

大鼠结肠组织中 BDNFmRNA 表达量与模型组比较有降低的趋势,但差异不明显。由此推断,痛泻要方缓解 IBS-D 大鼠内脏高敏的机制是通过调节大鼠内源性 BDNF 和 TrkB 表达量,使 BDNF-TrkB 信号通路的表达和调控达到平衡,从而发挥药物疗效;痛泻要方抑木组(白芍防风)对 IBS-D 大鼠结肠组织中 BDNFmRNA 和 TrkBmRNA 表达量的调节作用接近于痛泻要方全方,两组间同一组织中同一基因表达量无明显差异,而培土组(陈皮白术)大鼠组织中的基因表达量同模型组相近。由此推断:痛泻要方可改善模型组大鼠 IBS-D 的病理状态,痛泻要方中发挥生物学疗效的主要成分是抑木组分(白芍防风),BDNF-TrkB 信号通路与 IBS 内脏高敏密切相关,抑木组分(白芍防风)极有可能通过 BDNF-TrkB 信号通路缓解 IBS-D 内脏高敏,进一步临床研究仍在进展中。

参考文献

[1]Zhou Q,Zhang B,Verne GN.Intestinal membrane permeability and hypersensitivity in the irritable bowel syndrome [J].Pain,2009,146 (1-2):41-46
[2]Zhou Q,Verne GN.New insights into visceral hypersensitivity-clinical implications in IBS [J].Nat Rev Gastroenterol Hepatol,2011,8 (6): 349-355
[3]Talley NJ,Howell S,Poulton R.The irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in the community: is there a link? [J].Am J Gastr- oenterol,2001,96(4):1072-1079
[4]Ellingson BM,Mayer E,Harris RJ,et al.Diffusion tensor imaging

detects microstructural reorganization in the brain associated with chronic irritable bowel syndrome[J].Pain,2013,154(9):1528-1541
[5]Kilkens TOC,Honig A,Nieuwenhoven MAV,et al.Acute tryptophan depletion affects brain-gut responses in irritable bowel syndrome patients and controls[J].Gut,2004,53(12):1794-1800
[6]Coull JAM,Beggs S,Boudreau D,et al.BDNF from microglia causes the shift in neuronal anion gradient underlying neuropathic pain [J]. Nature,2005,438(7070):1017-1021
[7]Wang P,Chen FX,Du C,et al.Increased production of BDNF in colonic epithelial cells induced by fecal supernatants from diarrheic IBS patients[J].Sci Rep,2015,22(5):10121
[8]霍清萍.从肠易激综合征脑-肠轴学说谈肝郁脾虚病理机制[J].中国中西医结合消化杂志,2005,13(5):318-320
[9]陈家旭.中医肝本质现代研究进展[J].中国中医基础医学杂志,1998,4 (7):58-61
[10]陈芝芸,严茂祥,项柏康.肝郁证大鼠血及结肠组织胃肠激素变化的研究[J].中医杂志,2003,44(2):131-132
[11]张惠云,乔明琦,孙丽.肝气郁证模型大鼠下丘脑单胺类神经递质分析[J].中医杂志,2008,49(2):150-152
[12]Bian Z,Wu T,Liu L,Miao J,et al.Effectiveness of the Chinese herbal formula TongXieYaoFang for irritable bowel syndrome:a systematic review[J].J Altern Complement Med,2006,12(4):401-407
[13]赵玉斌,李佃贵.痛泻要方对肠道高敏感性肠易激综合征大鼠模型疗效和作用机理的研究[J].中成药,2006,28(6):852-853
[14]高鸿霞,邵世和,王国庆.中药防风的研究进展[J].井冈山医学报, 2004,11(4):12-14
[15]沈晓东,黄黛瑛.白芍抗炎镇痛的药理学研究进展[J].中国现代药物应用,2009,3(24):197-199
[16]邵继红,韩珍,杨艳,等.白芍抗抑郁作用的实验研究[J].宁夏医学杂志,2008,30(6):490-491

(收稿日期: 2016-08-26)

中医药治疗功能性消化不良的进展

陈建钊¹ 李俊¹ 赵娜¹ 戴琦^{2#}

(1 江西中医药大学 2015 级硕士研究生 南昌 330000;2 江西省中医院肝胆脾胃科 南昌 330000)

关键词:功能性消化不良;中医药疗法;综述

中图分类号:R256.3

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.10.050

功能性消化不良 (Functional Dyspepsia, FD) 是指经内镜、血生化及病理生理检查未能发现可解释症状的胃十二指肠的器质性疾病。特异症状表现为上腹痛、餐后饱胀、早饱感、上腹胀气、上腹烧灼感、恶心、呕吐和嗝气等这八类。罗马Ⅲ标准按其临床表现分为餐后不适综合征 (PDS) 和上腹痛综合征 (EPS) 两大类^[1]。FD 的总患病率为 11.5%~14.5%,在亚洲,消化不良患病率为 8%~23%。目前西医治疗 FD 的主要手段还是给予促胃动力、抑(抗)酸及抗幽门螺旋杆菌感染的药物等,治疗效果并不明显,且易

复发,长期服药会有一定的不良反应。近几年来,关于中医药治疗该病的临床报道比较多,本文就近年来报道的中医药对本病的治疗进行了综述。现报告如下:

1 病因病机

中医中无“功能性消化不良”这个病名,根据其临床症状,本病应属于中医中的“胃痞、胃脘痛、嘈杂”等范畴。近现代许多名老中医及临床工作者在继承前人观点的基础上,对 FD 的病因病机做了深入的探讨。张声生教授^[2]认为本病多由饮食不节、劳逸

通讯作者:戴琦, E-mail: zp1970zp@163.com

失当、外感六淫、内伤七情共同作用导致脾胃虚弱，胃失和降，脾胃升降失常。病位在胃，多涉及肝、脾二脏。脾虚气滞为其基本病机，以脾虚为本，气滞、血瘀、食积、痰湿等邪实为标，本虚标实，虚实夹杂。张照兰教授^[3]认为该病病在脾胃，与肝密切相关。饮食不节、情志失调是主因，脾胃虚弱是发病的内因，肝郁是致病的条件，血瘀、湿热、痰饮等邪实为标。认为调畅气机、攻补兼施、健脾益气、舒畅情志是其治则。郝宏海^[4]认为本病以湿食阻滞致气机升降不调为主要病机，与饮食、情志及过劳等有关。蒋旭荻等^[5]认为饮食不节和情志所伤为主要病因，脾胃虚弱、肝脾不调是发病的关键，病位在胃，涉及肝脾。大多医家认为 FD 病因主要由饮食情志、外感内伤引起，脾虚气滞为其基本病机，以脾虚为本，邪实为标，病位在胃，涉及肝脾。

2 辨证论治

张声生教授^[2]将本病分为脾虚气滞证、脾胃虚寒证、脾胃湿热证、寒热错杂证四证。(1)脾虚气滞证：治以健脾理气、疏肝和胃。方选脾虚气滞方：党参、炒白术、茯苓、炙甘草、枳实、木香、砂仁、莱菔子等。(2)脾胃虚寒证：治以温中健脾、理气和胃。方选脾胃虚寒方：干姜、党参、白术、炙甘草、苏梗、厚朴等。(3)脾胃湿热证：治以清热化湿、理气和胃。方选脾胃湿热方：黄连、厚朴、豆豉、芦根、生薏米、栀子等。(4)寒热错杂证：治以辛开苦降、补脾和中。方选寒热错杂方：法半夏、黄芩、黄连、干姜、太子参、生甘草、莱菔子、厚朴等。许卫华等^[6]从湿热壅滞证、脾虚气滞证、肝胃气滞证和肝胃郁热证四个证型对本病进行临床观察，治疗组给予中药配方颗粒，对照组给予稀释 10 倍的对应中药颗粒。结果显示：脾虚气滞证治疗组 14 d、28 d 有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)；湿热壅滞证、肝胃气滞证及肝胃郁热证治疗组 28 d 的有效率均优于对照组。吕林^[7]从中医健脾的角度将本病辨证分为脾虚气滞证、脾虚湿阻证和脾阳虚证三型，分别予四君子汤加减。对照组给予安慰剂(辅料加原药的 1/20 剂量)治疗。治疗 4 周后，治疗组中医证候总有效率为 82.9%，明显优于对照组的 55%， $P < 0.01$ ，所以认为中药健脾方治疗 FD 疗效确切。王建荣^[8]对 110 例 FD 患者进行了中医辨证治疗，分为肝胃不和、肝郁脾虚、湿热内蕴、脾胃虚弱、寒热错杂及饮食停滞证六型，治疗 21 d，总有效率达 80%。邓添才^[9]观察 80 例湿热内蕴证的 FD 患者，治疗组给予三仁汤加减，对照组给予西沙比利片，治疗 14 d，治疗组总有效率(92.0%)明显高于对

照组(80.0%)。

3 现代验方研究

现代医家在前人的治疗经验的基础之上，通过各自的临床实践，总结出诸多行之有效的验方。王焕禄教授认为脾胃湿热阻滞脾胃气机所致痞满者较多见，燕莉^[10]传承王老思想，对中药组治以加减薏苡竹叶散方(生薏米、竹叶、白豆僵、三七粉、金银花、蒲公英、败酱草、甘草)；对照组给予多潘立酮片，治疗 28 d 后，中药组临床证候改善、胃脘痞满主症改善的速度均较对照组快，疗效可靠。陈满涛等^[11]采用自拟方(党参、炒白术、炙甘草、枳壳、赤芍、茯苓、建曲、生姜、代赭石、白首乌)对中药组进行治疗，对照组给予雷尼替丁、谷维素和多潘立酮，治疗 4 周后，中药组的有效率为 95.56%，显著优于对照组的 75.56%， $P < 0.05$ 。梁金磊^[12]采用藿朴化浊汤(藿香、厚朴、半夏、茯苓、陈皮、石菖蒲、苍术、炒麦芽、甘草)治疗脾胃湿热型 FD(治疗组)；对照组给予枸橼酸莫沙比利片。治疗 4 周后，治疗组总有效率为 96.96%，高于对照组的 81.25%， $P < 0.05$ ；治疗组复发率为 12.5%，低于对照组的 34.6%， $P < 0.05$ 。朱梅儿等^[13]用温中健脾汤(黄芪、党参、茯苓、炒白术、炙甘草、炮姜、香附、延胡索、炒白芍、蒲公英、浙贝母、海螵蛸、草薢)治疗中药组的患者，对照组给予莫沙比利，治疗 6 周后，结果中药组与对照组总有效率分别为 92.67% 和 82.79%， $P < 0.05$ ，说明温中健脾汤有较好的疗效。甘爱萍教授^[14]自拟调肠汤(生黄芪、北沙参、玄参、郁李仁、生地、生白术、白芍、杏仁等)治疗 FD 伴气阴两虚型便秘，自拟欣胃汤(条参、茯苓、白术、枳壳、白芨、浙大贝、赤芍、白芍、佛手、香橼皮、百合、砂仁、全瓜蒌等)治疗 FD 伴焦虑、抑郁，临床上均有满意的疗效。

4 穴位贴敷疗法治疗本病

穴位贴敷是中医外治法之一，清代吴师机认为贴敷疗法的作用机理为“借生药、猛药、香药率领群药，开结行滞，直达病所”。穴位贴敷疗法作用机制与现代医学“透(经)皮给药系统”理论相类似，主要表现在以下两个方面：(1) 药物经穴位皮肤由表入里，吸收进入血液系统，经吸收、代谢，对人体的化学感受器产生影响，从而改善机体的反应性，增强抗病能力；(2) 敷贴穴位能刺激人体的交感神经节，降低迷走神经的紧张度，兴奋交感神经，使黏膜组织的血管收缩，炎性渗出物减少，使人体各脏器的功能恢复平衡，增强机体的非特异性免疫，从而达到防病治病的目的^[15]。在穴位贴敷治疗 FD 的临床研究方面，付德

高等^[16]将穴位敷贴组与普通西药组(PDS 选吗叮啉; EPS 选雷贝拉唑)对比,结果穴位敷贴组的总有效率为 90.0%明显高于西药对照组的 77.5%,且其远期疗效亦明显高于对照组。许建军等^[17]将 90 例 FD 患者分为穴位贴敷治疗组(60 例)和安慰剂贴敷对照组(30 例),治疗 2 周后及治疗结束 4 周后,治疗组的尼平消化不良指数与治疗前相比较均有显著降低, $P<0.01$,对照组则与治疗前比较差异无统计学意义。说明穴位贴敷治疗 FD 取得了较好的疗效,且十分安全。夏文丽等^[18]用穴位贴敷治疗 FD 患者(治疗组),对照组给予安慰剂(淀粉加赋型剂),结果显示治疗组治疗后、随访时尼平消化不良指数均有显著降低, $P<0.01$,与对照组比较差异均有统计学意义;治疗组治疗后、随访时 SF-36 生活质量评分与治疗前比较差异有统计学意义, $P<0.05$,说明穴位贴敷治本病疗效显著。赵宁^[19]采用敷贴疗法对 FD 患者进行临床治疗,结果显示该穴位贴敷疗法对 FD 患者的上腹部疼痛、烧灼感、胀气、餐后饱胀感及总体症状均有明显的疗效。

5 其它中医外治法

中医外治法除了穴位贴敷疗法外,还包括针刺疗法、传统艾灸法、热敏灸法、埋线刮痧拔罐及耳穴压豆法等,临床上均取得了一定的疗效。而且这些疗法副作用少,成本低,大部分患者易接受,在临床上应用较广^[20]。

6 讨论

西药治疗 FD 的方案与过去相比,变化不大,短期改善不适症状效果尚可,但远期疗效不理想,复发率高,且不良反应多,治疗成本较高。通过中医学辨证体系治疗功能性消化不良,能把握疾病的病机特点,分别采用疏肝、健脾、和胃、化痰、理气等方法进行治疗,效果是确切且明显的。相较于单纯使用西药可能产生的诸多毒副作用,中医药不仅更加安全,而且能有效改善病人的体质,从而进一步降低复发率。穴位贴敷由皮肤给药,不仅可避免消化道和肝脏首过效应对口服药物的破坏,还可避免某些药物对胃肠道和肝脏的刺激,减轻胃肠道和肝脏的负担,发挥最大药效。同时,副作用少,治疗成本低,远期疗效较好,广大群众易接受。

然而,由于中医学在对本病的认识上尚无统一的参照标准,现有的许多研究仅仅停留在一些临床

报道和疗效的观察方面,很少进行随机双盲对照试验,在辨证分型、治疗结果和疗效评定标准上,存在相当大的差异,得出的一些结论也往往难以令人信服。因此,如何在诊断、病例选择和疗效标准等方面制定出相对一致的标准,进行客观量化的评价,是我们当前面临的严峻问题。

参考文献

[1]魏玮,史海霞,樊丽娜.功能性消化不良罗马III诊断标准与中医辨证分型的关系[J].环球中医药,2009,2(4):253-258
[2]赵鲁卿,张声生.中医治疗功能性消化不良经验与思路[J].北京中医药,2011,30(1):32-34
[3]安丽,曹国强,张照兰.张照兰教授治疗功能性消化不良临床经验[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(24):278-281
[4]郝宏海.三仁汤加减治疗功能性消化不良 118 例疗效观察 - 附西沙必利治疗 118 例对照[J].浙江中医杂志,2001,36(7):286
[5]蒋旭荻,张勤,郭仲.保和丸加减治疗功能性消化不良的临床研究[J].中国民康医学,2008,20(2):110
[6]许卫华,姚树坤,李妮娇,等.功能性消化不良中医辨证论治的临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2013,21(5):225-228
[7]吕林.中医健脾法治疗痞满(功能性消化不良)临床与实验观察[D].广州:广州中医药大学,2014
[8]王建荣.中医辨证论治功能性消化不良[J].甘肃中医,2010,23(5):45-46
[9]邓添才.三仁汤加减治疗湿热内蕴型功能性消化不良的临床疗效及机理研究[D].广州:广州中医药大学,2013
[10]燕莉.王焕禄老师学术思想和临床经验总结及加减薏苡竹叶散方治疗脾胃湿热型痞满的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2016
[11]陈满涛,王力红,苑晓洁.观察中医经验方加减治疗功能性消化不良的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2016,16(58):61
[12]梁金磊.藿朴化浊汤治疗脾胃湿热型功能性消化不良的临床观察[D].兰州:甘肃中医药大学,2016
[13]朱梅儿,王文文,杨群政,等.温中健脾汤治疗功能性消化不良 150 例观察[J].实用中医药杂志,2013,29(2):82-83
[14]梅应兵.甘爱萍脾胃病学术思想及诊治功能性消化不良临床经验研究[D].武汉:湖北中医药大学,2015
[15]武德龔,付海申.冬病夏治三伏贴药理分析及临床应用研究[J].中医临床研究,2015,7(29):22-23
[16]付德高,张红星,周利,等.穴位贴敷治疗功能性消化不良临床疗效观察[J].湖北中医杂志,2014,36(3):3-6
[17]许建军,李雪波,刘静,等.穴位贴敷疗法治疗功能性消化不良临床疗效观察[J].中医外治杂志,2016,25(4):12-13
[18]夏文丽,杨涛,王寅,等.穴位贴敷治疗功能性消化不良临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(6):514-515
[19]赵宁.敷贴疗法治疗功能性消化不良随机对照研究[D].广州:广州中医药大学,2013
[20]刘启华,章浩军.中医外治法治疗功能性消化不良的研究进展[J].中医外治杂志,2016,25(4):49-51

(收稿日期: 2016-09-26)

+++++

欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!