

中药调理脾胃升降治疗功能性消化不良的临床研究*

胡珂¹ 张小萍¹ 何承志²

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 2003 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察调理脾胃升降法治疗 FD 的临床疗效及对血浆胃动素(MOT)水平的影响,探讨胃肠道动力障碍和胃肠激素紊乱在 FD 中的可能作用、临床意义及调理脾胃升降法对胃动力的调节作用。方法:采用放射免疫法测定 2 组治疗前、后空腹状态血浆 MOT 水平。结果:中药组与西药组均能明显改善 FD 的中医临床证候,2 组比较 $P>0.05$,差异无显著性;但 2 组临床痊愈率比较, $P<0.05$,差异有显著性;中药治疗组能明显改善 FD 患者血浆胃动素过低状况,而西药对照组对胃动素无明显改善作用。结论:中药调理脾胃升降法可明显改善 FD 病人过低的血浆胃动素水平,从而促进胃肠道的运动,改善症状,恢复整体功能以治其本,这可能是治疗功能性消化不良的重要机制。

关键词: 调理脾胃升降法;功能性消化不良;血浆胃动素;临床研究

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)05-0023-02

功能性消化不良(Functional dyspepsia,FD)是一种胃肠功能性紊乱疾病,其临床表现复杂,主要为上腹部不适、疼痛、饱胀伴餐后加重、早饱、食欲不振等消化不良症状,但缺乏形态学和生化学异常的依据。FD 在中医学中属“痞满”、“胃脘痛”等范畴。

1 资料与方法

1.1 病例来源 本课题所选病例 120 例均为江西中医学院附属医院消化内科门诊及住院病人。治疗组与对照组各 60 例,其中男性 52 例,女性 68 例;年龄最小 22 岁,最大为 63 岁,平均 42 岁;病程最短 1 年,最长 11 年,平均 5.5 年。

1.2 诊断标准及病例分组

1.2.1 西医诊断标准 参照 1998 年 6 月罗马国际胃肠病学学会制定的 Rome II 标准及全国中医内科学会专业委员会主编《中医胃肠病学》制定:在过去 12 个月内至少 12 周有下述症状:(1)持续或间断性上腹正中疼痛或不适;(2)上腹痛和上腹不适,未能在排便后缓解,或与大便次数、性状的变化无关(即不是 IBS);(3)经过临床、实验室、影像学(内镜、B 超等)检查排除可解释症状的器质性病变(如:消化性溃疡、慢性胆囊炎、胆结石、慢性胰腺炎及消化系肿瘤等);(4)排除糖尿病、精神病、系统性硬皮病等系统性疾病;(5)无腹部手术史;(6)胃排空功能检查显示排空延迟者。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照 1993 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑:中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则。(1)自觉胃部饱胀、胀满或胀痛不适;(2)反复发作在 2 个月以上。凡符合诊断标准、纳入标准的合格受试者,采用非盲随机方法分配到调理脾胃升降组(治疗组)和西沙比利组(对照组)。

1.3 治疗方法

1.3.1 中药治疗组 采用调理脾胃升降中药治疗,基本方:党参 10g,茯苓 10g,白术 10g,炙甘草 5g,陈皮 10g,姜半夏 10g,枳壳 10g,厚朴 6g,水煎服,每日 1 剂,共服 4 周。兼食滞者,加焦山楂 15g、炒麦芽 15g;兼肝胃不和者,加柴胡 10g、白芍 10g;兼脾胃虚寒者,加干姜 6g;兼胃热者,加黄连 3g;痞满

甚者,党参、白术改各 6g,枳壳改 15~20g;嗝气甚者,加旋复花 10g、枇杷叶 10g;失眠多梦者,加茯神 10g、合欢皮 15g。

1.3.2 西药对照组 西沙比利 10mg,每日 3 次,餐前 15~30min 服药,共 4 周。

1.4 观察项目 (1)总有效率。(2)血浆胃动素水平。采用放射免疫分析(Radioimmunoassay,RIA)方法测定,于检测前 1d 晚餐后 14h,晨空腹抽血 3mL,加抗凝剂 EDTA-Na₂ 及抑肽酶以保检测 MOT 浓度。

1.5 疗效标准 参照 1993 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑:中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则。观察以服药 4 周为限。采用半定量法,即对上腹胀、上腹轻微疼痛、食少、烧心感、嗝气、泛酸、神疲乏力、恶心或呕吐等 8 个主要症状分轻、中、重三级分别记 1、2、3 分,无症状记 0 分。临床疗效判定是按尼莫地平法,根据症状积分改变判定。测算公式如下:疗效指数(%)=(治疗前症状总分-治疗后症状总分)/治疗前症状总分×100%。症状总分=上腹胀+上腹轻微疼痛+食少+烧心+嗝气+泛酸+神疲乏力+恶心呕吐。痊愈:疗效指数≥76%,显效:疗效指数为 51%~75%,有效:疗效指数为 26%~50%,无效:疗效指数≤25%。

1.6 统计学处理 对以上所得到的结果分别采取 Ridit 分析、t 检验、配对 t 检验或卡方检验,进行统计学处理。

2 治疗结果

2.1 2 组中医证候疗效比较 见表 1。

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药治疗组	60	39(65.0)	6(10.0)	8(13.3)	7(11.7)	88.3
西药对照组	60	21(35.0)	12(20.0)	15(25.0)	12(20.0)	80.0

经统计学处理,2 组中医证候总有效率比较, $P>0.05$,差异无显著性,说明治疗组与对照组总体疗效一致;但治疗组与对照组临床痊愈率比较, $\chi^2=10.8$, $P<0.05$,说明中药治疗组痊愈率明显优于西药对照组。

2.2 2 组治疗前后主要症状比较 见表 2。

* 江西省卫生厅课题(编号:200037)

表 2 2 组治疗前后主要症状比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

症状	中药治疗组		西药对照组	
	治疗前积分	治疗后积分	治疗前积分	治疗后积分
上腹胀	2.92± 0.30	0.51± 0.50 [▲]	2.95± 0.24	0.55± 0.50 [▲]
上腹轻微疼痛	2.05± 0.67	0.40± 0.34 ^{▲#}	2.10± 0.64	1.40± 0.75 [*]
食少	2.70± 0.56	0.39± 0.35 ^{▲#}	2.65± 0.59	1.45± 0.64 [*]
暖气	2.85± 0.37	0.43± 0.32 ^{▲#}	2.70± 0.60	2.51± 0.43 [*]
神疲乏力	2.50± 0.58	0.43± 0.32 ^{▲#}	2.45± 0.53	1.45± 0.52 [*]
恶心呕吐	2.25± 0.75	0.38± 0.11 [▲]	2.29± 0.45	0.40± 0.10 [▲]
烧心感	2.50± 0.11	0.43± 0.31 [▲]	2.05± 0.85	0.55± 0.13 [▲]
泛酸	2.04± 0.54	0.38± 0.16 ^{▲#}	2.30± 0.25	1.80± 0.22 [*]

经统计学处理,治疗前后配对资料比较, $\Delta P < 0.05$, 有显著性差异; $\blacktriangle P < 0.01$, 有非常显著性差异; $\star P > 0.05$, 差异无显著性。说明中药治疗组对改善恶心呕吐、烧心感、泛酸等症状效果明显,对改善上腹饱胀、轻微疼痛、食少、暖气、神疲乏力等症有非常显著效果;西药对照组对改善上腹胀、烧心感等症效果明显,对改善恶心呕吐等症有非常显著效果,而对上腹轻微疼痛、食少、暖气、神疲乏力、泛酸等症状改善较慢。

2 组治疗后资料比较, $*P > 0.05$, $\#P < 0.05$, 说明中药治疗组在改善上腹轻微疼痛、食少、暖气、神疲乏力、泛酸等症状方面明显优于西药对照组,而在改善其他症状方面与西药对照组无显著性差异。

2.3 2 组治疗前后空腹血浆胃动素的比较 见表 3。

表 3 2 组治疗前后空腹血浆胃动素的比较 ($\bar{X} \pm S$) ng/L

胃肠激素	中药治疗组		西药对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃动素	119.85± 34.67	152.60± 31.21 [▲]	116.40± 32.48	119.83± 32.30 [*]

经统计学处理,治疗前后配对资料比较, $\blacktriangle P < 0.05$, 有显著性差异; $\star P > 0.05$, 差异无显著性。说明中药治疗组能明显改善 FD 患者血浆胃动素过低状况,而西药对照组对胃动素无明显改善作用。

3 讨论

胃动素是胃肠的兴奋性激素之一,属于兴奋胃肠运动的脑肠肽,主要在胃肠道表达,具有强烈刺激上消化道的机械活动和电活动的作用,它作用于消化期综合基电 III 相,是启动消化间期胃肠移行性复合运动 (MMC) 的重要激素,促进消化间期 III 相收缩,它是通过直接作用于平滑肌细胞的胃动素受体而起作用的,能够促进胃肠运动。有研究发现,胃排空延迟的 FD 病人基础胃动素水平低,饮水后缺乏高峰,从而得出胃排空延迟 FD 可由 MOT 释放障碍引起。Yang 等发现^[1],胃排空与血浆胃动素水平密切相关。朱氏等^[2]研究发现 FD 患者血浆 MOT 浓度明显低于正常人。李娟等^[3]亦发现,FD 组空腹及餐后 MOT 浓度明显低于健康对照组,有显著性差异 ($P < 0.001$)。在 FD 的四个亚型中,运动障碍型占 48.3%~54.4%,研究已证实,这类患者胃排空延迟的同时,血中胃动

素水平明显降低。

中医学对胃动力障碍性疾病的治疗积累了丰富的经验,具有很好的疗效。功能性消化不良属中医“痞满”、“胃脘痛”等范畴。痞满是由外邪内陷、饮食不化、情志失调、脾胃虚弱等导致中焦气机不利,或虚气留滞、升降失常而成的胸腹间痞闷满胀不舒的一种自觉症状,本病病位在胃,病变脏腑关键在脾胃,以中焦气机不利、升降失职为基本病机。脾胃同居中焦,脾主升清,胃主降浊,相反相成,脾气升,则水谷之精微得以输布;胃气降,则水谷及其糟粕才得以下行,清升浊降则气机调畅。如为病邪所阻,或为脾胃之虚,均可导致气机升降失常,中焦痞塞不畅而发生胃痛。故《临证指南医案》说:“脾宜升则健,胃宜降则和。”二者共为气机升降之枢纽。由于脾胃在生理上的相互联系,因而在病理上也是相互影响,共同主饮食的消化、吸收及水谷精微的运输、布散。如脾为湿困,清气不升,胃失降,食少,呕吐、恶心,脘腹胀满。食滞胃脘,胃失和降,亦可影响脾的升清与运化。故《素问·阴阳应象大论》指出:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生膈胀。”这是对脾胃升降失常所致病证的病理及临床表现的概括。脾气升则强健,胃气降则和安,脾升胃降可保证饮食物的正常消化、吸收和排泄,因此维持脾升胃降的正常功能,在调理消化系统疾病中是十分重要的。我们在整理文献中也发现很多作者认为脾胃升降功能在慢性胃病治疗中具有重要意义,所以我们以调理脾胃升降为基本法则,根据 FD 的基本病机为脾气虚弱、健运失司、脾胃气机升降失调,采取调理脾胃升降为基本治法,使脾胃得健,中焦气机和顺,胃肠运动趋于正常。党参、茯苓、白术、炙甘草益气健脾升清,陈皮、姜半夏、枳壳、厚朴理气和胃降浊,全方共奏调理脾胃升降之功,达到调畅气机,消除痞满的目的。现代药理研究表明^[4]:枳壳对胃肠平滑肌的作用有双向调节性,既有兴奋胃肠作用,又有降低平滑肌张力和解痉作用,从而达到促进胃肠蠕动、增加排空能力的作用。党参、白术既能调节胃肠激素的分泌功能,又可双向调节胃肠运动。陈皮挥发油能促进大鼠正常胃液的分泌,有助于消化。低浓度厚朴煎液对小鼠肠管有兴奋作用。半夏也有调节胃肠功能,能显著增强肠道蠕动。

参考文献

[1]Yang M,Fang DC,Li QW,et al.Effects of gastric pacing on gastric emptying and plasma motilin [J].World J Gastroenterol, 2004,10(3): 419~423
 [2]朱瑞平,邓长生,夏冰,等.老年非溃疡性功能性消化不良患者胃液体排空与血浆胃动素、生长抑素关系的研究[J].临床消化病杂志, 1998, 10(3): 111
 [3]李娟,任继平,刘保军,等.功能性消化不良患者血浆胃肠激素的变化[J].宁夏医学杂志,2001, 23(1): 11
 [4]沈映君.中药药理学[M].上海:上海科技出版社,1997.107

(收稿日期: 2006-02-28)

征订启事

《江西医学检验》双月刊,定价:5.60 元。邮发代号:44-93。国内统一刊号:CN36-1208/R,国际刊号:ISSN1008-0023。编辑部地址:江西省南昌市省政府大院西二路 6 号,邮编:330046。电话:0791-6258724。E-mail:

jxjl@chinajournal.net.cn。

《江苏中医药》月刊,定价:6.00 元。邮发代号:28-8,国外代号:M1011。编辑部地址:江苏省南京市汉中路 282 号,邮编:210029。电话:025-86510525,86617285。