

● 综述与进展 ●

穴位刺激联合中药汤剂治疗胆汁反流性胃炎的研究进展

刘欣欣¹ 彭莉莉^{2#}

(1 江西中医药大学 2014 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西中医药大学 南昌 330006)

关键词:胆汁反流性胃炎;穴位刺激;中药汤剂;综述

中图分类号:R573.3

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.049

胆汁反流性胃炎(BRG)又称碱性反流性胃炎,是指胃幽门括约肌功能失调或胃切除术后,由于幽门功能不全,过量的十二指肠液反流导致的胃黏膜损伤。主要临床表现有:腹痛,以中上腹持续性烧灼痛为主;恶心及呕吐,以胆汁性呕吐为主;其他症状如贫血、消瘦、舌炎、腹泻等慢性萎缩性胃炎的表现^[1]。BRG 属中医学的“胃痛”、“反酸”、“痞证”等范畴。现代医学统计发现,罹患胆汁反流性胃炎的人群在逐年上升,并且发病年龄也趋于年轻化。目前,随着临床上对于胆汁反流性胃炎的病因病机分析及对疾病发展过程的不断深入研究,治疗本病的方法也在不断创新。穴位刺激联合中药汤剂治疗该病的方法有针灸结合中药汤剂、穴位埋线结合中药汤剂及穴位敷贴联合中药汤剂等几个类型。本研究中的治法治疗胆汁反流性胃炎不仅取得了良好的治疗效果,而且将穴位刺激与中药汤剂相结合,能够更好的缓解临床症状,祛除病因,并且操作简单方便,毒副作用小。笔者现将穴位刺激联合中药汤剂治疗胆汁反流性胃炎的临床研究进展进行了整理。现综述如下:

1 西医病因病机及主要治法

现代临床医学研究发现,胆汁反流性胃炎的发生主要与以下几个因素有关:(1)胃-幽门-十二指肠结构异常、功能紊乱。陈卓珺^[2]在临床中发现,因胃-幽门-十二指肠协调运动失调,导致十二指肠蠕动增加,胃排空延迟,幽门功能失调而致本病,另外幽门解剖结构异常也是其主要发病原因,其中以毕Ⅱ式手术后异常最为典型。张璋^[3]对 350 例胆汁反流性胃炎患者的病例资料进行分析发现,既往有消化疾病病史及手术史(例如胃切除、胰腺炎、肝脏疾病、消化性溃疡及肿瘤等)是本病的重要致病因素。(2)胆囊功能异常。杨晓丽等^[4]通过观察临床 23 例胆汁反流性胃炎病例发现,有胆囊疾病(胆囊切除术后、胆囊多发结石)的患者此病发病率达 27.8%,原因是胆囊不能正常储存胆汁,使得胆汁可在消化间期流入胃中,而致本病。(3)幽门螺杆菌影响。郑忠法等^[5]在临床实验中发现 Hp 感染是本病的重要致病因素,并提出了胆汁反流性胃炎合并幽门螺杆菌

感染的首要治疗手段是根除幽门螺杆菌。(4)其他因素。胡敏霞等^[6]认为肝炎、胰腺炎患者的消化酶产生减少,消化功能下降,也可导致本病。章小平等^[7]通过临床 251 例胆汁反流性胃炎患者的病因分析及证候分布规律的总结指出,胆汁反流性胃炎的致病因素除了以上三种常见病因外,糖尿病胃轻瘫患者占 6.77%,糖尿病胃轻瘫患者因胃排空延迟、幽门功能失调而致胆汁反流;焦虑或抑郁障碍患者占 13.54%,由于情绪的剧烈波动,影响了肠肽的合成与释放,从而导致胃肠功能失调,诱发本病。另外,张璋^[3]的研究发现,吸烟、酗酒也是诱发本病的重要因素。通过分析胆汁反流性胃炎的病因病机,临床上也在不断研究、革新其治法,目前临床治疗本病的方法以一般治疗为主,即戒烟忌酒、适宜饮食、勿过劳过逸、适当运动等;内科治疗药物有根除 Hp 感染药、促胃动力药、H₂受体阻滞剂、胃黏膜保护剂、中和胆酸药物等;外科治疗有胆道分流术等。

2 中医病因病机

胆汁反流性胃炎在中医中属“胃痛、反酸、痞证”等范畴。中医古籍《灵枢·四十气第十九》曾记载:“善呕,呕有苦,长太息,心中憺憺,恐人将捕之,邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆。取三里以下胃气逆,则刺少阳血络以闭胆逆,却调其虚实,以去其邪^[8]。”《灵枢经》认为该病的病位主要在胆胃,是由于胆泄胃逆而引起“呕苦、太息、心中憺憺”等症状,在治疗上主张针刺足三里及少阳血络,以降胃气、泄胆逆、调虚实。对胆汁反流性胃炎的病因病机的认识,从古至今,众多医家一直在不断探索。有些医家认为是情志不畅导致肝胆之气不疏,而横犯脾胃,例如单兆伟等^[9]经过长期的临床观察发现本病患者多有情绪急躁易怒,或情绪消极低沉抑郁的情况,并出现呕苦、嗝气、胁痛等症,皆因肝气不疏而致。有医家认为脏腑不和,气机逆乱是本病的重要发病原因,例如王建云等^[10]认为本病发生发展的基本病机为“胆胃不和”,并基于此观点提出了“主在胆胃,贵在通降”的治法。王灿晖^[11]认为尽管本病有肝胃不和、肝胃郁热、湿热内蕴、脾胃虚弱等不同

通讯作者:彭莉莉, E-mail: pll5812@126.com

证型,但均以胃失和降,气机逆上为主要病机,治疗以调畅气机、和胃降逆为法。朱西杰^[12]认为肝胆疏泄正常是脾胃正常升降的关键,肝胆邪气逆乱则是本病发病的重要原因。还有的医家认为脾胃虚弱是本病的发病基础,例如王秀娟^[13]在临床实践中总结出胆汁反流性胃炎的发病基础是脾胃虚弱,并根据本病发病寒热虚实相互转化的特点,将本病分为肝胃气滞、脾胃湿热、肝胃郁热、寒热错杂和胃阴不足五种类型来辨证论治。此外,还有一些医家则重视湿、热、瘀等因素,例如刘启泉^[14]认为胆汁反流性胃炎需从浊毒论治,他认为“浊即秽浊,浊泄源于湿邪;毒与热同类,热为毒之渐,毒为热之极”。浊毒相兼为病,具有黏滞难解,易阻遏气机、入血入络,耗伤气阴等特点,导致气血失调或瘀或积。张学林等^[15]提出了从痼论治本病的观点,认为本病会导致胃黏膜红肿、破溃、糜烂、出血等,这属于中医的“内痈”范畴,并将胆汁酸视作“浊气”,确立了清胆胃、通腹泄浊的治法。总之,本病的病位在胆、胃,连及肝、脾,致病因素主要有情志不畅、饮食失宜、劳逸失度及痰饮、瘀血等病理产物的影响,故治疗应以疏肝理气、健脾和胃、调节气血阴阳为原则。

3 穴位刺激联合中药汤剂治疗 BRG 的临床研究

3.1 针灸结合中药汤剂治疗 BRG 周运^[16]在温针灸联合疏肝健脾方治疗胆汁反流性胃炎的临床观察中,治疗组 37 例予以针刺足三里、胃俞、脾俞、肝俞、胆俞、内关、中脘等穴,针刺后用特制细艾条温灸 20 min,并予以中药疏肝健脾方;对照组单纯予以疏肝健脾方。治疗组临床效果显著,总有效率为 91.9%,与对照组相比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。丁喜艳等^[17]观察针药并用治疗胆汁反流性胃炎阴虚夹湿证 60 例,治疗组 30 例予以中药一贯煎,针取膻中、中脘、内关、足三里、阳陵泉、三阴交、太冲穴等;对照组单纯用一贯煎加减。结果治疗组总有效率为 90.0%;对照组总有效率为 56.7%,两组比较差异有统计学意义, $P<0.01$ 。武华清^[18]在其针药结合治疗胆汁反流性胃炎的临床观察中,治疗组 210 例取穴中脘、梁门、膈俞、胃俞、膻中、足三里、内关、公孙等,中药予以柴胡、香附、枳壳、半夏、陈皮、黄芩、黄连、蒲公英、黄芪、太子参、白芍、甘草等;对照组 203 例给予吗丁啉片、雷尼替丁胶囊、庆大霉素、普鲁卡因、维生素 B₁₂ 等。结果观察组总有效率为 98.57%,明显优于对照组的总有效率 80.30%。两组相比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。上述实验研究说明,针灸有温通行滞、调气活血之功,中药汤剂有健脾理气、疏肝和胃之效,针灸联合中药汤剂治疗 BRG 操作方

便,效果显著。

3.2 穴位埋线结合中药汤剂治疗 BRG 胡艺^[19]用穴位埋线联合半夏泻心汤加味治疗 BRG 患者 32 例,穴位选胆俞、胃俞、肾俞、足三里、中脘,同时服用加味半夏泻心汤(法半夏、黄连、黄芩、干姜、党参、大枣、白芍、蒲公英、柴胡、炙甘草等),经过 1 个月的治疗后,显效 26 例,有效 4 例,总有效率 93.75%。黄勇^[20]自 2010 年 3 月~2012 年 3 月,运用黄芪建中汤结合穴位埋线治疗治疗组的 BRG 患者 109 例,中药予以黄芪建中汤(黄芪、炒白芍、桂枝、饴糖、生姜、炙甘草、大枣等),穴位埋线取肝俞、胆俞、胃俞、中脘、足三里、内关、太冲、阳陵泉等;对照组 109 例只予以黄芪建中汤口服。结果治疗组总有效率为 93.6%,显著优于对照组的总有效率 65.1%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。宋斌^[21]用口服自拟方结合穴位埋线方法治疗 BRG 患者,治疗组 32 例予以口服自拟方(柴胡、白芍、竹茹、枳实、黄连、半夏、黄芩、厚朴、香附、川楝子、延胡索、甘草、木香),穴位埋线取穴:胆俞、胃俞、梁门、中脘、上脘、足三里、内关、太冲、阳陵泉;对照组 31 例口服吗丁啉、铝碳酸镁片。经治疗后治疗组的总有效率为 96.88%,对照组总有效率为 74.19%,两组比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。穴位埋线的治疗方法可弥补针刺法时间短、就诊次数频的不足,还对穴位进行了连续刺激,并且埋入的肠线能提高机体的应激能力,促进病灶愈合。加上中药内服,此法攻补兼施,行调并用,更能有效治疗胆汁反流性胃炎。

3.3 穴位贴敷联合中药汤剂治疗 BRG 张莉^[22]运用蒿芩清胆汤加减配合中药穴位贴敷治疗 BRG,治疗组给予中药汤剂蒿芩清胆汤加减,并以中药脐饼(柴胡、郁金、枳壳、白芍、丹参、元胡、麦冬、乌药等分,冰片少量)研成细末,以姜汁调成糊状贴于神阙穴,并用 TDP 灯照射 30 min;对照组口服奥美拉唑胶囊、马来酸曲美布汀胶囊、熊去氧胆酸片。结果治疗组总有效率为 95.56%,对照组总有效率为 80.95%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。说明中药内服外用,双重刺激,可增强疗效。

4 讨论

随着现代医疗技术的不断发展及各医家的临证观察,现在对胆汁反流性胃炎的发生发展及预后都有了进一步的认识。近几年来,治疗胆汁反流性胃炎的方法在不断发展更新,探究穴位刺激对胃肠功能的作用也不断深入。现代研究发现,穴位刺激能调节胃酸分泌、胃肠激素、肠神经系统及胃肠黏膜组织中介质的浓度,对胃分泌机能具有一定的调控作用;此

外,穴位刺激通过调控胃黏膜组织中的介质浓度、胃黏膜血流和胃氧自由基,还能保护胃黏膜^[23];并且穴位刺激在胃肠运动中也具有良性的双向调节作用。中医通过辨证论治而处方施药更是中医治疗的精髓所在,两者相结合,可优势互补,增强疗效;也能有效的降低毒副反应,在临床中取得了较好的效果。但是,针对穴位刺激联合中药汤剂治疗胆汁反流性胃炎的具体作用机理的研究仍然匮乏,该法对疾病预后调理的可行性有待进一步研究。因此,在今后的科研、临床研究中,还需更多医家不断探索,共同创新,阐明针药并用治疗胆汁反流性胃炎的作用机理,观察该法对疾病的预后调理作用,这对推动针药并用治法的推广,维护人民的健康具有重要的意义。

参考文献

[1]陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].第 14 版.北京:人民卫生出版社,2013.1932
[2]陈卓珺.胆汁反流性胃炎的药物治疗[J].广东职业技术教育与研究,2011,2(5):133-134
[3]张璋.胆汁反流性胃炎的病因及影响因素 350 例研究[J].湖南中医药大学学报,2011,31(6):19-20
[4]杨晓丽,刘金学.23 例胆汁反流性胃炎病因分析[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(16):99-100
[5]郑忠法,舒正方,余文字.胆汁反流性胃炎与幽门螺杆菌感染的相关性分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(23):5709-5710
[6]胡敏霞,周君丰.胆汁反流性胃炎的病因分析[J].当代医学,2011,17(1):91
[7]章小平,查安生,程鹏,等.251 例胆汁反流性胃炎病因分析及证候分布规律探讨[J].安徽中医药大学学报,2015,34(6):36-38

[8]陈士铎.中医非物质文化遗产临床经典读本灵枢经[M].北京:中国医药科技出版社,2011.53
[9]铄力,单兆伟.单兆伟教授治疗胆汁反流性胃炎经验[J].长春中医药大学学报,2013,29(1):72-73
[10]王建云,杨晋翔.基于中医胆胃不和理论治疗反流性胃炎的证治初探[J].世界中西医结合杂志,2015,10(8):1155-1158
[11]张振利,王光铭,王灿晖.王灿晖教授治疗胆汁反流性胃炎经验[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(4):163-164
[12]徐丽华,李卫强,苏维霞,等.朱西杰治疗胆汁反流性胃炎经验[J].中医杂志,2011,52(12):1064-1065
[13]沙立蒙,王秀娟.王秀娟治疗胆汁反流性胃炎经验[J].湖南中医杂志,2016,32(6):23-24
[14]白海燕,王维,王志坤,等.刘启泉教授治疗胆汁反流性胃炎经验简介[J].新中医,2011,43(11):139-140
[15]张学林,段素社,王素平,等.清胆和胃从痛论治胆汁反流性胃炎胃镜下疗效分析[J].河北中医药学报,2013,28(4):10-11
[16]周运.温针灸联合疏肝健脾方治疗胆汁反流性胃炎临床观察[J].新中医,2015,47(3):232-234
[17]丁喜艳,刘顺益,熊仁芬.针药并用治疗胆汁反流性胃炎阴虚夹湿临床观察[J].上海针灸杂志,2013,32(8):638-639
[18]武华清.针药结合治疗胆汁反流性胃炎 210 例临床观察[J].中国民间疗法,2012,20(6):46-47
[19]胡艺.穴位埋线和半夏泻心汤加味治疗胆汁反流性胃炎患者 40 例的疗效[J].临床医药文献杂志(电子版),2015,2(24):5017-5018
[20]黄勇.黄芪建中汤结合穴位埋线对胆汁反流性胃炎的临床疗效分析[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(10):1406-1407
[21]宋斌.口服自拟方结合穴位埋线治疗胆汁反流性胃炎 32 例临床观察[J].内蒙古中医药,2011,30(9):3-4
[22] 张莉. 蒿芩清胆汤加减配合中药穴位贴敷治疗胆汁反流性胃炎 45 例临床观察[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2013,13(19):264
[23]熊先亨.针灸治疗慢性浅表性胃炎研究进展[J].山西中医,2015,31(9):59-60

(收稿日期: 2016-09-30)

中西医结合治疗膝骨关节炎研究进展

刘件生 林木南

(南京军区福州总医院 福建福州 350025)

关键词:膝骨关节炎;中西医结合疗法;研究进展;综述

中图分类号:R684.3

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.050

膝骨关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA)是一种因关节软骨退行性病变所引起的以骨质增生为主要表现的伴有滑膜炎症的关节病变^[1],中老年人常见,女性发病较男性高.KOA 主要表现为膝关节出现反复疼痛、交锁、肿胀及功能障碍甚至关节畸形。根据相关资料统计,60 岁以上的人群膝骨关节炎患病率达 50%,70 岁以上老年人患病率高达 78%^[2],KOA 随着年龄的增加发病率呈逐渐上升趋势。中医将 KOA 归属于“骨痹、筋痹、痹症”等范畴,本痿标痹是其病理特点,其病机为肝肾亏虚,气血亏损,骨髓空虚,筋骨失所养,易受风寒湿邪,痹着筋骨,久之肌萎筋缩,骨节凝滞而为痹。目前本病尚无理想的治疗方法,西医常选用一些镇痛、消炎药物以缓解其症状,但疗效不稳定、易复发^[3]。近年来中西医结合治

疗膝骨关节炎方法很多,并取得较好疗效。本文就其研究进展综述如下:

1 口服药物治疗

目前临床常用的是镇痛药和非甾体抗炎药。对乙酰氨基酚是最常用的镇痛药,此类药无抗炎之效,却对中度以下疼痛具有良好的镇痛效果,对较严重疼痛效果欠佳。非甾体类抗炎药仍是目前临床治疗骨关节炎的常用药物。然而最新研究发现传统非甾体抗炎药较易引发胃肠道不良反应,必要时可与抑制胃酸药同用,或选用选择性环氧化酶-2 抑制剂(如罗非昔布、塞来昔布),但该药发生血栓事件(尤其是心肌梗死和中风)的危险性增加。而中医认为此病表现为肝肾不足、气滞血瘀、痰湿阻络、风寒侵袭为主,多以补益肝肾、温通经脉、活血化瘀、健脾化痰