

疏肝和胃汤联合针刺治疗功能性消化不良 50 例总结

付凯, 朱永钦, 王红霞

(河南省开封市中医院, 河南 开封, 475000)

[摘要] 目的: 观察疏肝和胃汤联合针刺疗法治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效。方法: 将 100 例功能性消化不良肝胃不和证患者随机分为 2 组各 50 例, 治疗组采用疏肝和胃汤联合针刺治疗, 对照组采用多潘立酮片联合复方阿嗝米特肠溶片治疗。观察比较 2 组综合疗效、中医证候积分、Zung 焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分, 随访 2 个月, 比较复发率。结果: 总有效率治疗组为 96.0%, 对照组为 82.0%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组中医证候积分、SAS 评分、SDS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 疏肝和胃汤联合针刺治疗功能性消化不良肝胃不和证有较好的临床疗效, 可以改善患者焦虑状态和抑郁状态。

[关键词] 功能性消化不良; 肝胃不和证; 中医药疗法; 疏肝和胃汤; 针刺疗法

[中图分类号] R259.7 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.026

功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)是临床上常见的消化系统疾病, 属于功能性胃肠病的一种类型, 现代医学研究表明 FD 的发生可能与胃肠道动力障碍、精神和社会因素、胃肠激素水平改变以及内脏感觉过敏等因素有关。功能性消化不良在我国的发病率为 18%~45%^[1], 就诊人数占消化科门诊的 50%^[2]。中医药治疗功能性消化不良具有独特的优势, 笔者运用疏肝和胃汤联合针刺治

疗功能性消化不良肝胃不和证 50 例, 取得了满意的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2017 年 6 月我院肝胆脾胃科门诊和住院患者 100 例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组中, 男 20 例, 女 30 例; 年龄 21~65 岁, 平均(51.24±6.72)岁; 病程 0.8~6.0 岁; 平均(2.26±1.34)年。

脾胃不和为主, 主要病位在胃、肝、脾^[7]。杨国华教授认为升降理论是胃动力的源泉, 脾升胃降正常运行, 消化通道方能畅通无阻, 食物才得以消化、吸收, 气血才得以生化^[8]。曾学文等^[9]认为升降汤主要通过调节升降平衡, 达到抑酸、促进胃排空以及降低内脏敏感性的作用。

本病的病理基础为升降失调, 病机以胃失和降, 脾气不升, 肝失疏泄为关键。张锡纯根据《素问·六微旨大论》中“升降息则气立孤危”理论创制了升降汤, 以调其脾胃, 使之升降和平。方中党参、生黄芪、白术健脾补气调中, 使脾升功能恢复; 广陈皮、川厚朴、生鸡内金、生姜健胃和中, 助胃降功能正常; 若肝气郁结, 疏泄失调, 可影响脾胃升降, 知母反佐川芎疏肝以助脾升; 白芍敛阴养阴以助胃降; 桂枝具有既上升脾胃之陷, 又下降胃气之逆的双向调节作用。研究结果表明, 升降汤对于患者的临床综合疗效、食管黏膜炎症及生活质量均有一定程度的改善, 且长期服用安全可靠。

参考文献

- [1] 涂蕾, 侯晓华. 胃食管反流病的病因和发病机制[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(1): 37-41.
- [2] 王庆治, 张帮杰, 王素娟. 反流性食管炎临床流行病学分析[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011(30): 125-126.
- [3] 王琨, 段丽萍. 长期使用质子泵抑制剂可能导致的副作用分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(8): 766-769.
- [4] 陈旻湖, 侯晓华, 肖英莲, 等. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见[S]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- [5] 张声生, 朱生樑, 王宏伟, 等. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[S]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- [6] 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: 124-129.
- [7] 师宁, 丁霞, 杭海燕, 等. 反流性食管炎中医证候分布特点的文献研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(4): 1174-1176.
- [8] 胡传国, 王雯, 杨国华. 杨国华教授运用气机升降理论治疗反流性食管炎经验[J]. 中华胃食管反流病电子杂志, 2015, 2(4): 243-244.
- [9] 曾学文, 刘平华. 升降汤治疗非糜烂性胃食管反流病[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(21): 2539-2540.

(收稿日期: 2018-03-26)

对照组中,男 21 例,女 29 例;年龄 20 ~ 64 岁,平均 (50.84 ± 6.72) 岁;病程 0.6 ~ 6.5 年,平均 (2.19 ± 1.46) 年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“罗马Ⅳ功能性消化不良诊断标准”^[3]拟定。(1)符合下列标准中的 1 项或者多项:①餐后饱胀不适;②早饱感;③上腹痛;④上腹部烧灼感。(2)无可以解释上述症状的结构性疾病的证据(包括胃镜检查等),必须满足餐后不适或上腹痛综合症的诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准 参照“功能性消化不良中医诊疗专家共识意见”^[4]中功能性消化不良肝胃不和证的辨证标准拟定。(1)主症:①胃脘胀满或疼痛;②两胁胀满。(2)次症:①每因情志不畅而发作或加重;②心烦;③暖气频作;④善叹息。(3)舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦。

1.3 纳入标准 (1)符合 FD 西医诊断标准和中医辨证标准;(2)性别不限,年龄在 18 岁以上、65 岁以下;(3)患者知情同意,自愿参加,依从性良好。

1.4 排除标准 (1)不符合 FD 西医诊断标准和中医辨证标准;(2)年龄 < 18 岁, > 65 岁;(3)消化性溃疡、消化道肿瘤和胃肠道息肉;(4)心脏、肝脏和肾脏严重病变;(5)孕妇、哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用疏肝和胃汤联合针刺疗法治疗。(1)疏肝和胃汤。处方:醋柴胡 20g,川芎 15g,陈皮 15g,醋香附 12g,枳壳 15g,佛手 12g,白芍 12g,广木香 6g,姜半夏 10g,白术 15g,山药 15g,瓦楞子(打碎先煎)12g,炙甘草 6g。1 剂/d,水煎,早饭和晚饭后温服。(2)针刺疗法。取足三里、太冲、肝俞、中脘、内关、脾俞穴,其中太冲、肝俞、中脘、内关穴采用泻法,足三里、脾俞穴采用补法。常规毫针刺,针刺得气后留针 30min,每天针刺 1 次。

2.2 对照组 采用多潘立酮片联合复方阿嗝米特肠溶片治疗。多潘立酮片(吗丁啉,西安杨森制药

有限公司生产,批准文号:国药准字 H10910003,规格:10mg/片)1 片/次,3 次/d,餐前 15 ~ 30min 服用;复方阿嗝米特肠溶片(泌特,扬州一洋制药有限公司生产,批准文号:国药准字 H20000232,规格:复方制剂)2 片/次,3 次/d,餐后服用。

2 组均以 4 周为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程后统计疗效。治疗结束后对 2 组中痊愈的患者进行为期 2 个月随访以观察远期疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察比较 2 组综合疗效、中医证候积分、Zung 焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状、体征明显改善,中医证候积分减少 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$;有效:临床症状、体征均有好转,中医证候积分减少 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$;无效:临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 96.0%,对照组为 82.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	20	13	15	2	96.0 ^a
对照组	50	8	18	15	9	82.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组各项症状、体征积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	胃脘胀满	胃脘疼痛	两胁胀满	善叹息	心烦	暖气
治疗组	50	治疗前	4.27 ± 2.06	4.85 ± 2.14	4.66 ± 2.37	3.24 ± 2.07	3.14 ± 2.03	3.38 ± 2.16
		治疗后	1.25 ± 0.83 ^{ab}	0.97 ± 0.76 ^{ab}	1.04 ± 0.82 ^{ab}	1.32 ± 0.78 ^{ab}	1.07 ± 0.56 ^{ab}	1.04 ± 0.63 ^{ab}
对照组	50	治疗前	4.33 ± 2.19	4.74 ± 2.09	4.79 ± 2.51	3.47 ± 2.13	3.22 ± 2.04	3.27 ± 2.09
		治疗后	2.57 ± 1.34 ^a	2.26 ± 1.41 ^a	2.37 ± 1.73 ^a	2.24 ± 1.06 ^a	1.97 ± 1.46 ^a	2.15 ± 1.28 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后 SAS 评分和 SDS 评分比较
2 组各项评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 SAS 和 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	SAS	SDS
治疗组	50	治疗前	22.69 ± 8.42	23.46 ± 7.85
		治疗后	8.24 ± 2.17 ^{ab}	7.74 ± 2.36 ^{ab}
对照组	50	治疗前	23.03 ± 7.96	24.03 ± 7.72
		治疗后	14.07 ± 3.87 ^a	15.49 ± 3.04 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 2 组复发率比较 治疗组痊愈的 20 例中,复发 3 例(15.0%),对照组痊愈的 8 例中,复发 5 例(62.5%),2 组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨 论

功能性消化不良是临床上常见的功能性胃肠疾病,其发病率比较高且病情易复发,严重影响着患者的生活、工作和学习。功能性消化不良属于中医学“痞满”和“胃痛”等范畴。《素问病机气宜保命集》记载:“脾不能行气于肺胃,结而不散,则为痞。”《医学正传·胃痛篇》论述:“胃脘当心而痛,……未有不由痰涎食积郁于中,七情九气触于之内所致焉。”《景岳全书·心腹痛》阐述:“胃脘痛证,多有因食、因寒、因气不顺者,……惟食滞、寒滞、气滞者最多。”李乾构提出脾虚气滞是 FD 的基本病机,治疗上注重健脾理气^[6]。张声生认为中焦气机失常是功能性消化不良发病的主要病机,治疗上注重调脾胃、调畅气机、升清降浊^[7]。刘凤斌认为脾胃虚弱,中焦气机不利,升降失常为功能性消化不良的关键病机,并提出治疗上应该注重调畅气机^[8]。

疏肝和胃汤是在柴胡疏肝散基础上加味而成,由醋柴胡、川芎、陈皮、醋香附、枳壳、佛手、白芍、广木香、姜半夏、白术、山药、瓦楞子、炙甘草组成。方中柴胡疏肝解郁,为君药。川芎、木香、陈皮行气止痛,陈皮兼健脾和中;香附疏肝解郁,理气调中;枳壳行气开胸,宽中除胀;佛手疏肝解郁,理气和中;白术、山药健脾养胃,共为臣药。白芍养血柔肝止痛,瓦楞子制酸止痛,半夏降逆和胃,共为佐药。甘草调和诸药,为使药。足三里穴为足阳明胃经的下合穴,“肚腹三里留”“合治内腑”,可疏调胃腑气机,和胃消痞止痛;内关穴宽胸解郁,行气止痛;中脘穴为胃之募穴,同脾俞穴相伍,健运中焦,调理气机;太冲

穴为肝经原穴,与肝俞穴相配,疏肝而通调气机,通则不痛。诸穴合用,共奏疏肝解郁,理气和胃之功效。

本研究结果显示,疏肝和胃汤联合针刺疗法可以显著改善功能性消化不良肝胃不和证患者胃脘胀满、胃脘疼痛、两胁胀满、善叹息、心烦和暖气等症状,提高临床疗效。治疗后治疗组患者 SAS 和 SDS 评分显著低于对照组,表明疏肝和胃汤在一定程度上可以改善功能性消化不良患者焦虑状态和抑郁状态。经过 2 个月随访,治疗组复发率明显低于对照组,表明疏肝和胃汤联合针刺疗法可以提高功能性消化不良肝胃不和证患者的远期疗效。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学(14 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:1938-1940.
- [2] 葛均波,徐永健. 内科学(8 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:398-400.
- [3] Stanghellini V, Talley NJ, Chan F, et al. Rome IV - Gastrointestinal disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1380-1392.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见[S]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6):2595-2598.
- [5] 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, 2002:135-139.
- [6] 李帷,朱培一,张声生,等. 李乾构健脾理气法治疗功能性消化不良经验[J]. 北京中医药, 2013, 32(6):413-414.
- [7] 张旭,张声生. 张声生从升降清浊论治功能性消化不良[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(3):476-477.
- [8] 林楚华,李培武,李丽娟,等. 刘凤斌教授治疗功能性消化不良经验介绍[J]. 新中医, 2011, 43(3):155-156.

(收稿日期:2018-04-24)

治秋燥咳嗽二方

方 1:桑叶、南沙参、百合各 15g,杏仁、麦冬各 12g,象贝母、天花粉、牛蒡子、枇杷叶各 10g,生甘草 6g,梨皮 20g。水煎,每天 1 剂,分早晚 2 次服。此方适治秋燥偏热的患者,症见干咳无痰,或有少量黏痰、痰中带有血丝,兼有咽喉肿痛,声哑,唇干鼻燥,口干喜饮等。一般服药 3~5 剂可获显效或痊愈。

方 2:杏仁、苏叶、清半夏、前胡、桔梗、百部、炙紫菀各 10g,枳壳、陈皮各 6g,全瓜蒌 15g,大枣 5 枚,生姜 3 片。每天 1 剂,水煎,分早晚 2 次服。此方适治秋燥偏凉的咳嗽患者,症见咳多痰少,痰液清稀,头痛,怕冷,咽喉发痒或干痛、口干唇燥、渴不欲饮等。一般服药 2~3 剂可获显效或痊愈。(https://www.zhzyw.com/zyts/pfml/hx/189101318092CJ53H9IGL2I5.html)