

大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗胃食管反流病 阳明少阳热证临床观察^{*}

范文东 刘启华 游福年 李 丽 熊晓芳 章浩军

摘 要 目的:评价大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗胃食管反流病阳明少阳热证的效果及安全性。**方法:**将 60 例阳明少阳热证胃食管反流病患者随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组予大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗,对照组予口服奥美拉唑肠溶胶囊及枸橼酸莫沙必利片,观察两组患者治疗 4 w 后中医证候积分及胃镜下食管黏膜改善情况,并评价两组患者的综合疗效。**结果:**(1)治疗 4 w 后,治疗组的总有效率为 90.00%,优于对照组的 73.33% ($P<0.05$)。(2)两组治疗后各项症状积分及中医证候总积分均较治疗前降低 ($P<0.05$),同时治疗组低于对照组 ($P<0.05$);两组治疗方案均能改善胃镜下食管黏膜情况,且治疗组优于对照组 ($P<0.05$);(3)治疗期间两组患者未出现明显不良反应及其他不良事件。**结论:**大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗胃食管反流病阳明少阳热证效果确切,可有效改善患者临床症状,且未产生不良反应,临床可进一步推广。

关键词 大柴胡汤;点刺放血拔罐;胃食管反流病;六经辨治

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux, GERD)是指由于胃内容物反流侵犯食管、咽喉、口腔甚至肺等部位,引发的以反酸、烧心等为主要临床表现,兼有胸骨后灼热感、咳嗽等症状的较为常见的消化系统疾病^[1]。目前认为,GERD 的病程发展呈递增的趋势,如未采取有效的治疗及干预措施,长期反复的慢性炎症刺激黏膜,最终可能会往食管恶性肿瘤发展,影响患者的生命安全。现阶段西医方面治疗 GERD 以处理突出症状为主,包括各类抑酸及促胃动力药物,对病情可起到一定的改善作用,但也存在药物不良反应,同时病情受到主、客观因素影响而易反复,有些患者到后期需进行手术,效果不达预期^[2]。

根据患者的主要症状及病位、病因病机,GERD 可归属于中医学“吐酸”“食管瘴”等范畴。本课题组通过归纳、总结全国名老中医章浩军主任医师近 40 年诊疗脾胃疾病的临床经验,将 GERD 按“吐酸”进行六经辨治,分为“阳明少阳热证”“太阴厥阴寒证”两大证,并分别运用经方大柴胡汤、吴茱萸汤,结合外治法点刺放血拔罐及穴位贴敷治疗,获得较佳疗效。本研

究选取阳明少阳热证 GERD 患者,治疗组予大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗,对照组予口服奥美拉唑肠溶胶囊及枸橼酸莫沙必利片,并对两组疗效进行比较,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取 2021 年 12 月 1 日—2023 年 6 月 30 日在龙岩市中医院脾胃病科门诊及住院,诊断为阳明少阳热证的 GERD 患者共 60 例,运用随机数字表将其分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男 16 例,女 14 例;平均年龄 (43.12 ± 6.89) 岁;平均病程 (1.12 ± 0.46) 年。对照组男 18 例,女 12 例;平均年龄 (43.26 ± 7.13) 岁;平均病程 (1.16 ± 0.39) 年。两组患者基线资料比较无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[3]中关于 GERD 的诊断标准。

1.2.2 中医证候诊断标准 参考《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4]和章浩军所著的《六经辨治脾胃病》^[5]拟定。主症:①吞酸时作,噎腐气秽;②两胁胀满;③心烦易怒;④口干、口苦。次症:①胃脘闷胀;②咽干口渴;③大便秘结;④舌红苔黄;⑤脉弦

^{*}基金项目 2021—2024 年度福建省中医药科研项目 (No. 2021 zylc47)

• 作者单位 龙岩市中医院 (福建 龙岩 364000)

数。具备主症加上次症1或2项,舌脉符合,即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合西医学GERD的诊断标准;②符合中医学“吐酸病”(阳明少阳热证)的诊断标准;③入院前1周内未行相关性治疗;④依从性良好,自愿参加本次临床研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并消化性溃疡、肿瘤等明显器质性病变患者;②合并有Hp感染;③妊娠期、哺乳期妇女;④患有精神类疾病而无法配合治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 ①大柴胡汤方药组成:柴胡12 g,枳实9 g,黄芩9 g,大枣5枚,生姜10 g,姜半夏10 g,白芍10 g,生大黄6 g(后下)。以上药物由我院中药房统一煎煮,1剂/日,早晚各1次,饭后温服,治疗4 w。②点刺放血拔罐法:选取大椎、肝俞常规消毒后,提捏局部皮肤,用无菌注射针头或梅花针头在穴位上快速点刺出血,再立即应用火罐吸附加大出血量,每次留罐时间为10~15 min。取罐后将血液擦拭干净,观察出血处是否仍需要继续按压止血,并嘱患者出血处当日避免碰水。每周1次,治疗4 w。

1.5.2 对照组 ①奥美拉唑肠溶胶囊(北京韩美药品有限公司,批准文号H20060390),20 mg/次,每日1次,晨服;②枸橼酸莫沙必利片(鲁南贝特制药有限公司,批准文号H19990317),5 mg/次,每日3次,饭后服用。疗程为4 w。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 比较两组患者治疗前后中医证候积分。中医症状采用量化分级,积分评定表参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定,按吞酸时作、噯腐气秽,两胁胀满,心烦易怒,口干、口苦,胃脘闷胀,咽干口渴,大便秘结症状重、中、轻、无分别记为3、2、1、0分,症状积分之和为中医证候总积分。

1.6.2 胃镜下食管黏膜改善情况 比较两组患者治疗前后胃镜下食管黏膜评分。根据1994年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的《洛杉矶分类(LA分类)法》分为4级^[7]:A级、B级、C级、D级,分别记为1、2、3、4分,无炎症时记为0分。

1.7 疗效评定 采用尼莫地平法计算,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,共分为四级。①痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;②显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;③有效:主要症状、体征明显好转,

30%≤疗效指数<70%;④无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

1.8 统计方法 采用SPSS 23.0统计分析软件,无序计数资料采用卡方检验,有序计数资料采用秩和检验,计量资料根据是否符合正态性分布而分别采用 t 检验及秩和检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

本研究无退出及脱落病例。

2.1 两组患者治疗后中医证候疗效比较 治疗组总有效率为90.00%,高于对照组的73.33%($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗后中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	4(13.33)	12(40.00)	11(36.67)	3(10.00)	27(90.00) [△]
对照组	2(6.67)	9(30.00)	11(36.67)	8(26.66)	22(73.33)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前两组患者各项中医症状积分及总积分比较,无统计学差异($P>0.05$)。治疗后,两组患者各项中医症状积分及总积分均较治疗前降低($P<0.05$),治疗组低于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 [M(0.25,0.75),分]

症状	对照组		治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
吞酸时作 噯腐气秽	2(1,3)	1(1,2)*	2(1,3)	1(0,1)*●
两胁胀满	2(1,3)	1.5(0.75,3)*	2(1,3)	1(0,2)*●
心烦易怒	2(2,3)	2(1,3)*	2(1,3)	1(1,2)*●
口干口苦	2(2,3)	2(1,3)*	2(1,3)	1(0,2)*●
胃脘闷胀	2.5(2,3)	2(1,3)*	2(2,3)	1(1,2)*●
咽干口渴	2(1.75,3)	1(1,2)*	2(2,3)	1(0,1.25)*●
大便秘结	2(2,3)	1.5(1,2)*	2(2,3)	1(0,2)*●
总分	15(13,16)	12(10,13.25)*	15(13.75,16)	7(6,9.25)*●

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,● $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后胃镜下食管黏膜评分比较 治疗前两组患者胃镜下食管黏膜评分比较,无统计学差异($P>0.05$);治疗后两组患者胃镜下食管黏膜均有所改善,评分均较治疗前明显降低($P<0.01$),且治疗后治疗组评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

2.4 两组患者不良反应比较 两组患者在治疗过程中均未发生不良反应。

表 4 两组患者治疗前后胃镜下食管黏膜评分比较
[M(0.25,0.75),分]

组别	治疗前	治疗后
治疗组	2(1,2)	1(0,1) [●]
对照组	2(1,2)	1(0.75,2) [*]

注:与治疗前比较,^{*}P<0.05;与对照组比较,[●]P<0.05

3 讨论

GERD 目前在临床上的发病率呈逐渐上升趋势,但因发病较为隐匿,一般在出现典型的反酸、烧心等症状后才受到重视^[8]。该病的发病机制较为复杂,目前较多数认为是因为食管裂孔疝、食管下括约肌松弛等原因导致身体的抗反流防御机制减弱以及胃内反流物对食管黏膜的攻击性增强致使其发病^[9]。同时,该病还与 Hp 感染、酸袋形成、精神心理及饮食等诸多因素相关。因而治疗上西医方面多采用抑酸及促进胃动力等对症处理。如果患者症状反复发作,长期使用质子泵抑制剂会在一定程度上导致胃黏膜的改变,甚至加速黏膜的萎缩。同时由于耐药性的产生,该病可发展成为难治性 GERD,不仅会导致治疗周期延长,同时也会加大药物用量,对患者造成较大的经济压力。

中医在诊治该病过程中,首先是针对患者独立个体研究,通过中医特色的望、闻、问、切四诊合参,整体辨证,评估患者的体质变化,通过处方用药及中医特色理疗,让机体的阴阳恢复平衡,达到治疗目的。

3.1 吐酸病以六经辨治 《伤寒论》第 7 条曰:“发热恶寒,发于阳;无热恶寒,发于阴。”本课题组以此为理论依据,并通过总结章浩军主任医师六经辨治吐酸经验,按“寒、热”来辨治该病。发于阳者,当属六经阳病,吐酸病中多以阳明、少阳两经为重,因而拟为“阳明少阳热证”。病机为阳明少阳枢机不利,郁热化火,肝火横逆犯胃,导致胃失和降而致吐酸。肝火扰神,故可见心烦易怒;火热伤津,津不上承于口,故可见口干、口苦等症;肠道津液受损,无水行舟,故可见大便秘结等症。发于阴属六经阴病者,多以太阴、厥阴两经为重,拟为“太阴厥阴寒证”。因禀赋不足或年老虚衰,病情日久等因素导致太阴脾虚,气血生化无源,胃失所养,导致胃气上逆而致吐酸;脾胃虚弱,虚寒中生,四肢失于温煦,故可见四肢不温;脾失固涩,津液随糟粕而下,可见大便溏泄等症。

3.2 通腑泄热以降酸和胃 阳明少阳热证之吐酸病,治疗上根据《伤寒论》第 103 条所言:“太阳病,过

经十余日……呕不止,心下急……与大柴胡汤,下之则愈。”故本研究选用大柴胡汤以通腑泄热、降酸和胃。方中柴胡、黄芩利少阳,清郁热;芍药柔肝缓急;姜半夏、生姜和胃降逆,温中止呕;枳实、大黄利气除胀,通下热结;大枣和中。诸药合用,共奏通腑泄热、降酸和胃之功。

3.3 内外结合以调和阴阳 根据“内病外治”的治疗原则,脾胃病可采用内治、外治相结合的方法治疗。点刺放血拔罐法具有活血化瘀通络的功效,本研究所选用的大椎穴乃阳气聚集所在,善治热病,故在此穴位放血拔罐可进一步加强热随血泻的效果;肝俞穴属足太阳膀胱经,在此穴位刺血拔罐可理肝气、泻肝火。两穴合用可增强疏肝泄热、调和阴阳之效,使得气机运行通畅,故吐酸自止。

综上,大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗 GERD 阳明少阳热证效果确切,可有效改善患者临床症状,且安全性良好,相较于西医治疗也有一定的优势。从“六经”论治 GERD,有证可循,治用经方,内外结合,可提供一种新的中医辨治思路,临床可进一步推广及运用。

参考文献

[1]牛美娜,王海翠,朱双双,等.双倍剂量艾司奥美拉唑、莫沙必利联合坦度螺酮治疗难治性胃食管反流病的疗效[J].实用医学杂志,2022,38(1):90-95.

[2]王家平,周文涛,顾仁艳,等.半夏泻心汤治疗胃食管反流病的临床观察[J].中国中医急症,2016,25(9):1828-1829.

[3]中国中西医结合学会消化专业委员会.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):221-226,232.

[4]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.

[5]章浩军.六经辨治脾胃病[M].北京:中国中医药出版社,2018,145-146.

[6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:125-134.

[7]LUNDELL L R, DENT J, BENNETT J R, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification[J]. Gut, 1999, 45(2):172-180.

[8]易胜冬,李莉.莫沙必利联合雷贝拉唑在胃食管反流中的应用效果研究[J].世界复合医学,2021,7(1)178-180.

[9]叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:369-370.

(收稿日期:2024-08-15)
(本文编辑:黄明愉)