

揞针对肝胃郁热型非糜烂性反流病的临床研究

侯陈凤 庄肇朦 林芊如 余炳取 谢敏

非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease, NERD)是胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)最常见的类型,是指内镜下未见食管黏膜糜烂或破损,存在与反流相关的不适症状的疾病^[1],约占GERD患者总数的70%^[2]。西医治疗以抑酸及促胃动力治疗为主,但存在不能增加食管动力、药物依赖、复发率高等问题^[3,4]。研究证实,我国传统医学如中药、针刺等能显著改善GERD患者的反流症状,提高临床疗效^[5]。揞针是针灸皮内针的一种,是对传统皮内针灸疗法的发展和创新,近年来被广泛应用于各种疾病并取得较好的疗效。但揞针在GERD的临床应用尚不广泛。2017年GERD中医诊疗共识意见推荐内关、足三里、中脘等为治疗穴位^[6]。本次研究探讨揞针联合雷贝拉唑肠溶片治疗对肝胃郁热型NERD临床疗效、食管动力、胃肠激素及心理状态的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2021年6月至2023年6月期间在温州市中西医结合医院消化科就诊的NERD患者120例,其中男性52例、女性68例;年龄20~70岁,平均年龄(46.50±12.90)岁;纳入标准包括:①符合西医诊断标准^[7]和中医辨证标准^[6],②年龄20~70岁,有典型反流症状(烧心、反酸、胸骨后的疼痛或不适、暖气反流);③经内镜诊断为NERD。排除标准包括:①体重指数≥25 kg/m²;②有严重心脑血管疾病,肝脏或肾脏衰竭,造血系统疾病;③孕妇和哺乳期的妇女;④合并有Barrett食管、食管或胃

息肉、消化性溃疡、消化道肿瘤、胃发育不良、腹部手术史。所有患者自愿加入本次研究并签署知情同意书者。本次研究经过医院伦理委员会批准通过。按随机数字表法分成治疗组和对照组,各60例。治疗组中男性23例、女性37例;平均年龄(48.40±14.33)岁,平均病程(23.97±8.3)个月。对照组中男性29例、女性31例;平均年龄(45.90±13.2)岁,平均病程(22.30±7.46)个月。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组采用雷贝拉唑肠溶片治疗,雷贝拉唑肠溶片(由江苏豪森药业股份有限公司生产)20 mg餐前口服,每日1次,连续服药4周。治疗组在对照组的基础上,采用揞针联合雷贝拉唑肠溶片进行治疗。采用0.20 mm×1.5 mm的一次性无菌揞针(由苏州医疗用品厂有限公司生产),选取双侧的内关、合谷、足三里、中脘、天枢、太冲、肝俞、胆俞等穴位。常规消毒后,分别刺入选取的穴位并固定,埋针24 h,期间按压3次,每次按压1~2 min,两次按压间隔4~8 h,以加强刺激,每周3次,连续治疗4周。

1.3 观察指标 ①临床疗效评估:根据烧心、反酸、胸骨后的不适、暖气反流、疼痛等反流症状分别为4个等级。治愈:上述反流症状消失;显效:反流症状基本消失,虽然偶有症状但很快消失;有效:反流症状未消失,但较以前减轻;无效:反流症状无改善甚至症状加重^[6]。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。②症状评估:采用反流性疾病问卷评分(reflux diagnostic questionnaire, RDQ)进行症状评分,按照烧心、反酸、非心源性胸痛、反食症状发作频率和症状发作程度分别计为1~5分,症状频率计分和症状程度计分最高40分。RDQ≥12分拟诊断为GERD^[7]。③食管动力评估:采用胃肠动力测压系统测定治疗前后食

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.009.020

基金项目:浙江省温州市科技局科研项目(Y20190740);浙江省医药卫生科技计划(2023KY1162)

作者单位:325000 浙江温州,温州市中西医结合医院消化科

管上括约肌压力(upper esophageal sphincter pressure, UESP)和食管下括约肌压力(lower esophageal sphincter pressure, LESP)。④血清学指标:采用酶联免疫吸附法测定治疗前后血清胃泌素(gastrin, GAS)水平,采用放射免疫法检测血清胃动素(motilin, MTL)水平。⑤心理状态评估:采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评估两组患者治疗前后的焦虑抑郁情况^[8]。SAS和SDS评分越高,表示焦虑、抑郁症状越明显。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表2 两组治疗前后LESP、UESP和GAS、MIL比较

组别		LESP/mmHg	UESP/mmHg	GAS/ng/L	MTL/ng/L
治疗组	治疗前	14.07±2.56	52.67±4.58	20.20±3.47	174.37±34.82
	治疗后	26.63±4.01* [#]	64.67±6.94* [#]	35.10±5.67* [#]	272.83±50.80* [#]
对照组	治疗前	14.00±2.44	53.13±5.20	20.63±3.80	174.50±31.71
	治疗后	19.73±3.13*	57.57±5.87*	27.93±4.96*	227.00±45.49*

注: *:与同组治疗前比较, $P<0.05$; #:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,治疗前,两组患者LESP、UESP和GAS、MIL比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.10、0.37、0.46、0.02, P 均 >0.05)。治疗4周后,两组LESP、UESP和GAS、MIL均明显高于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=-27.75、-20.00、-29.48、-26.37; -8.81、-4.10、-7.00、-5.00, P 均 <0.05),且治疗组的LESP、UESP和GAS、MIL均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=4.20、4.28、5.22、3.68, P 均 <0.05)。

2.3 两组治疗前后RDQ、SAS和SDS评分比较见表3

表3 两组治疗前后RDQ、SAS和SDS评分比较/分

组别		RDQ评分	SAS评分	SDS评分
治疗组	治疗前	25.17±8.20	50.90±7.01	53.87±4.95
	治疗后	8.03±2.55* [#]	19.47±3.25* [#]	32.73±6.45* [#]
对照组	治疗前	25.50±8.25	50.00±5.60	54.30±5.17
	治疗后	12.43±3.22*	42.17±8.96*	43.93±7.00*

注: *:与同组治疗前比较, $P<0.05$; #:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,治疗前,两组患者RDQ、SAS和SDS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.18、0.55、0.33, P 均 >0.05)。治疗4周后,两组RDQ、SAS和

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较见表1

表1 两组患者的临床疗效比较

组别	临床疗效/例				总有效/例(%)
	无效	有效	显效	治愈	
治疗组	2	12	18	28	58(96.67)*
对照组	16	12	14	18	44(73.33)

注: *:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,治疗后,治疗组患者的总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.71$, $P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后LESP、UESP和GAS、MIL比较见表2

SDS评分均明显低于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=25.16、1.60、27.21、12.75、4.01、6.46, P 均 <0.05),且治疗组治疗后RDQ、SAS和SDS评分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.86、13.04、6.45, P 均 <0.05)。

3 讨论

GERD常见症状为反酸、烧心、胸痛等,部分GERD患者还可出现上腹痛、腹胀、嗝气、吞咽困难、咽喉不适等症状,还可能导致一些食管外症状,如慢性咳嗽、牙侵蚀,甚至吸入性肺炎等,严重影响患者生活质量。GERD发病机制主要包括:下食管括约肌松弛、食道高敏感、黏膜屏障受损和胃酸反流等,其治疗难点在于控制气体或胆汁等非酸反流,临床上NERD抑酸治疗症状缓解率低,长期抑酸治疗可能会导致不良反应,停用抑酸药后病情易反复发作。GERD在中医属于“吐酸”“食管瘿”等范畴。《黄帝内经·素问》云:“诸呕吐酸,皆属于热”。《医宗金鉴》记载:“干呕吐酸苦,胃中热也”,阐明了吐酸的主要病因为火、热。本病证属本虚标实,其基本病为胃失和降,胃气上逆。肝胃郁热型是GERD临床的主要证型。由于该病病程偏长,症状反复,加重了患者焦虑抑郁状态,也进一步加重了肝郁气

滞、肝郁化火的症状。

揞针通过对经筋与皮部缓慢持久的刺激,调节气血、经络、脏腑的机能,在应用过程中对患者的活动影响很小,使用后也没有副反应。本次研究取穴足三里、内关、中脘、天枢、合谷、太冲、肝俞、胆俞,足三里为胃之合穴,《灵枢》中写道:“取三里以下胃气逆”,刺激足三里有调理脾胃、通降腑气的作用。内关为八脉交会穴可治疗胃心胸之病,可平降上逆之胃气。中脘为胃之募穴,可通降胃气,治胃腑病;足三里配中脘、内关,有和胃降逆,宽中利气的作用。合谷为大肠经原穴,肝热犯胃,刺合谷可宣泄气中之热,升清降浊,宣泄胃火,与足三里配伍达到补之益气理中,泻之升阳降浊之功效。天枢为大肠募穴,主疏调肠腑、理气行滞。太冲属于肝经原穴,有疏肝理气、降逆和胃、解郁通络之功。肝俞、胆俞具有疏肝利胆,升提脾气,和降胃气等作用。

食管下括约肌是食管与胃的重要屏障,当食管下括约肌松弛、肌张力降低可导致胃十二指肠内容物上逆至食管引发GERD^[9]。对动物模型进行的研究表明,针灸在降低食管括约肌压力、改善胃排空方面具有有效性^[10]。GAS是一种酸刺激信使,可以调节胃酸分泌和胃黏膜细胞生长,增加食管下括约肌压力的胃肠道激素。MTL由Mo细胞分泌,分布于小肠,能够收缩胃肠道的平滑肌以促进胃的强烈收缩,加速肠道的蠕动。精神心理因素是食道内脏高度敏感的重要原因,通过脑-肠轴刺激大脑产生信号,向下传播到食道和胃肠道,引起胃肠道反应和胃酸分泌异常,使消化道症状恶化。而症状反复,反过来又会加剧患者的焦虑和抑郁,导致植物神经功能障碍。交感和副交感神经的不平衡降低了消化道环肌的收缩力,进一步减慢了胃的收缩速度,降低了迁移运动复合体功能,胃酸反流到食管,最终产生反流性食管炎^[11]。本次研究结果显示揞针联合雷贝拉唑治疗GERD等总有效率高于单用雷贝拉唑组($P < 0.05$),说明揞针配合常规的西药治疗对NERD患者临床疗效更好。本次研究结果还显示,治疗组治疗后的RDQ评分低于对照组,LESP、UESP、GAS、MTL均高于对照组(P 均 < 0.05),说明揞针联合常规西药治疗肝胃郁热型NERD疗效确切。同时,治疗后,治疗组的SAS、SDS评分均低于对照组(P 均 < 0.05),表明揞针联合常规的西药治疗能显著改善患者的焦虑抑郁状态,疗效优于对照组。

综上所述,揞针联合雷贝拉唑肠溶片治疗肝胃郁热型NERD可提高临床疗效,改善患者症状,心理状态及食管动力。本次研究也存在不足之处,缺乏揞针针刺治疗后的随访结果,因此无法准确评估针刺治疗疗效的持续时间,今后应继续开展更大样本的研究,并就随访、复查情况及症状改善情况进行评估。

参考文献

- 1 Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 308-328.
- 2 Rosada MS, Goh KL. Gastro-esophageal reflux disease, reflux oesophagitis and nonerosive reflux disease in a multiracial Asian population: A prospective, endoscopy based study H[J]. Eun Gastroenterol Hepatol, 2004, 16(5): 495-501.
- 3 韩菲, 张晓岚. 胃食管反流病的药物治疗[J]. 临床荟萃, 2017, 32(1): 17-21.
- 4 马振勇, 陈峰, 郭静波. 补中降逆饮加减联合兰索拉唑治疗中虚气逆证胃食管反流病临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35(12): 120-122.
- 5 朱佳杰, 李依洁, 刘珊, 等. 中医外治法治疗胃食管反流病的Meta分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(12): 1629-1636, 1645.
- 6 中华中医药学会脾胃分会. 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.
- 7 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[S]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649-663.
- 8 赵迎盼, 廖宇, 钟家珮, 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]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(5): 572-574.
- 9 Casale M, Sabatin L, Moffa A, et al. Breathing training on lower esophageal sphincter as a complementary treatment of gastroe-sophageal reflux disease(GERD): A systematic review[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2016, 20(21): 4547-4552.
- 10 Chen Y, Xu JJ, Liu S, et al. Electroacupuncture at ST36 ameliorates gastric emptying and rescues networks of interstitial cells of cajal in the stomach of diabetic Rats[J]. PLoS One, 2013, 31: e83904.
- 11 Luo Z, Hu X, Chen C, et al. Effect of catgut embedment in du meridian acupoint on mental and psychological conditions of patients with gastroesophageal reflux disease[J]. Evid Based Compl Alt Med, 2020: 5415813.

(收稿日期 2023-09-19)

(本文编辑 高金莲)