

临 证 经 验

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20190919-k0002

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

针刺“鼻胃”穴配合隔药灸脐法治疗反流性食管炎 26 例

张潇斌¹△, 王凤笑¹, 姜程洋¹, 齐鑫¹, 尹广惠¹, 魏文娟¹, 程勇², 马玉侠¹✉(¹山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250355; ²山东中医药大学附属医院推拿科)

[关键词] 反流性食管炎; 穴, 鼻胃; 隔药灸; 脐疗

反流性食管炎是由于胃、十二指肠内容物反流入食管并引起组织损害, 而出现反酸、烧心、嗝气、胸骨后不适等临床症状的一种疾病。笔者采用针刺“鼻胃”穴配合隔药灸脐法治疗 26 例反流性食管炎患者, 现报道如下。

1 临床资料

26 例患者均来自 2018 年 3 月至 2019 年 3 月山东中医药大学附属医院针灸科门诊, 其中男 15 例, 女 11 例; 年龄最小 25 岁, 最大 73 岁, 平均 (45 ± 14) 岁; 病程最短 2 个月, 最长 5 年, 平均 (21.2 ± 14.9) 个月。临床表现以烧心、反酸、胸骨后不适为主。根据《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[1]中医辨证属肝胃不和证 11 例, 肝胃郁热证 7 例, 气郁痰阻证 5 例, 中虚气逆证 3 例。符合现代医学反流性食管炎诊断标准^[2]。

2 治疗方法

2.1 针刺

取穴: “鼻胃”穴 (鼻翼斜上方与鼻骨连接处压痛点, 见图 1)。操作: 患者取仰卧位, 常规消毒穴位皮肤, 先用拇指按揉穴位 30~120 s, 并嘱患者做缓慢深长的腹式呼吸, 采用 0.30 mm × 25 mm 毫针直刺“鼻胃”穴 10~15 mm, 随咳进针, 留针 30 min。每周 1 次, 4 次为一疗程, 连续治疗 3 个疗程。

2.2 隔药灸脐法

①药物组成: 柴胡、党参、半夏、黄芩、白芍、枳实、厚朴、白术、桔梗、干姜、丁香、苏合香、甘草按一定比例混合超微打碎, 避光存罐备用。②操作: 患者取仰卧位, 暴露腹部, 常规消毒脐部皮肤, 以温开水调面粉成圆圈状 (内径约 3 cm, 外径约 6 cm, 内壁高约 2 cm, 外壁高约 3 cm), 面圈中间孔应与患者脐孔大小一致, 取药末适量 (8~10 g), 填满脐孔, 将直径、高均约 1 cm 的艾炷置于药末上, 连续施灸 10 壮 (约 2 h), 以脐部皮肤微微发红为度, 用医用

胶带固封中药末, 留药 24 h 后取下, 并用温水清洗脐孔。每周 1 次, 4 次为一疗程。连续治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

分别于治疗前, 治疗 1、2、3 个疗程后对患者的各项指标进行评估。

(1) 耐信量表积分法 (RDQ) 积分^[3]: 记录患者烧心、反酸、胸骨后不适、胃内容物上涌情况。各临床症状发作程度计 0~5 分, 发作频率计 0~5 分, 总分 40 分。总分越低, 表明临床症状越轻。

(2) 胃食管反流病生活质量量表 (GERD-HRQL) 积分^[4]: 记录患者烧心程度、饭后烧心程度、站立时烧心程度、平卧时烧心程度、烧心是否影响饮食习惯、吞咽是否感觉疼痛、是否存在吞咽困难、是否存在腹胀症状、睡眠是否受本病影响、治疗是否影响日常生活, 各项评分均为 0~5 分, 总分 50 分。总分越低, 表明对日常生活影响越小。

3.2 疗效评定标准

于治疗 1、2、3 个疗程后依据《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5]评定疗效。临床治愈: 患者临床症状消失, 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 患者临床症状基本消失, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效: 患者临床症状好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效: 患者临床症状未见好转或基本保持治疗前症状, 疗效指数 < 30%。疗效指数 = [(治疗前 RDQ 积分 - 治疗后 RDQ 积分) ÷ 治疗前 RDQ 积分] × 100%。

3.3 治疗结果

(1) 各证型患者治疗前后各时间点 RDQ 积分比较 肝胃不和证、肝胃郁热证、气郁痰阻证 3 型患者治疗 1、2、3 个疗程后, RDQ 积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 治疗 2 个疗程后 RDQ 积分较治疗



图 1 “鼻胃”穴定位示意图

✉通信作者: 马玉侠, 教授。E-mail: myxia1976@163.com

△张潇斌, 山东中医药大学硕士研究生。E-mail: 1292935955@qq.com

表 1 各证型反流性食管炎患者治疗前后各时间点 RDQ 积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	治疗前	治疗 1 个疗程	治疗 2 个疗程	治疗 3 个疗程
肝胃不和证	11	24.55 ± 5.41	14.45 ± 7.41 ¹⁾	7.45 ± 4.99 ^{1) 2)}	4.18 ± 3.19 ^{1) 2) 3)}
肝胃郁热证	7	28.71 ± 4.75	18.86 ± 7.37 ¹⁾	12.57 ± 6.16 ^{1) 2)}	5.71 ± 3.90 ^{1) 2) 3)}
气郁痰阻证	5	32.20 ± 4.54	25.60 ± 5.32 ¹⁾	20.80 ± 6.87 ^{1) 2)}	17.00 ± 7.91 ^{1) 2) 3)}
中虚气逆证	3	33.00 ± 7.81	27.67 ± 4.93	23.67 ± 6.66 ¹⁾	16.67 ± 8.62 ¹⁾

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与治疗 1 个疗程后比较, ²⁾ $P < 0.05$; 与治疗 2 个疗程后比较, ³⁾ $P < 0.05$ 。

1 个疗程后降低 ($P < 0.05$); 治疗 3 个疗程后 RDQ 积分较治疗 1、2 个疗程后降低 ($P < 0.05$)。中虚气逆证治疗 1 个疗程后 RDQ 积分较治疗前降低, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗 2、3 个疗程 RDQ 积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 治疗 2 个疗程后 RDQ 积分较治疗 1 个疗程后降低, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 3 个疗程后 RDQ 积分较治疗 1、2 个疗程后降低, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

(2) 治疗前后各时间点 RDQ 积分和 GERD-HRQL 积分比较

治疗 1、2、3 个疗程后, RDQ 积分和 GERD-HRQL 积分均较治疗前降低 ($P < 0.01$); 治疗 2 个疗程后 RDQ 积分和 GERD-HRQL 积分较治疗 1 个疗程后降低 ($P < 0.01$); 治疗 3 个疗程后 RDQ 积分和 GERD-HRQL 积分较治疗 1、2 个疗程后降低 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 反流性食管炎患者治疗前后各时间点 RDQ 积分和 GERD-HRQL 积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	例数	RDQ 积分	GERD-HRQL 积分
治疗前	26	28.12 ± 6.10	35.50 ± 7.96
治疗 1 个疗程	26	19.31 ± 8.51 ¹⁾	26.81 ± 7.37 ¹⁾
治疗 2 个疗程	26	13.31 ± 8.35 ^{1) 2)}	19.38 ± 5.80 ^{1) 2)}
治疗 3 个疗程	26	8.50 ± 7.52 ^{1) 2) 3)}	11.38 ± 4.18 ^{1) 2) 3)}

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.01$; 与治疗 1 个疗程后比较, ²⁾ $P < 0.01$; 与治疗 2 个疗程后比较, ³⁾ $P < 0.01$ 。

(3) 临床疗效

治疗 1 个疗程后, 临床治愈 0 例, 显效 4 例, 有效 13 例, 无效 9 例, 总有效率为 65.4%; 治疗 2 个疗程后, 临床治愈 2 例, 显效 8 例, 有效 12 例, 无效 4 例, 总有效率为 84.6%; 治疗 3 个疗程后, 临床治愈 5 例, 显效 11 例, 有效 7 例, 无效 3 例, 总有效率为 88.5%。

4 体会

中医文献中无反流性食管炎这一病名的记载, 但根据其临床症状可将其归属为“吐酸”“嘈杂”等范畴。《素问·至真要大论》载有:“少阳之胜, 热客于胃, 烦心心痛, 目赤欲呕, 呕酸善饥。”反流性食管炎的基本病机为肝胆失于疏泄, 胃失和降。

本研究中不同证型反流性食管炎用本法治疗虽均可取得临床疗效, 但存在一定的差异, 肝胃不和型、肝胃郁热型、气郁痰阻型取效较快, 临床疗效较显著; 而中虚气逆型取效较慢。

“鼻胃”穴是山东中医药大学高树中教授根据《灵枢·五色》所载的“庭者, 首面也……方上者, 胃也……”结合生物全息理论及长期临床经验总结发现的经验穴, 用于治疗胃部疾患。高教授强调针刺前揣寻穴位附近压痛点, 因“其态不同, 其筋骨气血各不同”。针刺前先按揉穴位, 做到“先以指按之痛, 乃刺之。”随咳进针并配合腹式呼吸, 既可以缓解患者紧张情绪, 减少针刺痛感, 又可以宣散气血, 速达气至病所之功。

神阙穴为隔药灸脐法的施术部位, 其与十二经脉、奇经八脉、五脏六腑联系密切, 且为腹壁最利于药物渗透吸收的部位。《理渝骈文》载:“外治之理即内治之理, 外治之药即内治之药, 所异者法耳。”组方选药时辨证施治, 遵外治用药特点。方中选苏合香以通窍理气, 并促进药物经皮吸收^[6]; 柴胡疏肝解郁; 白芍养血柔肝; 党参、白术健脾益气燥湿; 黄芩清热燥湿; 半夏与桔梗相配一升一降, 调节中焦气机; 枳实、厚朴燥湿化痰, 下气除满; 干姜、丁香温中降逆; 甘草调和诸药, 缓急止痛。隔药灸脐法结合艾绒的温通、面团的聚热作用, 更利于药物的渗透吸收。

本研究存在一定的不足, 将在今后的研究中, 进一步优化试验方案, 增加样本量, 做好随访等工作, 探讨针刺及隔药灸脐法对本病的不同的治疗作用及潜在的疗效机制, 为临床应用提供高质量证据。

参考文献

- [1] 李军祥, 陈詒, 李岩. 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): 221-226, 232.
- [2] 陆星华, 张泰昌. 反流性食管炎诊断及治疗指南 (2003 年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [3] 中国胃食管反流病研究协作组. 反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(11): 651-661.
- [4] Blackett KL, Siddhi SS, Cleary S, et al. Oesophageal bacterial biofilm changes in gastro-oesophageal reflux disease, Barrett's and oesophageal carcinoma: association or causality?[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2013, 37(11): 1084-1092.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [6] 王世祥, 马翠翠, 王洁, 等. 石菖蒲、安息香和苏合香挥发油促进罗丹明 123 的肠吸收作用及其机制[J]. 第二军医大学学报, 2017, 38(9): 1178-1182.

(收稿日期: 2019-09-19, 编辑: 陈秀云)