

引用:王迪,曾松林,蒋士生. 健脾益胃方治疗脾胃虚弱型功能性消化不良 35 例[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(4): 55-57.

健脾益胃方治疗 脾胃虚弱型功能性消化不良 35 例

王 迪¹, 曾松林¹, 蒋士生²

(1. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006;

2. 湖南省中医药研究院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 目的:观察健脾益胃方治疗脾胃虚弱型功能性消化不良的临床疗效。方法:选取脾胃虚弱型功能性消化不良患者 70 例,将其随机分为 2 组,每组各 35 例。治疗组采用健脾益胃方内服治疗,对照组采用枸橼酸莫沙必利片口服治疗,对 2 组治疗前后中医证候进行评分,评定 2 组中医证候疗效,并记录不良反应发生情况。结果:中医证候疗效总有效率治疗组为 91.4%(32/35),对照组为 71.4%(25/35),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);2 组不良反应总发生率均为 5.72%(2/35),差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:健脾益胃方可改善脾胃虚弱型功能性消化不良患者临床症状,其疗效优于枸橼酸莫沙必利片,且无明显毒副作用,值得临床推广。

[关键词] 功能性消化不良;脾胃虚弱证;中医药疗法;健脾益胃方

[中图分类号] R259.73 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.020

功能性消化不良是指经检查后排除胃部器质性疾病的一组临床综合征,其临床特征是症状反复、病程持续、病情进展慢,常见上腹不适、疼痛、食欲不振、腹胀、有饱腹感等症状^[1]。研究表明,功能性消化不良的全球发病率约为 10%~30%^[2],在亚洲地区人群发病率则为 8%~23%^[3],且呈持续上升趋势。西医对于本病的治疗重点是抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、加速胃动力、根除幽门螺旋杆菌(Hp)感染等,具有一定疗效,但病情易反复^[4]。本研究运用健脾益胃方治疗脾胃虚弱型功能性消化不良,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取了湖南省中医药研究院附属医院脾胃肝病科门诊或住院部就诊的脾胃虚弱型功能性消化不良患者 70 例,将其随机分为 2 组,每组各 35 例。治疗组中,男 17 例,女 18 例;年龄 27~65 岁,平均(47.29±6.31)岁;病程 1.6~11.2 年,平均(5.45±2.86)年。对照组中,男 18 例,女 17 例;年龄 28~64 岁,平均(46.04±6.22)岁;病程 1.3~

10.8 年,平均(4.97±2.26)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已获得本院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《罗马 IV 功能性胃肠病(中文翻译版)》^[5]中功能性消化不良的诊断标准。1)上腹有烧灼感;2)餐后饱胀不适;3)早饱感;4)上腹疼痛;5)经电子胃镜检查,无可解释症状的消化系统器质性疾病。上述症状出现时间>6 个月,且近 3 个月符合上述诊断标准者,即可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参考《消化不良中医诊疗共识意见》^[6]拟订脾胃虚弱证辨证标准。主症:1)食少纳呆;2)脘腹胀痛或痞闷。次症:1)面色萎黄;2)疲乏无力;3)大便溏稀。舌脉:舌淡、苔薄白,脉弦细。具有主症 1 项加次症 2 项,或主症 2 项加次症 1 项者,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 25~65 岁;3)意识清晰,并签署知

第一作者:王迪,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医药治疗脾胃病、肝病

通讯作者:蒋士生,男,研究员,二级教授,博士研究生导师,研究方向:中医药治疗脾胃病、肝病, E-mail: 282112763@

情同意书。

1.4 排除标准 1) 哺乳期或妊娠期妇女;2) 有其他系统的严重基础疾病;3) 纳入研究前有服用促进胃肠动力药物;4) 有吸毒、酗酒史;5) 患有精神疾病或语言沟通困难。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用健脾益胃方治疗。方药组成: 党参 15 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 陈皮 10 g, 黄芪 15 g, 薏苡仁 15 g, 砂仁 6 g, 木香 10 g, 神曲 15 g, 鸡内金 5 g, 柴胡 10 g, 香附 10 g, 黄芩 12 g, 黄连 3 g, 半夏 12 g, 白芷 10 g, 枳实 10 g, 厚朴 10 g, 白芍 12 g, 甘草 5 g。水煎 300 ml, 每天 1 剂, 分早晚 2 次温服。

2.2 对照组 采用常规西药治疗。口服枸橼酸莫沙必利片(江苏豪森药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H19990315, 规格: 5 mg/片) 饭前服用, 1 片/次, 3 次/d。

2 组疗程均为 28 d, 同时均予以健康宣教、饮食指导等。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]对 2 组患者治疗前后中医症状、体征进行量化评分。将主症根据病情无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分, 次症根据病情无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分, 计算中医证候积分减少率。2) 记录 2 组患者头晕、疲乏、皮疹等常见不良反应

的发生情况。

3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 中医证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 临床症状、体征明显好转, 中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 、但 $< 95\%$; 有效: 临床症状、体征好转, 中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$; 无效: 临床症状、体征无好转或加重, 中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 24.0 进行统计学分析, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两个独立样本比较行 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 多组构成比比较行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 91.4%, 对照组为 71.4%, 组间比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	11(31.4)	15(42.9)	6(17.1)	3(8.6)	32(91.4) ^a
对照组	35	6(17.1)	8(22.9)	11(31.4)	10(28.6)	25(71.4)
χ^2 值						4.236
P 值						0.023

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候各项评分及总积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	食少纳呆	脘腹胀痛	面色萎黄	疲乏无力	大便溏稀	总积分
治疗组	35	治疗前	4.51 $\pm$ 0.54	4.86 $\pm$ 0.32	1.96 $\pm$ 0.51	1.79 $\pm$ 0.38	1.07 $\pm$ 0.52	13.31 $\pm$ 2.23
		治疗后	1.71 $\pm$ 0.46	1.03 $\pm$ 0.52	0.87 $\pm$ 0.32	0.91 $\pm$ 0.22	0.45 $\pm$ 0.21	5.04 $\pm$ 1.39
对照组	35	治疗前	4.35 $\pm$ 0.71	4.77 $\pm$ 0.62	2.01 $\pm$ 0.41	1.81 $\pm$ 0.47	1.21 $\pm$ 0.45	13.75 $\pm$ 2.09
		治疗后	2.93 $\pm$ 0.53	3.01 $\pm$ 0.49	1.58 $\pm$ 0.34	1.21 $\pm$ 0.15	1.27 $\pm$ 0.33	9.86 $\pm$ 1.41
t 值			12.746	11.574	8.965	6.539	8.475	12.548
P 值			0.005	0.006	0.003	0.003	0.002	0.004

注: t 值和 P 值为 2 组治疗后比较。

3.4.3 2 组不良反应发生情况比较 2 组不良反应总发生率均为 5.72%, 组间比较, 差异无统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	头晕	疲乏	皮疹	总发生
治疗组	35	1(2.86)	1(2.86)	0	2(5.72) ^a
对照组	35	1(2.86)	0	1(2.86)	2(5.72)

注: 与对照组比较, ^a $P > 0.05$ 。

4 讨论

功能性消化不良的治疗尚无特效药物, 西医治疗常以对症治疗为主, 吗丁啉、莫沙必利等胃肠动力药能对胃肠道多巴胺受体阻断作用, 使胃肠道蠕动张力趋于正常水平, 胃部排空速度加快后, 十二指肠、胃窦的运动会增加, 但经服用药物后所呈现出的渗透力欠佳, 安全性得不到保证, 且长期服用后会存在一定的耐药性。

本病属中医学“嘈杂”“痞满”“胃痞”“胃脘痛”范畴,多与情志失调、饮食不节、感受外邪、劳倦久病或禀赋不足有关。其病位在胃,与脾有密切关系,基本病机为脾虚气滞、胃失和降,病理特点多表现为本虚标实、虚实夹杂,以脾虚为本,气滞、痰湿、食积、血瘀等邪实为标,常见的证型有脾胃虚弱型、肝郁脾虚型、饮食积滞型、痰湿中阻型、寒热错杂型。临床多见脾胃虚弱型,治疗应以健脾为主,同时兼顾疏肝理气、和胃止痛。健脾益胃方中党参、黄芪补气健脾;白术健脾燥湿,加强益气助运之力,茯苓化痰燥湿、健益脾胃,苓术相配则健脾祛湿之功益著;柴胡善疏肝解郁;香附疏肝理气而止痛;白芷止痛缓急、和胃理气;厚朴、枳实两药相须为用,行气消滞、消胀除满;砂仁、木香有理气之效;黄芩、黄连顺应脾胃升降特性,能降泄而和阳,以降促升,重在调理中焦升降枢机之功;半夏、陈皮止呕和胃;神曲、鸡内金健胃消食;白芍苦酸,可养血柔肝,与甘草相伍,使肝木得养。该方剂寒热并用,标本兼治,共奏益气健脾、行气解郁、和胃止痛之功。研究显示,脾胃虚弱型功能性消化不良者的血清胃泌素、血浆胃动素水平会得到显著提升,生长抑素水平降低后胃排空速度加快,胃肠微生物蠕动的速度被抑制后可减轻脾虚症状。而方中的茯苓、党参有缩小平滑肌收缩幅度及抗乙酰胆碱的作用,在此机制下脾胃虚弱型功能性消化不良者的胃肠张力会

得到改善,继而改善临床症状^[8]。

综上所述,对辨证为脾胃气虚证的功能性消化不良,健脾益胃方在总有效率及改善患者临床症状方面均优于枸橼酸莫沙必利片,且无明显毒副作用,值得临床推广。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8): 3619-3623.
- [2] MAHADEVA S, GOH KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective[J]. World Journal of Gastroenterology, 2006, 12(17): 2660-2666.
- [3] GHOSHAL UC, SINGH R, CHANG FY, et al. Epidemiology of uninvestigated and functional dyspepsia in asia: facts and fiction[J]. Journal of Neurogastroenterology & Motility, 2011, 17(3): 235-244.
- [4] 胡绍山. 香砂六君子汤加减方联合多潘立酮治疗功能性消化不良的疗效及对血清胃动素生长抑素水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(15): 2387-2389.
- [5] Drossman DA 著. 方秀才, 侯晓华译. 罗马IV功能性胃肠病(中文翻译版)[M]. 4版. 北京: 北京科学出版社, 2016: 558-578.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(5): 722-772.
- [7] 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: 134.
- [8] 赵静怡, 赵鲁卿, 朱春洋, 等. 香砂六君子汤对功能性消化不良模型大鼠胃敏感性及其十二指肠五羟色胺、TRPV1 表达的影响[J]. 中医杂志, 2020, 61(7): 613-618.

(收稿日期: 2020-08-12)

(上接第41页)炙甘草2g。颗粒剂5剂, 每天1剂, 分2次开水冲调, 温服。嘱其注意调护, 避免感冒。9月25日三诊: 患儿无咳嗽、咳痰, 喘息不显, 纳可, 夜寐安, 二便调。

按语:本案患儿形体虚胖, 面色白, 咳嗽日久, 伴痰多, 鼻流清涕, 且静脉输液时间较长, 其肺脾肾三脏亏虚, 水液代谢失常, 痰饮内伏, 又外感风寒, 形成外寒内饮之证。“病痰饮者, 当以温药和之”, 先选用小青龙汤解表化饮, 方中使用药效强劲的2组角药, 温化痰饮之效力专一, 直达病所。咳嗽日久, 久病多瘀, 痰饮阻滞, 肺中气机不畅, 而川芎为血中气药, 可温散肺中郁滞; 矮地茶不仅止咳平喘, 还能利湿活血; 款冬花、百部合用又能润肺化痰止咳。咳嗽后期, 再以麻杏二陈汤健脾化湿, 痰湿去则咳嗽止。

参考文献

- [1] 陈强, 陈志敏, 成焕吉, 等. 中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与

治疗专家共识(2019年版)[J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(4): 256-264.

- [2] 杨发贵. “角药”启微[J]. 河南中医, 1999(2): 55.
- [3] 吕志超, 刘晓静, 郭欢, 等. 《伤寒杂病论》治疗喘证角药的配伍特点与应用分析[J]. 中国中医急症, 2019, 28(3): 537-538, 545.
- [4] 刘晓静. 经方中治咳“角药”的配伍特点与临床应用[J]. 中国中医急症, 2017, 26(12): 2146-2147, 2154.
- [5] 孙凤平, 韩雪, 王付. 王付教授以小青龙汤治疗小儿咳嗽经验[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(10): 2497-2499.
- [6] 温桂荣. 应用小青龙汤的心得体会[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(3): 724-727.
- [7] 包永生, 谢文英, 王俊月. 二陈汤研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(23): 9-18.
- [8] 丁瑞丛, 杨怡然, 刘玲, 等. 涤痰汤源流探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(3): 308-309, 314.
- [9] 武蓓, 郝瑞芳. 小儿咳嗽常用角药分析[J]. 江苏中医药, 2018, 50(5): 46-47.

(收稿日期: 2020-05-10)