

·中医中药·

# 旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病的 临床疗效观察

宋宁<sup>1</sup>,唐丽明<sup>1</sup>,袁红霞<sup>2</sup>,王桂彩<sup>3</sup>

(1.天津市南开区三潭医院中医科,天津 300193;

2.天津中医药大学,天津 301617;

3.天津市河东区向阳楼街社区卫生服务中心,天津 300171)

**摘要:**目的 观察旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病的临床疗效。方法 选取2019年10月-2020年10月在天津市南开区三潭医院诊治的60例难治性胃食管反流病患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和研究组,各30例。对照组给予埃索美拉唑镁肠溶片联合莫沙必利治疗,研究组给予旋覆代赭汤联合针刀治疗。比较两组临床治疗疗效、胃食管反流病问卷(RDQ)评分、T<sub>3</sub>-T<sub>8</sub>棘突下压痛程度、复发率以及不良反应。结果 研究组治疗总有效率为90.00%,高于对照组的76.67%( $P<0.05$ );两组治疗后烧心、胸骨后疼痛、泛酸、嗝气各RDQ评分均低于治疗前,且研究组低于对照组( $P<0.05$ );两组治疗后T<sub>3</sub>-T<sub>8</sub>棘突下旁开1.5 cm处压痛程度均减轻,且研究组压痛减轻程度优于对照组,但仅有T<sub>3</sub>、T<sub>5</sub>、T<sub>6</sub>处疼痛度低于对照组( $P<0.05$ );随访6个月,研究组复发率为13.33%,低于对照组的30.00%( $P<0.05$ );研究组不良反应发生率为6.67%,低于对照组的16.67%( $P<0.05$ )。结论 旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病效果确切,可显著减轻患者临床症状,改善患者疼痛度,降低复发率和不良反应发生率,是一种安全、有效的治疗方案。

**关键词:**旋覆代赭汤;针刀;难治性胃食管反流病

中图分类号:R571

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2022.14.032

文章编号:1006-1959(2022)14-0128-04

## Clinical Observation of Xuanfu Dai zhe Decoction Combined with Acupotomy in the Treatment of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease

SONG Ning<sup>1</sup>,TANG Li-ming<sup>1</sup>,YUAN Hong-xia<sup>2</sup>,WANG Gui-cai<sup>3</sup>

(1.Department of Traditional Chinese Medicine,Santan Hospital,Nankai District,Tianjin 300193,China;

2.Tianjin University of Traditional Chinese Medicine,Tianjin 301617,China;

3.Xiangyanglou Street Community Health Service Center of Hedong District,Tianjin 300171,China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of Xuanfu Dai zhe decoction combined with acupotomy in the treatment of refractory gastroesophageal reflux disease.**Methods** A total of 60 patients with refractory gastroesophageal reflux disease who were treated in Santan Hospital of Nankai District of Tianjin from October 2019 to October 2020 were selected as the research objects. They were divided into control group and study group by random number table method, with 30 cases in each group. The control group was treated with esomeprazole magnesium enteric-coated tablets combined with mosapride, and the study group was treated with Xuanfu Dai zhe decoction combined with acupotomy. The clinical efficacy, gastroesophageal reflux disease questionnaire (RDQ) score, T<sub>3</sub>-T<sub>8</sub> subspinous tenderness, recurrence rate and adverse reactions were compared between the two groups.**Results** The total effective rate of the study group was 90.00%, which was higher than 76.67% of the control group ( $P<0.05$ ). The RDQ scores of heartburn, retrosternal pain, pantothenic acid and belching in the two groups after treatment were lower than those before treatment, and those in the study group were lower than the control group ( $P<0.05$ ). After treatment, the degree of tenderness at 1.5 cm below spinous process of T<sub>3</sub>-T<sub>8</sub> in both groups was reduced, and the degree of tenderness in the study group was better than that in the control group, but only the degree of pain at T<sub>3</sub>, T<sub>5</sub> and T<sub>6</sub> was lower than that in the control group ( $P<0.05$ ). After 6 months of follow-up, the recurrence rate of the study group was 13.33%, which was lower than 30.00% of the control group ( $P<0.05$ ). The incidence of adverse reactions in the study group was 6.67%, which was lower than 16.67% in the control group ( $P<0.05$ ).**Conclusion** Xuanfu Dai zhe decoction combined with acupotomy is effective in the treatment of refractory gastroesophageal reflux disease, which can significantly relieve the clinical symptoms, improve the pain degree of patients, reduce the recurrence rate and the incidence of adverse reactions. It is a safe and effective treatment plan.

**Key words:** Xuanfu Dai zhe decoction; Acupotomy; Refractory gastroesophageal reflux disease

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一种常见的消化系统疾病,是指胃内内容物

反流入食管而引起的一组病症,临床主要表现为反酸、烧心、胸骨后灼痛、胃脘痛等症状<sup>[1]</sup>。目前,临床治疗以抑制胃酸分泌及增加胃动力为主,但是部分患者治疗8~12周后,烧心和(或)反流等症状无明显改善,临床将其定义为难治性胃食管反流病<sup>[2]</sup>。难治性胃食管反流病严重影响患者生活质量及精神状态,其治疗方案成为目前临床工作的难点和挑战<sup>[3]</sup>。

作者简介:宋宁(1985.6-),女,吉林敦化人,博士,主治医师,主要从事中医内科学消化系统疾病方向的研究

通讯作者:唐丽明(1976.1-),女,天津人,博士,主任医师,主要从事中医内科学消化系统疾病方向

随着中医学在临床的广泛应用,采用中医治疗难治性胃食管反流病效过较好<sup>[4]</sup>。本研究结合 2019 年 10 月-2020 年 10 月在天津市南开区三潭医院诊治的 60 例难治性胃食管反流病患者临床资料,观察旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 10 月-2020 年 10 月在天津市南开区三潭医院诊治的 60 例难治性胃食管反流病患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和研究组,各 30 例。对照组男 12 例,女 18 例;年龄 29~65 岁,平均年龄(41.26±14.34)岁;病程 1~20 年,平均病程(6.54±5.11)年。研究组男 14 例,女 16 例;年龄 26~67 岁,平均年龄(48.63±13.63)岁;病程 3~22 年,平均病程(8.21±5.42)年。两组年龄、性别、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。本研究患者及其家属均知情同意,并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:①符合难治性胃食管反流的诊断标准<sup>[5]</sup>;②无严重合并症及药物禁忌证<sup>[6]</sup>;③随访资料完善。排除标准:①合并消化性溃疡、贲门切除术后、胃次全切除术后、胃泌素瘤、原发性食管动力疾患;②背部有严重皮肤破损及皮肤感染者;③有长期酗酒史、阿片类药物成瘾或依赖者、妊娠期及哺乳期妇女。

## 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予埃索美拉唑镁肠溶片联合莫沙必利治疗,具体方法:埃索美拉唑镁肠溶片(As-traZeneca AB,批准文号 H20120538,规格:20 mg)1 次/d,40 mg/次,早餐后口服。同时给予枸橼酸莫沙必利片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字 H19990317,规格:5 mg)3 次/d,5 mg/次,餐前口服,连续治疗 8 周。

1.3.2 研究组 给予旋覆代赭汤联合针刀治疗:旋覆代赭汤(颗粒剂,北京康仁堂药业有限公司),组方:旋覆花 15 g,代赭石 5 g,党参 10 g,清半夏 10 g,炙甘草 6 g,生姜 10,大枣 10 g,1 剂/d,于早晚餐后温水冲服;同时联合针刀治疗,具体方法:患者取俯卧位,选择患者胸椎 T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub> 棘突下旁开 1.5 cm 处进针刀,刀刃与横突下缘平行,切断部分痉挛或挛缩的横

突间肌、横突间韧带。每次治疗选择两节胸椎的左右两侧进行针刀治疗,每周治疗 1 次,连续治疗 8 周。

1.4 观察指标 比较两组临床疗效、胃食管反流病问卷(RDQ)评分、T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub> 棘突下压痛程度、复发率以及不良反应。

1.4.1 临床疗效<sup>[7,8]</sup> 显效:临床症状计分减少>80%;有效:临床症状计分减少 50%~80%;无效:临床症状计分减少<50%。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4.2 RDQ 评分<sup>[9]</sup> 主要内容为烧心、胸骨后疼痛、泛酸和暖气的频次和程度。0 分:无上述临床症状;1 分:经言语提醒患者可回忆起上述临床症状;2 分:有上述临床症状,但对患者日常生活不会造成明显影响;3 分:有上述临床症状,对患者日常生活可造成明显影响。

1.4.3 T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub> 棘突下旁开 1.5 cm 处压痛程度 依据患者的“主诉”并结合患者的肢体反应把压痛程度分为 4 级:I 级:按压后,患者无法准确判断是否疼痛或者完全没有疼痛症状,记为“-”;II 级:按压后患者主诉有疼痛,但无痛苦表情,即为轻度压痛,记为“+”;III 级:按压后患者主诉有疼痛感觉并面部伴有疼痛神情(挤眉、咧嘴等)即为中度压痛,记为“++”;IV 级:按压后患者主诉疼痛剧烈或伴有针刺样的疼痛,并伴有喊叫闪躲等肢体反应,即为重度压痛,记为“+++”<sup>[10]</sup>。

1.5 统计学方法 采用统计软件包 SPSS 21.0 版本对本研究数据进行处理,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料采用[n(%)]表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用  $Z$  检验; $P<0.05$  说明差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

2.2 两组 RDQ 评分比较 两组治疗后烧心、胸骨后疼痛、泛酸、暖气各 RDQ 评分均低于治疗前,且研究组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

2.3 两组 T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub> 棘突下旁开 1.5 cm 处压痛程度比较 两组治疗后 T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub> 棘突下旁开 1.5 cm 处压痛程度均减轻,且研究组压痛减轻程度优于对照组,但仅有 T<sub>3</sub>、T<sub>5</sub>、T<sub>6</sub> 处疼痛度低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
研究组	30	21(70.00)	6(20.00)	3(10.00)	27(90.00)
对照组	30	16(53.33)	7(23.33)	7(23.33)	23(76.67)

注:\*与对照组比较, $\chi^2=6.175$ , $P=0.018$

表2 两组RDQ评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	烧心		胸骨后疼痛		泛酸		暖气	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	3.32±0.23	1.56±0.14*	2.98±0.14	1.32±0.18*	3.35±0.26	1.61±0.24*	2.98±0.21	2.01±0.27*
对照组	30	3.15±0.22	2.35±0.34*	3.01±0.21	2.71±0.31*	3.23±0.16	2.58±0.26*	3.11±0.12	2.46±0.32*
t		0.894	29.230	0.931	33.160	0.794	32.610	0.911	21.620
P		0.439	0.000	0.501	0.000	0.387	0.000	0.450	0.000

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$

表3 两组T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub>棘突下旁开1.5 cm处压痛程度比较(n)

组别	n	部位	时间	I	II	III	IV	Z	P
研究组	30	T <sub>3</sub>	治疗前	2	14	10	4	-3.181	<0.05
			治疗后	16	11	3	0		
		T <sub>4</sub>	治疗前	6	15	7	2	-0.032	<0.05
			治疗后	15	10	5	0		
		T <sub>5</sub>	治疗前	1	10	14	5	-2.78	>0.05
			治疗后	15	11	3	1		
		T <sub>6</sub>	治疗前	3	10	12	5	-0.625	>0.05
			治疗后	12	19	6	1		
		T <sub>7</sub>	治疗前	3	14	6	7	-2.772	>0.05
			治疗后	12	12	5	1		
		T <sub>8</sub>	治疗前	4	13	9	4	-0.621	<0.05
			治疗后	16	11	3	0		
对照组	30	T <sub>3</sub>	治疗前	2	12	12	4	-3.648	>0.05
			治疗后	6	15	7	2		
		T <sub>4</sub>	治疗前	5	17	5	3	-0.316	<0.05
			治疗后	11	12	6	1		
		T <sub>5</sub>	治疗前	3	9	15	3	-2.968	>0.05
			治疗后	10	11	9	0		
		T <sub>6</sub>	治疗前	0	8	16	6	-1.360	>0.05
			治疗后	12	13	3	2		
		T <sub>7</sub>	治疗前	4	9	13	4	-3.537	>0.05
			治疗后	14	10	6	0		
		T <sub>8</sub>	治疗前	3	14	9	4	-2.212	>0.05
			治疗后	16	8	5	1		

2.4 两组复发率比较 随访6个月,研究组复发率为13.33%(4/30),低于对照组的30.00%(9/30),差异有统计学意义( $\chi^2=4.303$ ,  $P=0.025$ )。

2.5 两组不良反应发生率比较 研究组不良反应发生率为6.67%(2/30),低于对照组的16.67%(5/30),差异有统计学意义( $\chi^2=5.031$ ,  $P=0.019$ )。

### 3 讨论

目前,该病患者对西医治疗依从性差,夜间弱酸反流、非酸反流及食管高敏感等因素导致临床疗效有限<sup>[11]</sup>。有研究显示<sup>[12]</sup>,质子泵抑制剂能导致胃排空延迟,降低食道下括约肌张力,以及改变食管黏膜通透性,可能促进反流物更显著的逆向流动,增加临床

难治性胃食管反流病治疗难度。中医对本病的治疗研究越来越多,主要以中药或中药联合西药,或中药联合中医疗法治疗本病,尚缺乏大数据支持及循证医学证据<sup>[13]</sup>。本研究以从“脾胃虚弱”病理基础出发,认为“胃虚气逆”为病机关键,“健脾益气,和胃降逆”为治疗原则,运用旋覆代赭汤治疗,符合临床治疗原则<sup>[14]</sup>。而针刀疗法是一种介于手术方法和非手术疗法之间的闭合性松解术,它将中医理论和西医解剖进行融合,通过对软组织的切割剥离,达到刺激周围神经、止痛祛病的作用<sup>[15]</sup>。相关研究表明<sup>[16]</sup>,难治性胃食管反流病在背部胸椎段有明显的压痛,运用针刺对T<sub>3</sub>~T<sub>8</sub>棘突进行刺激,可以有效地缓解胃

肠道兴奋,抑制胃酸反流,促进临床症状减轻。但是目前,关于旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病具体效果尚未完全明确,需要临床进一步探究证实<sup>[17,18]</sup>。

本研究结果显示,研究组治疗总有效率为 90.00%,高于对照组的 76.66% ( $P<0.05$ ),提示旋覆代赭汤联合针刀治疗具有较高的有效率,是一种理想的治疗方法,该结论与钟永泉等<sup>[19]</sup>的报道相似。分析原因为旋覆代赭汤可实现标本兼顾的目的,既顺应脾胃气机升降特点,使脾气得升、胃气得降,又可使中虚得补、痰浊得化,进而抑制胃酸过度分泌,改善食管组织炎症反应及病理形态,减轻食管黏膜损伤程度,促进黏膜修复,恢复食管收缩功能。同时联合针刀可达到刺激周围神经、止痛祛病的作用,进一步提示治疗疗效<sup>[20]</sup>。同时治疗后,两组烧心、胸骨后疼痛、泛酸、暖气各 RDQ 评分均低于治疗前,且研究组低于对照组 ( $P<0.05$ ),表明该治疗方法可减轻患者临床症状,降低患者痛苦,确保良好的治疗耐受性。两组治疗后  $T_3\sim T_8$  棘突下旁开 1.5 cm 处压痛程度均减轻,且研究组压痛减轻程度优于对照组,但仅有  $T_3$ 、 $T_5$ 、 $T_6$  处疼痛度低于对照组 ( $P<0.05$ ),提示该方法可显著减轻患者临床压痛症状。通过针刀治疗可以刺激中枢神经及其交通支,从而起到缓解临床压痛症状的作用。随访 6 个月,研究组复发率为 13.33%,低于对照组的 30.00% ( $P<0.05$ ),提示该方法可降低复发率,具有相对较优的远期疗效。此外,研究组不良反应发生率为 6.67%,低于对照组的 16.67% ( $P<0.05$ ),表明该方法临床不良反应发生率,具备良好的治疗安全性。

综上所述,旋覆代赭汤联合针刀治疗难治性胃食管反流病效果确切,可背部胸椎段压痛症状产生积极影响,提升治疗疗效,预防复发率,降低不良反应,减轻临床症状,进一步为临床难治性胃食管反流病患者提供更优的治疗方案。

#### 参考文献:

[1]黄雪.针刺督脉背段  $T_3\sim T_{12}$  棘突下治疗难治性胃食管反流病的临床疗效评价[D].北京:北京中医药大学,2019.  
[2]Shaheen NJ,Falk GW,Iyer PG,et al.ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus[J].Am J Gastroenterol,2016,111(1):30-50.  
[3]唐丽明,宋宁,熊鹰,等.旋覆代赭汤加味治疗肝胃不和型难治性胃食管反流病的临床疗效及对胃肠激素的影响[J].辽宁中医杂志,2020,47(11):109-112.

[4]刘菊,柳媛,金振宇,等.旋覆代赭汤对反流性食管炎模型大鼠食管组织及外周血中 IL-18 及相关促炎因子表达的影响[J].江苏中医药,2021,53(6):75-79.  
[5]苗嘉萌,杨幼新,马艳,等.旋覆代赭汤及其拆方对 RE 大鼠血浆  $Na^+-K^+-ATP$  酶及  $Ca^{2+}-Mg^{2+}-ATP$  酶活性的影响[J].天津中医药,2016,33(4):231-234.  
[6]李姿,韩慧,杨幼新,等.旋覆代赭汤对 RE 模型大鼠食管组织线粒体超微结构及 SDH 活性的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(7):499-503.  
[7]柳媛,刘菊,刘亚婷,等.旋覆代赭汤对 RE 模型大鼠 NL-RP3/Caspase-1 的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(20):13-18.  
[8]王同单,赵文,郭师.柴胡疏肝散加减联合铝碳酸镁咀嚼片治疗胃食管反流病临床研究[J].新中医,2021,53(16):28-30.  
[9]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.  
[10]张陪.针刺督脉背段  $T_3\sim T_{12}$  棘突下治疗胃食管反流性哮喘的效应研究[D].北京:北京中医药大学,2020.  
[11]Nehra AK,Alexander JA,Loftus CG,et al.Proton Pump Inhibitors:Review of Emerging Concerns [J].Mayo Clin Proc,2018,93(2):240-246.  
[12]解刘松,伍小青.调肝清胃汤联合西药治疗胆汁反流性食管炎 51 例总结[J].湖南中医杂志,2020,36(9):50-51.  
[13]段欣慧.通降合剂治疗肝胃郁热型反流性食管炎的疗效评价及基于“脑-肠”轴作用机制探讨[D].南京:南京中医药大学,2019.  
[14]王阿会,朱生樑,周秉舵,等.疏肝和胃颗粒治疗肝胃郁热型反流性食管炎疗效观察[J].上海中医药杂志,2021,55(3):57-60.  
[15]朱燕,刘大铭,贾玉.化肝煎合左金丸联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗肝胃郁热型反流性食管炎临床观察 [J].河北中医,2021,43(1):100-102,106.  
[16]Tack J,Pandolfino JE.Pathophysiology of Gastroesophageal R eflux Disease[J].Gastroenterology,2018,154(2):277-288.  
[17]陈丽娟,王向群,余杨桦,等.旋覆代赭汤治疗功能性消化不良及对胃肠激素影响的临床观察[J].中华中医药学刊,2019,32(7):417-420.  
[18]骆政杰,周梦圆,胡轩明,等.基于针刺影响心率变异性谈督脉经针刺治疗胃食管反流病 [J].中国中医基础医学杂志,2019,25(5):668-670.  
[19]钟永泉,杨玉敏,陈少东.针刀配合整脊手法治疗反流性食管炎及其所致胸痛的疗效分析[J].中医临床研究,2021,13(5):55-57.  
[20]李宗伟.舒肝调气针刺法联合西药治疗胃食管反流病 55 例临床研究[J].新中医,2019,51(4):224-226.

收稿日期:2021-12-22;修回日期:2022-01-05

编辑/肖婷婷