

中西医治疗功能性消化不良疗效分析

林敏 王伟

(浙江省嵊泗县中医院 嵊泗 202450)

摘要:目的:探讨中西医治疗功能性消化不良的效果并加以比较。方法:将 72 例 FD 患者随机分为中药组、西药组和联合组 3 组,疗程为 1 个月。通过症状积分法评判治疗效果。结果:中药组、西药组和联合组总有效率分别为 75.00%、70.83%和 95.83%,中药组和西药组治疗的结果基本相同,中西医联合治疗明显优于单纯中药或西药治疗。结论:中西医结合治疗 FD 有协同作用,能明显提高临床疗效。

关键词:功能性消化不良;中西医结合疗法;六四合剂;西沙必利;谷维素;奥美拉唑

中图分类号:R 256.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0019-02

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一组常见的消化道症候群,表现为恶心、厌食、早饱、嗝气、胀满、反酸、烧心、上腹隐痛等症状,无明显的胃肠道黏膜组织病损或结构异常等器质性病变,部分病人常伴有焦虑、抑郁等精神症状,其病因及发病机制不清。本文对 72 例功能性消化不良患者的中西医治疗方法进行了比较,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 72 例 FD 患者均为我院门诊及住院患者,男 23 例,女 49 例,年龄 19~63 岁,平均 43 岁,随机分为 3 组,每组 24 人。3 组间年龄、性别和病程差异均无显著性。

者为显效;积分减少 1 分为有效;积分无变化或增加 1 分以上为无效。

3.2 结果

3.2.1 治疗 8 周后内镜复查结果 治疗组Ⅲ级的 23 例患者,复查结果转变为 0 级者 3 例,转变为 I 级者 13 例,转变为 II 级者 7 例;原为 II 级的 11 例患者,转变为 0 级者 9 例,转变为 I 级者 2 例;原为 I 级的 6 例患者,转变为 0 级者 5 例,无变化者 1 例。对照组中原为Ⅲ级的 18 例患者,复查结果转变为 I 级者 2 例,转变为 II 级者 14 例,无变化者 2 例;原为 II 级的 8 例患者,转变为 0 级者 2 例,为 I 级者 4 例,无变化者 2 例;原为 I 级的 4 例患者,转变为 0 级者 3 例,无变化者 1 例。治疗组与对照组治疗结果有显著差异($P<0.01$)。2 组治疗前后各分级病例数见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后各分级病例情况比较 例									
组别	n	治疗前内镜分级				治疗后内镜分级			
		0 级	I 级	II 级	III 级	0 级	I 级	II 级	III 级
治疗组	40	0	6	11	23	17	16	7	0
对照组	30	0	4	8	18	5	7	16	2

注:与本组治疗前比较, $P<0.01$;与对照组比较, $P<0.01$ 。

3.2.2 2 组治疗 8 周后总体疗效比较及半年后复发率比较 见表 2。

表 2 2 组治疗 8 周后总体疗效情况比较 例(%)							
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效	半年后复发
治疗组	40	17(42.5)	13(32.5)	9(22.5)	1(2.5)	39(97.5)	2(11.8)
对照组	30	5(16.7)	2(6.7)	18(60.0)	5(16.7)	25(83.3)	3(60.0)

注:2 组疗效比较,有显著差异, $P<0.01$ 。

4 讨论

反流性食管炎发病机制复杂,西医认为由于食管下段括约肌功能和食管运动异常,伴有胃排空和幽门括约肌功能障碍。中医对反流性食管炎无专门论述,大致属于“痛证、胃脘

1.2 诊断标准 FD 的诊断标准目前尚未完全统一,笔者采用以下标准:(1)恶心、腹胀、早饱、嗝气、反酸、上腹烧灼感、上腹痛等上消化道症状超过 4 周。(2)内镜检查未发现溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变,未发现食管炎,也无上述疾病史。(3)实验室、B 超、X 线等检查排除肝胆胰及肠道器质性病变。(4)无糖尿病、结缔组织病及精神病等全身性疾病。(5)无腹部手术史。(6)追踪 1~2 年,2 次以上胃镜检查,未发现新的器质性病变^[1]。

1.3 治疗方法

1.3.1 中药组 采用六四合剂(即六君子汤合四逆散加味)。痛、吐酸、嘈杂”等范畴,其病机为胃失和降,津液随气上升而发病,辨证当分虚实。发病较短,实证体质者往往以肝胃郁热及湿热中阻为主,而反复迁延病久者,往往以胃阴不足及脾胃虚弱为主。笔者在西药治疗的基础上,遵循中医学辨病与辨证相结合的原则,临证详分虚实:肝胃郁热型予四逆散合左金丸化裁,四逆散中柴胡合枳实,一升一降,达升清降浊,使郁热外达,气机通畅而不壅滞,具透解邪热、升清降浊之功,配合左金丸抑肝和胃,从而使肝胃和,诸症消除。湿热中阻型者拟清中汤化裁:方中黄连与陈皮、半夏相伍,达清热除湿之功,配合白及、乌贼骨达消肿制酸收湿之效,使湿热尽除,中焦升降恢复,脾胃调和而取效。对胃阴不足型拟麦门冬汤化裁,重用麦冬,以其甘寒之性,滋养胃阴,且清胃虚热,佐半夏下气降逆,开通胃气,达润降相宜,既滋胃阴,又降逆气之效,从而使胃和气顺而取效。对脾胃虚弱患者予旋覆代赭汤合香砂六君子汤化裁,旋覆代赭汤中旋覆花下气消痰,降逆除噎,代赭石质重镇逆,坠痰止呕,配合生姜、半夏和胃化饮,降逆祛痰,合达气降痰消之功;香砂六君子汤具益气健脾、理气和胃之功,从而使中气振复,清浊升降复常,逆气得平而取效。笔者在西药治疗的基础上,辨证分型,运用中药治疗 40 例,与单用西药治疗 30 例对照观察,尽管单用西药治疗总有效率达 83.3%,但其显效率(6.7%)及治愈率(16.7%)与治疗组的显效率(32.5%)和治愈率(42.5%)相比有显著差异性($P<0.01$);观察半年后复发率情况,治疗组治愈的 17 例有 2 例复发(复发率 11.8%),对照组治愈的 5 例中有 3 例复发(复发率 60.0%),治疗组明显优于对照组。因此,笔者认为,对反流性食管炎临床治疗应当积极推行中西医结合,以提高临床疗效,减少复发率。

(收稿日期:2007-01-26)

组成:党参 20g,白术 15g,茯苓 20g,甘草 3g,陈皮 10g,半夏 10g,柴胡 10g,白芍 12g,枳壳 10g。辨证加减:肝经郁热加山梔、丹皮;胃寒加干姜、白豆蔻;胃热加黄连、石膏;寒热错杂加黄连、吴茱萸;胃阴不足加沙参、玉竹;血瘀加丹参、砂仁;痰湿加苍术、厚朴;恶心呕吐加竹茹、苏梗;饮食积滞加焦三仙、鸡内金。每日 1 剂,水煎服,早晚各 1 次,每次 130mL。

1.3.2 西药组 采用西沙必利片 5mg,谷维素片 20mg,餐前 30min 口服,每日 3 次;奥美拉唑胶囊 20mg,早餐前 30min 口服,每日 1 次。有精神神经症状者加选阿普唑仑片。

1.3.3 联合组 采用中西医结合治疗,服用中药六合四合剂 2h 后再服西药组药物。3 组治疗均以 1 个月为 1 个疗程,记录患者服药前后的症状变化及不良反应,3 组均治疗 1 个疗程后统计疗效。

1.4 疗效评价

1.4.1 症状评估 临床症状参照文献^[2]分无、轻、中、重 4 级,对应 0~3 分,采用积分计分法,见表 1。

表 1 症状计分标准				
项目	0 分	1 分	2 分	3 分
饱胀感	无	每天 <2h	每天 2~4 h	每天 >4 h
烧心感	无	每天 <2h	每天 2~4h	每天 >4 h
反酸、嗝气、恶心	无	每天发作 1 次	每天发作 2 次	每天发作 3 次或以上
食欲减退	无	进食减少 ≤1/3	进食减少 ≤1/2	进食减少 >1/2
上腹痛	无	每天发作 1 次,	每天发作 1 次,	每天发作 2 次或以上,
		可自行缓解	不能自行缓解	不能自行缓解

1.4.2 疗效评定 疗效评定计算公式:[(治疗前积分-治疗后积分)÷ 治疗前积分]× 100 %,以百分数表示。≥50 %者为显效,25%~50 %为有效,<25 %为无效。

2 结果

3 组临床疗效比较见表 2。联合组总有效率为 95.83%,中药组和西药组分别为 75.00%和 70.83%。可见联合组疗效明显高于中药组和西药组,而中药组和西药组疗效基本相同。

表 2 3 组疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	24	12	6	6	75.00
西药组	24	8	9	7	70.83
联合组	24	18	5	1	95.83

3 讨论

FD 是一种常见的临床症候群,其发病机制尚未彻底阐明,西医目前认为胃肠运动功能障碍、胃酸分泌异常、精神神经等因素是发病的重要原因。对其治疗,主要是采取对症处理。西沙必利为一种促胃肠道动力药,可加强并协调胃肠运动,其作用机制主要是选择性促进肠肌间神经丛节后处乙酰胆碱的释放,从而增强胃肠的运动。西沙必利可增强食管、胃和十二指肠的收缩与蠕动,改善胃窦—十二指肠部的协调功能,加强胃和十二指肠的排空;并可促进小肠和大肠的蠕动。奥美拉唑属于质子泵抑制剂,能特异地作用于胃黏膜壁细胞,降低壁细胞中 H⁺-K⁺-ATP 酶的活性,从而抑制基础胃酸

和刺激引起的胃酸分泌。H⁺-K⁺-ATP 酶作用于壁细胞分泌胃酸的最终环节,其抑制剂具有强大的抑酸作用。谷维素能调节间脑功能,并能激活与自主神经系统有关的丘脑下部和大脑边缘系统,对改善自主神经功能有较好的作用,可以减少内分泌平衡紊乱,改善精神神经失调症状^[3]。阿普唑仑具有抗焦虑、抗抑郁、镇静、催眠等作用,是目前抗抑郁的首选药物,速效而无毒^[4]。

中医虽没有 FD 的病名,根据 FD 的症状,可以将其归属在“腹胀”、“胃脘痛”、“反胃”范围。《血证论》曰:“木之性疏泄,食气入胃,全赖木气以疏泄之,而谷气乃化。设肝不疏泄水谷,飧泄中满之证在所难免。”《景岳全书》曰:“噎气多,由滞逆,滞逆多由气不行。”究其病因多为情志内伤、饮食失节、劳倦过度、外邪侵袭所致。其病位在胃,涉及肝脾,其病机大致可归为脾胃损伤、纳运失常;肝气郁结、气机不利;气血瘀阻、痰湿阻胃。脾虚为本,气滞血瘀、食积痰湿等实邪为标,本虚标实,脾虚肝郁,贯穿疾病的始终。故标本同治,以健脾理气法为其基本治法。笔者运用六合四合剂(六君子汤合四逆散)进行辨证施治。六君子汤益气健脾,理气降逆。现代药理学研究发现六君子汤可明显缩短空腹时消化管强收缩的出现周期及小肠传输时间,促进功能性消化不良患者的胃排空,并改善患者症状^[5]。四逆散能透邪解郁,疏肝理脾,缓急止痛。其中柴胡透邪升阳而解郁,枳壳行气降气,二者合用调理中焦气机;白芍柔肝养阴,缓急止痛,有兴奋和抑制胃肠运动双向调节作用^[6]。枳壳理气通便,对胃肠道有较好的调节平衡作用。药理实验表明,它既能兴奋胃肠,促进蠕动,又能降低胃肠平滑肌张力,解除痉挛,对胃肠运动具有双向调节作用^[7]。但中药治疗起效相对缓慢,故同服西药取其针对性强这一优势,急治其标,中药缓治其本,中西药合用则可标本兼顾,相辅相成。

本文临床观察显示,中药组和西药组有效率基本相同,中西医结合治疗明显优于单纯中药或西药治疗。提示:中西医结合治疗 FD 有协同作用,能提高疗效,减少不良反应,不失为目前治疗 FD 的有效方法。

参考文献

[1]汪鸿志.消化不良的临床与分型[J].中国实用内科杂志,1995,15(1):9~10
[2]涂自斌,宋恩峰,徐世杰.胃肠动力合剂治疗功能性消化不良临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2001,9(3):174
[3]江明性.新编实用药理学[M].北京:科学出版社,2000.114
[4]秦文翰,甘代全.国家基本药物临床应用手册[M].北京:北京医科大学出版社,2000.163
[5]朱金照,杨国汉,冷恩仁,等.中药的促胃肠动力作用[J].世界华人消化杂志,1999,7(8):689~690
[6]李飞.方剂研究文献摘要[M].南京:江苏科学技术出版社,1981.329
[7]陈奇.中成药与名方药理及临床应用[M].香港:香港雅艺出版公司,1991.631~632

(收稿日期:2006-09-11)

全国第五次中西医结合新进展学术研讨会征文通知

世界中西医结合杂志社与江西省中西医结合学会拟于 2007 年 10 月在江西省井冈山召开“全国第五次中西医结合新进展学术研讨会暨培训班”,会议将特邀中国科学院陈可冀院士等著名专家、教授做专题报告。所投稿件应为尚未公开发表的论文。具体撰稿要求和写作规范参照《世界中西医结合杂志》稿约(<http://www.wjtcwm.com> 查阅),来稿请用 A4

纸打印并附软盘或将电子文档发至 Y07918692472@sina.com 或 yushujiao@tom.com。优秀学术论文将刊于《世界中西医结合杂志》正刊或增刊。欢迎中西医结合、中医、西医的医药、教学、科研、预防保健和护理人员投稿。来稿请寄:江西省民德路 1 号南昌大学第二附属医院,曹正柳教授收,邮编:330006,电话:0791-2930796,6300547。