

自拟疏肝健脾汤治疗功能性消化不良的临床研究

李文菊¹ 严兴海²

(1 甘肃省武威市凉州区武南镇中心卫生院 武威 730009; 2 新疆昌吉回族自治州中医医院 昌吉 831100)

摘要:目的:通过数据分析手段以及证候量化分析方法的应用,对自拟疏肝健脾汤治疗功能性消化不良的疗效进行科学客观的评价。方法:将 117 例功能性消化不良患者随机分为西医治疗对照组、自拟疏肝健脾汤治疗组,疗程 3 周。观察患者临床疗效、中医证候量化积分值、副作用等指标的变化。结果:两组在治疗后临床疗效之间的差别具有统计学意义($P < 0.05$),自拟疏肝健脾汤治疗组疗效优于西医治疗对照组;治疗后两组证候量化积分与治疗前相比较均具有显著性差异($P < 0.05$),治疗后两组之间的证候量化积分具有显著性差异($P < 0.05$);不良反应发生频率两组之间具有显著性差异($P < 0.05$)。结论:自拟疏肝健脾汤治疗功能性消化不良效果明显、副作用小,该汤为治疗功能性消化不良之良方,值得临床推广使用。

关键词:功能性消化不良;自拟疏肝健脾汤;中医药疗法

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.019

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指具有由胃和十二指肠功能紊乱引起的症状,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征,主要症状包括上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱之一或多种,可同时存在上腹胀、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等^[1]。FD 是临床上最常见的一种功能性胃肠病。欧美的流行病学调查表明,普通人群中消化不良症状者占 19%~41%,我国某市一份调查报道,FD 占该院胃肠病专科门诊患者的 50%。FD 不仅影响患者的生活质量,而且造成相当高的医疗费用,因此已逐渐成为现代社会中一个主要的医疗保健问题^[2]。中医治疗功能性消化不良具有简、便、廉、验的特点,本研究试图通过现代数据分析手段以及证候量化分析方法的应用,对自拟疏肝健脾汤治疗功能性消化不良进行科学客观的评价。

1 对象与方法

1.1 研究对象 自 2009 年 3 月~2010 年 3 月,本院收集功能性消化不良患者 117 例。在患者知情同意并签定同意书后,参照随机化数字表按入院先后顺序随机分为西医治疗对照组(60 例)、自拟疏肝健脾汤治疗组(57 例)。两组一般资料比较,无显著性差异($P > 0.05$),具可比性。见表 1。

组别	年龄(岁)	病程(年)	汉族	回族	其他
对照组	39.13±15.06	8.34±3.06	54	4	2
治疗组	40.54±13.22	9.01±4.94	53	2	2
统计量	$t = -0.5734$	$t = -0.8876$	$\chi^2 = 0.5995$		
P 值	0.5922	0.3711	0.7410		

1.1.1 西医诊断标准 根据“罗马 III 诊断标准”^[3]: (1) 有上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱症状之一或多种,呈持续或反复发作的慢性过程,病程超过半年,近 3 个月来症状持续; (2) 上述症状排便后不能缓解(排除症状由肠易激综合征所致); (3) 排除可解释症状的器质性疾病。

1.1.2 病例纳入标准 符合功能性消化不良诊断

标准的患者。

1.1.3 病例排除标准 治疗期间排除了功能性消化不良诊断的患者;资料不全影响判断者;合并有心、肝、肾、糖尿病或造血系统等危重原发性疾病及精神病患者。

1.2 治疗方法 两组均给予一般治疗,包括建立良好的生活习惯,避免烟、酒及服用非甾体抗炎药。无特殊食谱,避免个人生活经历中会诱发病状的食物。注意根据患者不同特点进行心理治疗,失眠、焦虑者可适当予以镇静药。

1.2.1 对照组 在一般治疗基础上加谷维素 20 mg 口服,3 次/d;多潘立酮片 10 mg 口服,3 次/d(便秘者改用西沙必利 5~10 mg 口服,3 次/d);乳酸菌素片 1.6~2.0 g 口服,3 次/d,疗程及效果判断与中药同步。

1.2.2 治疗组 在一般治疗基础上加自拟疏肝健脾汤,不用西药。自拟疏肝健脾汤组成:柴胡 6 g、炒黄芩 9 g、炒白术 9 g、扁豆 9 g、炒白芍 9 g、炙甘草 3 g、苏梗 6 g、制香附 9 g、醋元胡 9 g、焦神曲 6 g。加減:胀满不已加炒枳壳 9 g;嗝气加旋复花 9 g、代赭石 15 g;泛酸加煅瓦楞子 15 g、海螵蛸 15 g;嘈杂加炒山药 9 g;便溏加焦楂炭 9 g;伴腹痛加炮姜炭 5 g、煨木香 9 g;便秘加全瓜蒌 15 g。煎服法:上方水煎服,每日 1 剂,分 3 次服用,7 d 为 1 个疗程,每疗程间歇 3 d,3 个疗程判断效果。

1.3 疗效判定

1.3.1 临床疗效标准^[4] 显效:临床症状消失,饮食恢复正常,精神状态良好。有效:临床症状明显减轻,食欲及食量增加,精神状态改善。无效:临床症状、食欲情况及精神状态均无明显改善。

1.3.2 证候量化积分评定标准 根据患者上腹胀痛、餐后饱胀和早饱、嗝气、食欲、恶心呕吐等 5 个方面的量化积分,对比两组患者治疗前后组间及组

内的变化,使等级资料量化,便于数据挖掘处理,使研究更加客观、严谨。见表2。

表2 功能性消化不良证候量化积分表

证候	0分	1分	2分	3分
上腹胀痛	无	偶有	常有	每餐均有
餐后饱胀和早饱	无	轻微	较显著	显著
暖气	无	偶有	常有	频繁
食欲	正常	略减少	减少	明显减少
恶心、呕吐	无	偶有	常有	频繁

1.3.3 不良反应监测 研究期间如实记录患者出现的各种不适症状体征,评价不同治疗方法的不良反应发生状况。

1.4 统计处理 用 Excel 2003 建立数据库,由两人分别独立进行数据录入。数据录入后进行二次检验,再由另外一人进行修改,直至两个数据库完全一致。证候量化积分资料属于计量资料,正态分布的计量资料采用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 Bonfferoni t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;所有资料应用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 从表3可以看出两组治疗后临床疗效的差别具有统计学意义($P < 0.01$),自拟疏肝健脾汤治疗组疗效优于西医治疗对照组。

表3 两组临床疗效比较 例(%)

组别	显效	有效	无效
对照组	26(43.33)	22(36.67)	12(20.00)
治疗组	41(71.93)	15(26.32)	1(1.75)

注:两组总有效率比较, $\chi^2=13.9225, P < 0.01$ 。

2.2 两组证候量化积分比较 表4可以看出两组治疗前证候量化积分差异不具有统计学意义,表明随机化后两组患者在症状轻重程度方面的分布是均衡的。治疗后两组证候量化积分差异具有显著性差异 ($P < 0.01$),说明两种干预措施的效果是不同的。

表4 两组证候量化积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	治疗前	治疗后	统计量	P 值
对照组	10.35± 4.16	5.37± 2.17	$t=8.2211$	0.0000
治疗组	11.22± 5.12	2.68± 1.12	$t=12.1584$	0.0000
统计量	$t=0.8951$	$t=8.3601$	/	/
P 值	0.6727	0.0000	/	/

2.3 两组不良反应发生情况 西医治疗对照组不良反应发生率高于自拟疏肝健脾汤治疗组。见表5。

表5 两组不良反应发生情况 例

组别	恶心、呕吐	腹痛、腹泻	头晕	舌发麻
对照组	3	4	2	1
治疗组	2	1	0	0

注:两组不良反应发生率比较, $\chi^2=18.6262, P=0.0000$ 。

3 讨论

FD 在日常门诊工作中是极易见到的,只是不易引起重视。虽然已经进行了大量的研究,但 FD 的病因与发病机制至今仍不清楚。目前较多的观点有:(1)认为胃肠道动力障碍是 FD 发生的重要病理生理学基础。其证据为:患者胃内固体排空延缓,近

端胃及胃窦排空异常,幽门、十二指肠运动协调失常等。而促胃肠动力药可使大部分患者症状得到不同程度的改善^[5]。(2)FD 患者存在个性差异,焦虑抑郁积分显著高于正常人,且 FD 患者生活中应激事件发生的频率亦高于正常人,提示该病的发生与精神因素和应激因素有密切关系^[6]。现代医学对 FD 的治疗着眼于胃肠动力、自主神经功能及心理的调节。

中医学虽无 FD 之病名,但其临床表现可归属于“痞证”、“气滞”等范围^[7]。《素问·异法方宜论篇》的“脏寒生满病”、《素问·五常政大论篇》的“备化之纪……其病痞”以及“卑监之纪……其病留满痞塞”等都是这方面的论述。《诸病源候论·痞噎病诸侯》提出“八痞”、“诸痞”之名,包含了胃痞在内,论其病因有风邪外入、忧恚气积、坠堕内损,病机为营卫不和,阴阳隔绝,血气壅塞,不得宣通。并对痞作了初步的解释:“痞者,塞也。言腑脏痞塞不宣通也。”东垣所倡脾胃内伤之说,及其理法方药多为后世医家所借鉴,尤其是《兰室秘藏·卷二》之辛开苦降、消补兼施的消痞丸、枳实消痞丸更是后世治痞的名方^[8]。从中医观点而言,FD 总的病机是气机失调,而肝是调节气机的重要脏器,尽管存在寒热错杂、胃肠失和等因素,但肝失疏泄是关键,通过疏肝理气以和之,调理肠胃以和之,则气机归于调畅,寒热归于平衡,诸症自能消解^[9]。自拟疏肝健脾汤中柴胡、炒黄芩、苏梗、制香附、醋元胡疏肝和胃,白术、扁豆健脾运化,配合炒白芍、炙甘草、焦神曲等共奏疏肝和胃之效,同收调和胃肠之功。从本实验看,自拟疏肝健脾汤治疗功能性消化不良与西医治疗组相比较,效果明显,副作用小,说明中医治疗本病具有明显优势,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 刘晓辉. 中西医结合治疗功能性消化不良的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2008, 8(6): 14

[2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 424-426

[3] 张丹, 夏志伟. 功能性消化不良诊治中应注意的问题[J]. 中国临床医生, 2008, 37(4): 3

[4] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 221

[5] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 411-415

[6] Jerry M. Burger. 人格心理学[M]. 第6版. 北京: 轻工业出版社, 2004. 157

[7] 陈健芳, 袁楚明, 杨丹晓. 功能性消化不良 346 例临床分析[J]. 中国实用内科杂志, 2004, 24 (1): 37-38

[8] 中华中医药学会内科脾胃病专业委员会. 功能性消化不良(FD)中医诊治规范(草案)[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2002, 10(4): 3-4

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 124-155

(收稿日期: 2012-02-20)