紧张焦虑因素的患者,术后的并发症往往同样会影响患者的正常生活。

近年来研究证实胃食管反流性疾病为食管运动功能失调,此外反流性食管炎与胃排空延迟^[4],存在胃排空障碍的疾病相关,经过临床观察我们发现针对瘀血阻络型反流性食管炎,在应用西药抑酸治疗的同时,采用活血通降法联合穴位贴敷法,可以改善患者临床的症状,促进胃排空,提高患者胃动素及胃泌素水平,减少患者的痛苦,甚至可以让一部分患者免除手术所带来的经济压力及并发症痛苦。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2017 年 10 月~2018 年 10 月的住院及门诊患者 86 例,所有患者均经胃镜证实诊断为反流性食管炎,根据患者入院及门诊就诊顺序随机分为治疗组和对照组,每组各 43 例。治疗组中男 28 例,女 15 例,年龄 22~65 岁,平均 (42 ± 10.58) 岁,病程 5 个月~20 年,平均 (3.2 ± 2.57) 年;对照组中男 25 例,女 18 例,年龄 24~64 岁,平均 (40 ± 9.64) 岁,病程 7 个月~20 年,平均 (3.5 ± 3.12) 年,2 组患者一般资料经统计学处理差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:①符合上述西医诊断标准;②符合上述中医瘀血阻络证候标准;③年龄 18~65 岁,性别不限;④就诊前 4 周内,未服用抑酸药物及其他影响胃肠功能的药物;⑤自愿参与此项研究并签署知情协议书的患者。

排除标准:①患有其他系统严重的器质性病变者;②胃镜检查,患有食管狭窄、肿瘤和溃疡患者,胃及十二指肠溃疡及癌变患者;③备孕、妊娠及哺乳期妇女;④有饮酒史和滥用药物病史患者;⑤药物导致的食管炎和过敏体质患者。

剔除及脱落标准:①依从性差的患者,如中途停

药或换药;②在观察期间加用它药治疗的患者,如合并使用本方禁止使用的中西药物;③资料收集不完整、不全面,影响疗效或安全性判定的患者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组采用单纯西药雷贝拉唑 20 mg/次,早饭前 0.5 h 口服,1 次/d,疗程为 8 周。

治疗组在对照组的基础上加用活血通降法颗粒剂,处方:白及 15 g、丹参 15 g、枳壳 10 g、香附 10 g、半夏 6 g、旋覆花 15 g 100 mL/次,2 次/d 同时加用通降作用的穴位贴敷:香附、青皮、槟榔、木香、枳壳、厚朴颗粒剂按 1:1 比例温开水调糊敷于脐部、足三里、中脘穴,留穴 4 h。

胃排空检测:患者禁食 12 h 以上,上午空腹口服实验餐进食实验餐后 4 h 内,在病房或检查室内活动,避免剧烈运动,前 1 h 每 15 min 收集样品 1 次,后 3 h 每 30 min 收集样品 1 次^[5]。胃泌素及胃动素检测:操作过程按试剂盒说明进行。

1.2.2 观察指标 治疗 8 周为 1 个疗程,分别于治疗前(第 1 周)和治疗后(第 8 周)观察患者的中医症状的改变情况,胃镜下的食管黏膜情况,生活质量的评分比较。

1.2.3 安全性指标 血、尿、便常规检查;肝肾功能、心电图检查等。

1.3 诊断标准

1.3.1 西医诊断标准 参照《中国胃食管反流病共识意见》(2006 年,中华医学学会消化病学分会海南·三亚)。

1.3.2 中医辨证标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《胃食管反流病的中西医结合诊疗共识意见》(2017 年)^[6]。

主要症候:胸骨后灼痛或刺痛。次要症候:①后背痛;②呕血或黑便;③烧心反酸;④嗳气反流;⑤胃脘隐痛;⑥舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。证候判定:主证必备,次证至少具备 2 项,结合舌象和脉象即可判定。符合上述西医中医诊断标准,即可确诊。

1.4 疗效判定标准

中医症状积分评分标准:中医症状评分表参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会指定《胃肠疾病中医证候评分表(2010·苏州)》。

反流性食管炎的内镜分级及评分:参照《胃食管反流病中医结合诊疗共识意见》2010 版制定^[7]。

中医证候疗效判定标准:参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》拟定。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件处理数据。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较

治疗组总有效率分别为 97.67%、对照组临床疗效总有效率为 83.72%，2 组比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 3.909, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	43	10	30	2	1	97.67 ¹⁾
对照组	43	9	23	4	7	83.72

与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者临床主症比较

治疗 8 周后, 2 组患者治疗后胸骨后灼痛或刺

痛积分较治疗前明显降低, 治疗组积分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床主症比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	胸骨后灼痛或刺痛积分	
		治疗前	治疗后
治疗组	43	4.35 ± 1.42	1.10 ± 0.58 ¹⁾
对照组	43	4.95 ± 1.17	2.85 ± 0.72

与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者主症和次症治疗前后症状积分比较

治疗 8 周后, 2 组患者主症及次证积分较前明显降低, 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3、4。

表 3 2 组患者主症治疗前后症状积分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	烧心反酸		呕血黑便	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	3.00 ± 1.39	0.75 ± 0.36 ¹⁾²⁾	2.75 ± 1.13	1.00 ± 1.21 ¹⁾²⁾
对照组	43	2.85 ± 2.10	1.25 ± 0.94 ¹⁾	2.80 ± 2.01	1.65 ± 2.20 ¹⁾

与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者次症治疗前后症状积分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	后背痛		胃脘隐痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	2.95 ± 1.76	1.10 ± 0.66 ¹⁾²⁾	2.80 ± 1.04	1.26 ± 0.66 ¹⁾
对照组	43	2.90 ± 1.91	1.75 ± 1.01 ¹⁾	2.95 ± 1.57	1.93 ± 0.81 ¹⁾

与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 2 组患者治疗前后内镜下分级表现

治疗 8 周后, 2 组患者内镜积分比较, 治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 2 组患者治疗前后内镜下分级表现 例

组别	例数	治疗前				治疗后			
		A 级	B 级	C 级	D 级	A 级	B 级	C 级	D 级
治疗组	43	7	19	11	6	23	17	2	1
对照组	43	8	20	10	5	18	19	4	2

2.5 2 组患者治疗前后内镜积分的比较

2 组患者治疗前后内镜积分的比较见表 6。

表 6 2 组患者治疗前后内镜积分的比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分
治疗组	43	2.68 ± 0.96	1.14 ± 1.02 ¹⁾²⁾
对照组	43	2.82 ± 1.11	1.29 ± 0.90 ¹⁾

与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

2.6 2 组患者治疗前后 T1/2 和 Tlag 比较

治疗 8 周后, 2 组患者胃排空比较, 治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 7。

2.7 2 组患者治疗前后胃动素及胃泌素水平比较

治疗 8 周后, 2 组患者胃泌素、胃动素比较, 治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 8。

表 7 2 组患者治疗前后胃排空 T1/2 和 Tlag 比较

 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	T1/2		Tlag	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	151.3±20.6	105.6±15.7 ¹⁾²⁾	60.2±9.8	35.7±8.3 ¹⁾²⁾
对照组	43	148.7±22.5	122.3±19.2 ¹⁾	61.6±10.4	42.1±10.4 ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

表 8 2 组患者治疗前后胃动素及胃泌素水平比较

ng/L, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	胃动素		胃泌素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	282.66±21.17	357.22±36.52 ¹⁾²⁾	23.75±7.13	51.15±8.21 ¹⁾²⁾
对照组	43	285.45±19.21	312.63±29.14 ¹⁾	25.28±6.01	36.52±9.20 ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

活血通降法代表方复方白及糊,君药白及,质粘味涩,消肿生肌,为收敛止血之要药;臣药丹参,性微寒,能祛瘀生新而不伤正,善通行血脉,活血止痛;香附芳香辛行,善散肝气之郁结,为疏肝解郁,行气止痛之要药;枳壳味苦,具有苦泄辛散之功,行气宽中、主散留结胸膈痰滞;半夏辛温燥湿,降逆和胃,为止呕要药;旋覆花苦降辛开,下气消痰、降逆止噎;以上 4 药,共为佐使,辅佐丹参活血之用。全方配伍,活血生肌,消肿止痛,以通为降,使瘀去而病自愈^[8,10]。采取糊剂的剂型是因为糊剂性质黏腻,此外药物白及本身性质黏腻,能够更有效地作用在食管黏膜表面,从而更有效地作用于食管黏膜局部,从而起到治疗作用^[9]。

现代药理学表明白及性质黏腻,含有白及胶,有黏膜细胞的保护作用,能明显减轻由盐酸引起胃黏膜损伤,丹参能够增高胃黏膜超氧化物歧化酶及谷胱甘肽过氧化物酶活性,丹参可以通过清除氧自由基,抑制脂质过氧化反应和提高组织抗氧化能力从而起到保护胃黏膜的作用。香附能够促进肠道运输功能,推进胃肠道的动力,枳壳可增加幽门括约肌紧张度,促进平滑肌收缩,促进胃肠排空,其机制可能与胃窦组织 P 物质、胃动素的分布增加及 VIP 的减少有关。半夏除了能抑制胃酸分泌以外,其内的生物碱成分有中枢性镇吐,阻止消化道逆蠕动的的作用,旋覆花能有效减少胃液和胃酸的分泌,降低胃液酸度,花中绿原酸还能显著增加小肠的蠕动,提高消化道平滑肌张力。以上中医与现代医学理论相辅相成,成为治疗反流性食管炎的理论基础。

反流性食管炎的发生与食管裂孔疝、LES 松弛,胃动力减低,胃排空延迟等因素有关。胃排空延迟可以参与反流性食管炎的发生。反流性食管炎患

者存在胃固体排空延迟,原因可能与血浆胃动素水平下降,胃顺应性和感觉功能异常、自主神经功能紊乱有关^[11]。反流性食管炎的发生与胃泌素有关。因为胃泌素是参与调节 LES 舒缩功能的胃肠道激素之一。胃泌素是通过结合 LES 平滑肌上的受体,促进食管平滑肌推进性蠕动^[12]。血浆胃动素的水平与胃肠运动密切相关,胃动素可以促进胃肠道动力,可以促进胃排空,防止胃内容物反流到食管。上腹部饱胀、恶心呕吐、胃排空时间延长及胃食管反流均与胃动素减少有关^[13]。穴位贴敷选用香附、青皮、槟榔、木香、枳壳、厚朴中药颗粒剂,采用 1:1 等分,以温水调匀,制成直径约 1.5 cm 药饼,以药物沾膏将穴位贴敷药物贴于固定穴位。临床研究具有促进胃肠道动力、减少腹胀、嗝气等消化不良反应,促进胃排空^[14],减少胃食管反流,从而治疗反流性食管炎。

参考文献

- [1] 尚莹莹,李黎,黄天生,等. 疏肝和胃复方对反流性食管炎大鼠胃肠激素影响的实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018,44(11):2421-2422.
- [2] Spechler SJ, Souza RF. Barrett's esophagus[J]. The New Eng J Med, 2014, 371(9):836-845.
- [3] 王杰,罗浩,王剑,等. 腹腔镜下 Nissen 胃底折叠术联合食管裂孔疝修补术的疗效及预后[J]. 中国现代普通外科进展, 2017, 20(1):58-59, 62.
- [4] 真岩波,张淑红,孙晓辉. 反流性食管炎患者血浆胃动素、胃排空时间相关性研究[J]. 临床荟萃, 2003, 18(20):1149-1150.
- [5] 谭天秩. 临床核医学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:1.
- [6] 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(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(3):221-232.

(下转第 861 页)

脂肪病变的程度分为轻度、中度和重度肝脂肪变组,结果显示肝脏脂肪病变程度越重的 NAFLD 患者 Th17 细胞比例以及 Th17/Treg 比值越高,Treg 细胞比例越低,其相应的效应因子也得到了相似的结果。

综上所述,本研究显示 NAFLD 患者存在 Th17/Treg 失衡,其失衡与患者肝脂肪病变的程度密切相关,调整 Th17/Treg 失衡有望成为 NAFLD 防治的新思路。

参考文献

- [1] Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease; practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases[J]. *Hepatology*, 2017, 67(1):328—357.
- [2] Haas JT, Francque S, Staels B. Pathophysiology and mechanisms of nonalcoholic fatty liver disease[J]. *Annu Rev Physiol*, 2016, 78(1):181—205.
- [3] 曲宝戈. 脂肪性肝病患者炎症、免疫改变及治疗的研究现状及展望[J]. *世界华人消化杂志*, 2016, 24(19):2931—2942.
- [4] Swiderska M, Jaroszewicz J, Stawicka A, et al. The interplay between Th17 and T-regulatory responses as well as adipokines in the progression of non-alcoholic fatty liver disease[J]. *Clin Exp Hepatol*, 2017, 3(3):127—134.
- [5] 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组, 中国医师协会脂肪性肝病专家委员会. 非酒精性脂肪性肝病防治指南(2018 更新版)[J]. *传染病信息*, 2018, 31(5):393—402, 420.
- [6] 李静, 唐洁婷, 茅益民. 非酒精性脂肪性肝病和非酒精性脂肪性肝炎治疗的现状与未来[J]. *肝脏*, 2018, 23(9):756—759.
- [7] 李军祥, 陈詒, 王允亮. 非酒精性脂肪性肝病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*, 2017, 25(11):805—811.
- [8] 王彦丽, 郝礼森, 张铁强, 等. 非酒精性脂肪性肝病患者外周血 T 细胞亚群的变化及意义[J]. *实用预防医学*, 2018, 25(12):1473—1475.
- [9] 高伟华, 葛宽雪, 向晓星. 辅助性 T 淋巴细胞 17 和调节性 T 淋巴细胞及其平衡改变与非酒精性脂肪性肝病的关系[J]. *临床肝胆病杂志*, 2018, 34(6):1347—1350.
- [10] 唐涛, 蔡旭华, 李伟平, 等. HIF-1 α 、Treg 和 Th17 在非酒精性脂肪性肝病患者外周血中的表达及其临床意义[J]. *中华全科医学*, 2017, 15(10):1672—1674, 1820.
- [11] 杨毅, 张晓玲, 官俏兵, 等. 樟芝多糖通过 CD4⁺CD25⁺Foxp3⁺ 调节性 T 细胞对小鼠非酒精性脂肪性肝病的保护作用[J]. *中国现代应用药学*, 2018, 35(3):382—387.
- [12] Su L, Wu Z, Chi Y, et al. Mesenteric lymph node CD4⁺ T lymphocytes migrate to liver and contribute to non-alcoholic fatty liver disease[J]. *Cell Immunol*, 2019, 337(1):33—41.
- (上接第 857 页)
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2017, 25(5):321—326.
- [8] 唐艳萍, 刘思邈, 弓艳霞. 复方白及糊对反流性食管炎模型大鼠黏膜血流的影响[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2011, 19(5):295—298.
- [9] 雷萍. 以中药糊剂卧位服药疗法为主的中西医结合治疗反流性食管炎 56 例临床疗效观察[J]. *青海医药杂志*, 2017, 60(47):51—53.
- [10] 唐艳萍, 弓艳霞, 李淑红. 复方白及糊对反流性食管炎模型大鼠食管黏膜的影响[J]. *中医杂志*, 2011, 52(15):1312—1315.
- [11] 吴练红. 中药穴位贴敷治疗反流性食管炎 42 例[J]. *河南中医*, 2011, 31(10):1149—1150.
- [12] 廖卫民, 冯美灵, 王舒云. 空腹血清胃蛋白酶原和胃泌素-17 检测在反流性食管炎中的临床应用研究[J]. *基层医学论坛*, 2018, 22(7):871—872.
- [13] 陈海山, 龚锦容, 黄朝忠, 等. 功能性消化不良与胃黏膜肥大细胞、血浆胃动素的关系[J]. *胃肠病学*, 2015, 20(9):533—537.
- [14] 李淑红, 唐艳萍, 刘华一. 枳椇化浊解毒汤配合穴位敷贴治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对胃动力的影响[J]. *世界中西医结合杂志*, 2018, 13(11):1498—1500.