

引用:刘诤,刘海霞,薛海鲸,等. 中药配合穴位按摩治疗非糜烂性胃食管反流病临床研究[J]. 现代中医药, 2023, 43(4):70-73.

中药配合穴位按摩治疗非糜烂性 胃食管反流病临床研究^{*}

刘诤^{**} 刘海霞 薛海鲸 孟凡冰^{***} 潘慧滢 苏鑫 马豆
(宝鸡市中心医院,陕西 宝鸡 721008)

摘要:目的 探讨“脾虚湿热证”非糜烂性胃食管反流病(non-erosive gastroesophageal reflux disease, NERD)的中医药有效的防治方法。方法 收集 60 例 NERD 患者,随机分为治疗组(30 例,口服中药及穴位按摩)和对照组(30 例,口服雷贝拉唑肠溶胶囊),利用反流性疾病问卷(RDQ 积分表)调查,制定临床观察表、临床疗效评价表,检测患者唾液 pH,进行研究。结果 治疗后治疗组 RDQ 评分与对照组有统计学显著性差异($P < 0.05$),疗效优于对照组,唾液 PH 值两组治疗前后有统计学显著性差异($P < 0.05$);中医证候学积分两组治疗后有统计学显著性差异($P < 0.05$),治疗后治疗组优于对照组,与本组治疗前比较两组均有统计学显著性差异($P < 0.05$),两组治疗后对症状都有缓解作用;临床疗效对照组为 73.33%,治疗组为 96.67%,治疗组高于对照组,有统计学显著性差异($P < 0.05$)。结论 中医药治疗脾虚湿热证的 NERD 临床效果较好,能够有效改善患者临床症状、中医证候。

关键词:脾虚湿热证;非糜烂性胃食管反流病;中药;穴位按摩;临床研究

中图分类号:R244.1 文献标识码:A

文章编号:1672-0571(2023)04-0070-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtem.2023.04.014

据文献报道胃食管反流病已经成为一种常见的消化系统疾病^[1],对患者的正常生活产生较大的影响,中国人群患病率为 7.69%^[2],非糜烂性胃食管反流病(non-erosive gastroesophageal reflux disease, NERD)约占胃食管反流病的 50%~70%^[3],临床上主要表现为烧心、反酸、胸骨后灼痛、咽喉不适、口苦、嗝气、反胃等症状,常规胃镜检查无食管糜烂,属于中医“吐酸”“吞酸”等疾病范畴。西医常用的治疗药物有质子泵抑制剂等,能够取得一定的临床治疗效果,但是停药后复发率比较高。中医药作为一种综合治疗手段,通过辨病与辨证

论治相结合的方法对该病进行治疗,具有一定特色优势。本文主要探讨“脾虚湿热型”非糜烂性胃食管反流病的中医药有效防治方法。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2020 年 4 月—2022 年 6 月在宝鸡市中心医院中医针灸科门诊、消化内科门诊、特需中医专家门诊就诊的“脾虚湿热证”非糜烂性胃食管返流病患者 60 例,随机分为治疗组和对照治疗组各 30 例。记录两组治疗前的年龄、病程等一般资料,经统计学分析,两组差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表 1)。

表 1 两组患者平均年龄、平均病程、治疗前后 RDQ 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	性别(n)		平均年龄(岁)	平均病程(年)	治疗前 RDQ 评分
		男	女			
对照组	30	12	18	57.89 ± 8.55	3.27 ± 3.31	15.67 ± 4.21
治疗组	30	14	16	57.89 ± 8.55	3.16 ± 2.99	16.93 ± 6.86
P 值				0.629	0.889	0.348

* 基金项目:宝鸡市卫健委立项课题(2020-04)

** 作者简介:刘诤,副主任医师,研究方向:中医内科学。E-mail:liutiemu@163.com

*** 通讯作者:孟凡冰,副主任医师。E-mail:26283261@qq.com

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 本研究 NERD 的西医诊断标准依据《2014 年中国胃食管反流病专家共识意见》制定^[4]。①临床上如患者有典型的烧心和反酸症状, RDQ 积分 ≥ 12 分; ②胸腹痛、上腹部灼烧感、嗝气等不典型症状, 反流引起的咳嗽、牙蚀症等食管外症状; ③胃镜检查无糜烂性食管炎、Barrett 食管。

1.2.2 中医诊断标准^[5] 主症为餐后反酸, 饱胀; 次症为胃脘灼痛, 胸闷不适, 不欲饮食, 身倦乏力, 大便溏薄; 舌脉: 舌淡或红, 苔薄黄腻, 脉细滑数。以上主症 2 项, 加次症 2 项, 参考舌脉, 即可诊断证候。

1.3 病例纳入标准 ①符合上述西医诊断标准或中医诊断标准; ②患者未合并有其他原因引起的食管病变; ③患者知情并同意参与本研究, 无相关利益冲突。

1.4 排除标准 ①既往有腹部手术史、食管手术史及贲门手术史, 心源性胸痛, 幽门梗阻、十二指肠球部溃疡; ②存在可危及生命的重要器官和系统的原发性疾病, 以及恶性肿瘤; ③对研究药品过敏者; ④处于妊娠期或哺乳期等特殊时期的女性患者; ⑤无法配合治疗、调查、随访的患者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 常规西医治疗, 雷贝拉唑钠肠溶胶囊 (济川药业集团有限公司, 国药准字 H20061220) 20 mg, 1 次/日, 空腹口服, 8 w 为 1 疗程。

2.1.2 治疗组 中药处方: 苍术 15 g, 法半夏 10 g, 厚朴 15 g, 陈皮 10 g, 紫苏梗 15 g, 干姜 6 g, 黄连 6 g, 木香 10 g, 党参 12 g, 黄芩 10 g, 甘草 6 g, 加减: 胃脘灼痛严重加乌贼骨 15 g、煅瓦楞子 15 g、吴茱萸 5 g, 日 1 剂, 水煎 400 mL, 早晚分服, 8 w 为 1 疗程。

同时配合穴位按摩治疗, 指导患者自行按摩。指导穴位: 中脘穴、膻中穴、足三里、阴陵泉、天枢穴分别于每日早晚用大拇指按压 100 ~ 200 次, 其中足三里、阴陵泉、天枢穴为双侧; 每日早晚揉腹, 以肚脐为中心, 左右手重叠掌腹贴于腹部顺时针

按摩 3 ~ 5 min。取穴定位: 中脘穴: 胸骨下端和肚脐眼连线中点, 膻中穴: 两乳头中间, 足三里: 屈膝, 外膝眼下 4 横指, 胫骨前嵴外 1 横指处, 阴陵泉: 在小腿内侧, 当胫骨内侧髁后下方凹陷处, 天枢穴: 在肚脐旁边 2 横指处。

2.2 观察指标

2.2.1 中医证候积分^[5] 本研究的中医证候积分依据《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) 》, 反流性疾病问卷 (RDQ 积分表) 调查, 对患者的中医证候情况评分以评估治疗效果。主症包括餐后反酸, 饱胀, 次症包括胃脘灼痛, 胸闷不适, 不欲饮食, 身倦乏力, 大便溏薄, 按照“无-0 分、轻-1 分、中-2 分、重-3 分”分为 4 个等级分别计分。中医证候积分 = 主症积分 + 次症积分。

2.2.2 中医证候疗效评价^[5] 本研究的中医证候疗效评价依据《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) 》, 对患者的中医证候情况评分以评估治疗效果。采用尼莫地平法计算。疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。

疗效标准: ①痊愈: 反流症状消失, 疗效指数 $\geq 95\%$; ②显效: 反流症状基本消失, 虽偶有症状但很快消失, $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$; ③有效: 反流症状未消失, 但较以前减轻, $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$; ④无效: 反流症状未消失, 程度未减轻, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

2.2.3 唾液 pH 检测 具体方法^[6-7]: 收集前, 受检者用清水漱口, 然后再吐出一部分唾液, 之后受检者选择坐位, 头部前倾张开口, 利用无菌痰杯收集无刺激状态自然分泌的唾液, 一般收集 2 ~ 3 mL, 收集完立即送检。人体 pH 试纸酸碱度检测酸碱值。

2.3 统计学方法 使用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据, 计量资料采用 t 检验, $\bar{x} \pm s$ 表示; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $[n(\%)]$ 表示; $P < 0.05$ 为差异性有统计学意义。

3 结果

治疗后治疗组 RDQ 评分与对照组有统计学显著性差异 ($P < 0.05$, 见表 2), 疗效优于对照组, 唾液 pH 值两组治疗前后有统计学显著性差异 ($P <$

0.05,见表2);中医证候学积分两组治疗后有统计学显著性差异($P<0.05$,见表3),治疗后治疗组优于对照组,与本组治疗前比较两组均有统计学显著性差异($P<0.05$,见表3),两组治疗后对症

状都有缓解作用;临床疗效对照组为73.33%,治疗组为96.67%,治疗组高于对照组,有统计学显著性差异($P<0.05$,见表4)。

表2 两组患者治疗前后 RDQ 评分、唾液 pH 值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	RDQ 评分		唾液 pH 值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	15.67±4.21	2.80±1.54	7.36±0.28	7.14±0.28
治疗组	30	16.93±6.86	2.00±1.58	7.25±0.30	7.43±0.32
P		0.348	0.037	0.234	0.006

表3 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后4 w	治疗后8 w
对照组	30	5.64±1.21	4.09±1.14 [△]	1.57±0.90 [△]
治疗组	30	6.00±1.28	4.91±1.76 [△]	0.90±0.76 [△]
P		0.70	0.307	0.030

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$

表4 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	5(16.67)	8(26.67)	9(30.00)	8(26.67)	22(73.33)
治疗组	30	9(30.00)	15(50.00)	5(16.67)	1(3.33)	29(96.67)

4 讨论

胃食管反流病是指胃内容物反流入食管、口腔(包括喉部)或肺所致的不适症状和(或)并发症的一种疾病^[8]。胃食管反流病中医认识,尹晓岚等^[9]认为其病机:一方面,脾气不升,胃气失和,甚则气机上逆;另一方面,胃失通降,湿热酿生,缠绵难愈,反复发作,这与胃食管反流病高复发率特点一致。有研究^[10-12]认为胃食管反流病应该归属于胃肠道动力障碍性疾病。梁笑楠等^[13]认为胃食管反流病的治疗目标为快速有效缓解症状、治愈食管炎、提高患者生活质量和预防疾病复发及并发症。陈恂等^[14]指出胃食管反流病的发病机制与中医的脾虚本质相一致,中医健脾法治疗胃食管反流病有理论依据。盖学明等^[15]认为本病中医病位在食管,属脾胃所主,病机为脾胃失和,并指出反流性食管炎中医治疗以清热化湿,健脾和胃为主。

本课题选取 NERD 表现为脾虚湿热证型者进行研究,处方参照赵荣来名老中医经验^[16],以半夏泻心汤合平胃散加减,苍术、厚朴、黄连、黄芩、甘

草清热化湿治其标,法半夏、陈皮、紫苏梗、干姜、木香、党参健脾和胃治其本,共奏疏泻升降气机之功。杨学等^[17]指出黄连与干姜、半夏相伍主治中焦“痞”“呕”“痛”“利”。史琪荣等^[18]研究认为黄连干姜不同比例配比的药对(1:3,1:1,3:1)对小肠推进均有显著的促进作用。李冬霞等^[19]指出叶天士《临证指南医案》提出“微苦以清降,微辛以宣通”,说明辛苦合用则苦寒能清热除湿,辛通能开气泄浊,魏仕兵等^[20]研究认为“辛开苦降法”具有调节胃肠激素,促进食管蠕动,减轻酸反流的作用。中医脾胃病大家唐旭东教授^[21]也擅用黄芩、黄连、干姜灵活配伍治疗寒热错杂证的胃食管反流病。本研究结果显示,治疗后治疗组 RDQ 评分低于对照组,治疗组中医证候疗效均优于对照组,临床疗效对照组为73.33%,治疗组为96.67%,说明治疗组改善脾虚湿热证 NERD 患者临床症状和中医证候方面的效果优于对照组,清热化湿、健脾和胃法可有效提高 NERD 脾虚湿热证的治疗效果,改善患者中医证候。

李倩等^[22]指出中医外治法可明显改善胃食管反流病患者的临床症状,简便廉验。李军祥等^[23]指出针灸可调节幽门括约肌的功能,防止十二指肠内容物的反流。孙千惠等^[24]指出胃食管反流病最常用的腧穴组合为足三里-内关、中脘。张晓培等^[25]指出穴位按摩能够调中健脾,理气和血,升清降浊,调理脾胃肝胆。本研究显示通过指导患者自行按摩中脘穴、膻中穴、足三里、阴陵泉、天枢穴调理气机升降,辅助缓解患者餐后反酸、饱胀等症状。

展玉涛^[26]指出2018里昂共识认为食管 pH +

阻抗监测是诊断胃食管反流病的金标准,但结果分析费时费力。汪忠镐等^[27]指出食管反流状态下当含气液体反流物的量不多且流速一般时则反而会引起咽部喷洒或喷雾……以及牙腐蚀、口臭等口腔表现。中医理论认为脾开窍于口,在液为涎,脾虚则多涎唾,本研究通过观察患者治疗前后唾液 pH 值的变化,探索 NERD 患者脾虚湿热证的客观指标,本研究显示两组治疗前后患者唾液 pH 值有显著性差异,检测脾虚湿热证 NERD 患者唾液 pH 值值得进一步研究。

综上所述,半夏泻心汤合平胃散加减配合穴位按摩治疗 NERD 患者脾虚湿热证临床效果较好,能够有效改善患者临床症状、中医证候,检测脾虚湿热证 NERD 患者唾液 pH 值有进一步研究必要。本研究尚存在样本量小等不足,仍需多中心、大样本的研究进一步证实。

参考文献

[1] 李紫梦,康艳楠,罗如珍,等. 胃食管反流病症状管理指南/共识的质量评价[J]. 中国全科医学,2020,23(33): 4151-4159.

[2] 周金池,赵曙光,王新,等. 中国部分地区基于社区人群胃食管反流病患病率 Meta 分析[J]. 胃肠病学和肝病杂志,2020,29(9):1012-1020.

[3] 李莉,展玉涛,郭宝娜,等. 难治性非糜烂性胃食管反流病不同表型的发病特点[J]. 中华医学杂志,2019,99(32):2502-2506.

[4] 陈旻湖,侯晓华,肖英莲,等. 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.

[5] 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.

[6] 翟斌. 鼻咽癌患者唾液、血清和外周血白细胞中 EB 病毒 DNA 的定量检测分析[J]. 临床检验杂志(电子版),2019,8(3):65-66.

[7] 姜亚男,元宇,蔺海旗,等. 唾液检测在运动生化监控中的应用[J]. 科技资讯,2013,11(24):246.

[8] 姚民武,周永添. 丁香茱萸汤加减治疗中虚气逆型难治性胃食管反流病临床研究[J]. 现代中医药,2022,42(2):84-89.

[9] 尹晓岚,王凤云,陈婷,等. 基于胃主通降理论探讨胃食管反流病症状的产生[J]. 环球中医药,2017,10(2):170-173.

[10] 白兴华. 胃食管反流病的中医诊治思考[J]. 上海中医药杂志,2019,53(1):11-14.

[11] 沈晨,陶琳,张声生,等. 调肝理脾方治疗伴无效食管动力的胃食管反流病临床观察[J]. 中华中医药杂志,2022,37(1):546-550.

[12] 汪忠镐,吴敏,胡志伟,等. 中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J]. 中华胃食管反流病电子杂志,2020,7(1):2-3.

[13] 梁笑楠,战蓉蓉,张晓岚.《2020 年中国胃食管反流病专家共识》解读[J]. 河北医科大学学报,2021,42(8): 869-871,925.

[14] 陈恂,燕晓茹,张立平. 从胃食管反流病中促胃动力药的应用现状谈中医健脾法的运用内涵[J]. 中医学报,2019,34(7):1401-1405.

[15] 盖学明,迟莉丽. 胃食管反流病中医辨治思路与方法[J]. 现代中医药,2016,36(1):53-55.

[16] 张声生. 中医消化科主治医生 382 问[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2011.

[17] 杨学,孔祥亮. 黄连汤方证探微[J]. 浙江中医药大学学报,2020,44(1):45-48.

[18] 史琪荣,于少云,孙晓迪,等. 黄连干姜药对对功能性消化不良大鼠胃排空和血清胃泌素的影响[J]. 中国药理学杂志,2011,46(13):988-992.

[19] 李冬霞,赵美霞,程洋洋,等. 王健教授治疗胃食管反流病经验[J]. 陕西中医药大学学报,2017,40(3):17-19.

[20] 魏仕兵,来要良. 辛开苦降法对非糜烂性胃食管反流病患者食管动力及酸反流的影响[J]. 环球中医药,2017,10(10):1185-1189.

[21] 谢璟仪,张丽颖,王凤云,等. 唐旭东辨治胃食管反流病临证思路探微[J]. 中华中医药杂志,2020,35(9): 4464-4466.

[22] 李倩,葛玲玉,费文荣. 难治性胃食管反流病的中医外治法研究进展[J]. 中医药学报,2020,48(5):70-73.

[23] 李军祥,谢胜,唐旭东,等. 消化系统常见病胃食管反流病中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志,2020,35(6):2995-2998.

[24] 孙千惠,李婷婷,黄敏婷,等. 基于数据挖掘技术探究国内针刺治疗胃食管反流病的选穴规律[J]. 中国针灸,2020,40(12):1374-1378.

[25] 张晓培,邢佑美. 和胃降逆颗粒联合穴位按摩治疗胃食管反流病疗效研究[J]. 中医临床研究,2017,9(9):11-13.

[26] 展玉涛. 胃食管反流病诊治进展[J]. 西南医科大学学报,2022,45(2):103-107.

[27] 汪忠镐,高翔,来运刚,等. 咽喷嘴及 3S 现象:胃食管气道反流的实验研究[J]. 临床误诊误治,2011,24(3):5-7,111.