

疏肝健脾散满方治疗肝郁脾虚型功能性消化不良疗效观察*

龚莉¹ 周娟妮¹ 周文博² 胡珂¹

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西省新余市中医院 新余 338025)

摘要:目的:探讨疏肝健脾散满方治疗功能性消化不良的临床疗效及对患者胃排空功能的影响。方法:选择患者 120 例,随机分为治疗组、对照组各 60 例。分别采用自拟疏肝健脾散满方或吗丁啉治疗,均治疗 4 周后比较两组临床疗效及胃排空率,同时选择无消化系统疾病的健康人 20 例作为正常组,综合分析。结果:在中医证候临床疗效方面,治疗组与对照组比较无显著性差异;但在总有效率方面,治疗组(86.7%)明显高于对照组(71.7%);在提高胃排空率方面,治疗组疗效明显优于对照组。结论:疏肝健脾散满方治疗肝郁脾虚型功能性消化不良疗效较西药吗丁啉为优。

关键词:疏肝健脾;肝郁脾虚;功能性消化不良;临床观察

中图分类号:R 574.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.019

功能性消化不良 (Functional Dyspepsia, FD) 临床上表现为上腹疼痛或不适,尤其是餐后加重,症状可持续或反复发作,内镜检查未发现溃疡、糜烂和肿瘤,亦无肝胆胰等器质性或全身性疾病的一组胃肠动力障碍性症候群。FD 是临床上十分常见的症状群,据报道,其发病率占消化科门诊病例的 30%~40%^[1],欧美国家人群消化不良发病率为 21%~40%^[2],国内学者调查显示 FD 发病率占 10%~30%,广东城镇居民消化不良患者在普通内科门诊占 11.05%,消化专科门诊占 52.85%^[3],FD 发病率女性高于男性^[4]。中医古代文献中虽无功能性消化不良病名,但按其临床表现,可归属于“痞满”、“嘈杂”、“泛酸”、“胃痛”等范畴。近年来,随着胃肠动力学研究的发展,中医药治疗 FD 的研究也不断深入。本课题以自拟疏肝健脾散满方治疗运动障碍型 FD 属肝郁脾虚证患者,并观察治疗前后症状改善及胃排空功能的变化,从而探讨疏肝健脾散满方治疗运动障碍型 FD 属中医肝郁脾虚证的临床疗效。

1 临床资料

1.1 病例来源 所选 120 例患者均为江西中医学院附属医院消化内科门诊及住院部病例。其中治疗组 60 例,男 28 例,女 32 例,平均年龄 46.2 岁,平均病程 4.6 年;对照组 60 例,男 26 例,女 34 例,平均年龄 47.6 岁,平均病程 4.4 年。同时选择 20 例无消化系统疾病的健康体检者作为正常组。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 1999 年 6 月罗马国际胃肠大会制定的 Rome II 标准: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)上腹痛或不适,未能在排便后缓解,亦未见有粪便次数和外形的改变(即不是 IBS);(3)经过临床、实验室、内镜及超声等检查排除可解释症状的器质性病变;(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。

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局《中药新药临床研究指导原则·中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则》中肝胃不和证及脾胃虚弱证辨证要点修订:胃脘或脘腹胀满、饮食减少、疲乏无力、胸闷、胃脘疼痛、暖气反酸、恶心呕吐、大便稀溏、舌质淡红、苔薄白、脉弦细。

1.3 中医证候疗效评定标准 参照《中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则》(2002 年版),根据治疗前后的主要症状积分计算疗效指数,采用尼莫地法计算公式:证候疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,疗效指数>90%;显效:症状、体征明显改善,60%<疗效指数≤90%;有效:症状、体征均有好转,30%<疗效指数≤60%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,疗效指数≤30%。

1.4 观察指标 中医证候疗效及胃排空率。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用自拟疏肝健脾散满方:柴胡 10g、白芍 10g、枳壳 15g、党参 10g、法半夏 10g、厚朴 10g、生姜 2 片、鸡内金 10g、炙甘草 3g。随证加减:胀满明显加槟榔 10g;兼肝胃郁热、嘈杂、反酸者加黄连 6g、吴茱萸 1g;兼湿阻加藿香 10g、砂仁 6g(后下);脾虚明显加白术 10g、茯苓 10g;肝郁气滞甚加香附 10g;暖气明显加旋覆花 15g(包)、代赭石 30g(先煎);夹瘀加丹参 10g;夹食滞甚加谷、麦芽各 15g;大便不畅加杏仁 15g、枳壳改为 30g。水煎服,每日 1 剂,200mL/次,2 次/d,疗程 4 周。

1.5.2 对照组 口服吗丁啉(国药准字 H10910003) 10mg,每日 3 次,餐前 30min 服用,疗程同治疗组。

1.6 统计方法 将所有有效数据输入计算机后采用 SPSS11.5 进行统计学处理。检测结果用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,等级资料用 Ridit 分析,计数资料用 χ^2 检验,分组资料中计量资料及治疗前后配对资

* 江西省卫生厅课题(编号:2007A042)

料用 t 检验及 F 检验。

2 结果

2.1 两组中医证候疗效比较 见表 1。治疗组临床总有效率为 86.7%，明显高于对照组 (71.7%)， $P < 0.05$ 。

表 1 两组中医证候疗效比较 例(%)

| 组别 | n | 临床治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|----------|
| 治疗组 | 60 | 13(21.7) | 25(41.7) | 14(23.3) | 8(13.3) | 52(86.7) |
| 对照组 | 60 | 9(15.0) | 21(35.0) | 13(21.7) | 17(28.3) | 43(71.7) |

2.2 治疗前后胃排空率比较 见表 2。治疗前，治疗组、对照组分别与正常组比较， $P < 0.01$ ，均具有极显著性差异，说明 FD 发病与胃排空障碍存在一定相关性。治疗后，治疗组、对照组分别与其治疗前比较， $P < 0.01$ ，具有极显著差异，说明两种治疗方法均有效；但两组间比较， $P < 0.05$ ，具有显著性差异，治疗组疗效明显优于对照组。

表 2 治疗前后胃排空率比较 ($\bar{X} \pm S$) %

| 组别 | n | 胃排空率 | |
|-----|----|--------------|--------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 |
| 治疗组 | 60 | 41.82±10.23* | 57.25±8.32*◆ |
| 对照组 | 60 | 42.79±11.17* | 53.17±9.90◆ |
| 正常组 | 20 | 72.34±6.72 | |

注：与正常组比较，* $P < 0.01$ ；与治疗前比较，◆ $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，▲ $P < 0.05$ 。

3 讨论

功能性消化不良为常见消化系统疾病之一，其病因及发病机制至今还未完全明了，可能涉及到多种因素，包括胃肠运动功能障碍、胃肠激素、内脏感觉过敏、幽门螺杆菌感染、精神及环境因素等。一般认为，FD 与胃动力减低有关，50% 以上的 FD 表现有胃排空延迟和餐后胃动力下降^[1]。胃排空延迟是胃动力异常的综合表现，胃近端张力减弱、胃窦运动减弱、胃电紊乱、胃窦 MMCIII 相缺如或幅度降低、胃窦十二指肠运动不协调等均可影响正常的胃排空功能，餐后胃动力减低可以解释 FD 餐后不适综合征的症状。本组 120 例 FD 患者的排空率均明显低于正常对照组，可见 FD 的发病与胃排空障碍存在一定相关性。

功能性消化不良在中医学中属“痞满、嘈杂、胃脘痛、郁证”等范畴，就其病因而言，以饮食不节、七情失和及素体脾虚为主。饮食不节，纳运失司，损伤脾胃，脾胃虚弱，升降失司。脾虚肝乘，或肝郁气滞，横逆犯土，肝胃失和，终致脾虚肝郁。《证治汇补·痞满》中有言：“痞由阴伏阳蓄，气血不运而成，处于心

下，位于中央，填满痞塞，皆湿土为病。”可见本病病位在胃，与肝、脾两脏关系密切。中虚不运，肝郁气滞是本病的病机关键，治宜疏肝、健脾、和胃、润下。董建华^[2]认为脾虚不升是 FD 发病基础，肝郁疏泄失常是发病条件，胃气不降是引发诸症的原因，即以脾虚为本，气滞、血瘀、食滞、痰湿为标，脾虚气滞为基本病机，疏肝、健脾、降胃为治疗 FD 的三大法则。单兆伟^[3]用叶天士的“肝为起病之源，胃为传病之所”来概括 FD 发病部位：肝为病之源、胃为病之所，而脾胃气机升降失调为其病变之关键，治宜斡调气机升降、补气健脾和胃、行气活血止痛。汪氏^[4]亦指出 FD 的重要病因为情志不遂，而肝失疏泄为病理基础，辨证分型以肝脾胃为核心，治疗以疏肝为重点。罗氏^[5]认为肝失疏泄、肝气犯胃、肝胃不和是 FD 的基本病机。综合以上诸多学者的意见，我们认为肝气郁滞、脾气亏虚、胃失和降为功能性消化不良的病机关键，立疏肝健脾、和胃除满为其基本治则，以自拟疏肝健脾散满方治疗胃肠动力障碍型功能性消化不良取得满意疗效。本方为《伤寒论》四逆散与厚朴生姜半夏甘草人参汤加味而成，方中柴胡、枳壳疏肝理气；白芍养肝柔肝，缓急止痛；党参、炙甘草健脾益气；枳壳、厚朴理气和胃、消痞除满；法半夏、生姜和胃止呕，二药味辛开达，又能助诸理气药散满除胀；鸡内金健胃消导。全方共奏疏肝健脾、消痞除满之功。本研究结果表明，疏肝健脾散满方可显著提高 FD 患者胃排空功能，改善临床症状，其综合疗效要明显优于西药对照组。

参考文献

- [1] 邹多武, 许国铭. 功能性消化不良症状流行病学及西沙必利治疗多因素分析[J]. 中华消化杂志, 1997, 11(17): 65-33
- [2] Hirakawa K, Adacht K, Amano K, et al. Prevalence of non-ulcer dyspepsia in the Japanese population [J]. Gastroenterol Hepatol, 1999, 14(11): 1 083-1 087
- [3] 陈旻湖, 钟碧慧, 李初俊, 等. 广东城镇居民消化不良的流行病学调查[J]. 中华内科杂志, 1998, 37(5): 312
- [4] 张坚, 孟宪梅, 张秉强, 等. 门诊功能性消化不良的流行病学调查[J]. 包头医学院学报, 2000, 16(4): 295-297
- [5] 王承党, 莫剑忠. 功能性消化不良患者胃排空功能与症状的相关性研究[J]. 新消化病学杂志, 1996, 4(11): 637-639
- [6] 王长洪. 著名中医学家董建华教授学术经验系列之一: 功能性消化不良的论治经验[J]. 辽宁中医杂志, 1999, 26(7): 289
- [7] 顾萍. 单兆伟教授论治功能性消化不良[J]. 南京中医药大学学报, 2002, 18(1): 52-53
- [8] 汪静娟, 张凤菊. 从肝论治功能性消化不良体会[J]. 实用中医药杂志, 2003, 19(9): 8
- [9] 罗日永. 485 例功能性消化不良患者中医证型相关因素分析研究[J]. 新中医, 1997, 29(12): 13

(收稿日期: 2010-08-31)

欢迎投稿!

欢迎订阅!

欢迎广告惠顾!