

“舒肝和胃饮”治疗功能性消化不良肝胃不和证 20 例临床研究

吴凌燕^{1,2} 熊秀萍²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.南京中医药大学常熟附属医院,江苏常熟 215500)

摘要 目的:探讨舒肝和胃饮治疗功能性消化不良的临床疗效。方法:将 39 例功能性消化不良患者随机分成治疗组 20 例和对照组 19 例。治疗组采用舒肝和胃饮治疗,对照组采用多潘立酮片治疗,2 组均治疗 4 周。观察 2 组综合疗效以及治疗前后中医证候积分、尼平消化不良指数简表(NDI-SF)评分的变化。结果:治疗后 2 组患者中医证候积分均有改善,治疗组在脘腹胀满、饮食减少、噯气、反酸等症候的改善方面明显高于对照组;治疗后 2 组患者 NDI-SF 评分均较治疗前明显降低,治疗组明显低于对照组;治疗组综合疗效明显优于对照组。结论:舒肝和胃饮对功能性消化不良患者有良好的治疗作用,对 NDI-SF 评分的改善优于多潘立酮片。

关键词 功能性消化不良 肝胃不和 舒肝和胃饮

中图分类号 R574.505

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)09-0021-03

近年来,我们采用舒肝和胃饮治疗功能性消化不良,并与采用多潘立酮片治疗的对照组做比较,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例均来自 2013 年 4 月~2014 年 2 月在南京中医药大学常熟附属医院脾胃病科就诊的符合 FD 诊断的患者,共 39 例,随机分为 2 组。治疗组 20 例:男 11 例,女 9 例;年龄 32~64 岁,平均年龄(50.25±9.32)岁;病程(1.09±0.46)年。对照组 19 例:男 9 例,女 10 例;年龄 26~61 岁,平均年龄(50.31±9.57)岁;病程(1.08±0.49)年。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 病程至少 6 个月,近 3 个月满足以下诊断标准且至少具备下列 1 个症状:餐后饱胀、早饱感、上腹痛、上腹烧灼感,同时无器质性原因可解释上述症状。^[1]

1.2.2 中医诊断标准 肝胃不和证。主证:脘腹胀满或疼痛;喜太息,常因情志而加重;食少纳呆。次证:噯气;恶心呕吐;胁肋窜痛;大便不爽。证型确定:具备主证 2 项加次证 1 项,或主证第 1 项加次证 3 项,脉弦可进一步支持诊断。^[2]

1.3 排除标准 伴有肝、肾、心血管疾病等其他严重疾病患者;妊娠或哺乳期妇女;对本药过敏者;合并精神疾病或严重神经官能症的患者;没有按规定

服药,在观察期服用其他中、西药物,无法判定疗效,因资料不齐全影响疗效者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予多潘立酮片(吗丁啉,西安杨森制药有限公司,国药准字:H10910003,10mg/片),1 片/次,3 次/d,饭前 30min 口服,共治疗 4 周。

2.2 治疗组 给予舒肝和胃饮(南京中医药大学常熟附属医院中药房提供),药物组成:绵茵陈 10g,连翘壳 15g,生麦芽 30g,生白芍 30g,生甘草 3g,炒陈皮 10g,制半夏 10g。每日 1 剂,早晚各温服 1 次,共治疗 4 周。

2 组均被告知相关注意事项,治疗时不得服用其他药物以免影响观察,忌生冷及肥甘厚味,保持心情舒畅。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后观察患者临床症状,评定证候积分、综合疗效并做尼平消化不良指数简表(NDI-SF)评分。

3.1.1 中医证候积分评定标准及疗效指数计算 脘腹胀满、胁肋疼痛 2 项按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分,饮食减少、口苦口干、噯气、反酸按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分^[3]。根据治疗前、后的症状积分计算疗效指数,公式为:疗效指数=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分×100%。

3.1.2 综合疗效评定标准 临床痊愈:主要症状基本消失,疗效指数≥90%,异常指标基本恢复

正常;显效:主要症状明显减轻,60%≤疗效指数<90%,异常指标明显改善;有效:主要症状减轻,30%≤疗效指数<60%,异常指标有所改善;无效:主要症状无减轻,疗效指数<30%,异常指标无改善。

3.1.3 NDI-SF 评分标准 从患者的紧张度、日常生活、饮食、知识、工作/学习这5个方面10个问题进行评分,根据权重依次计为1、2、3、4、5分,得分越高其症状越重^[4]。

3.2 统计学方法 采用统计软件 SPSS19.0 处理。综合疗效评定比较采用秩和检验,中医症候积分及 NDI-SF 评分采用 *t* 检验,设立检验标准为 $\alpha=0.05$ 。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组综合疗效评定比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗后综合疗效比较 例

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	4	5	10	1	95.00*
对照组	19	1	1	13	4	78.95

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.3.2 2组中医症候积分比较 2组治疗后中医症候均有改善($P<0.05$),治疗组在脘腹胀满、饮食减少、嗝气、反酸等临床症状的改善方面明显优于对照组($P<0.05$),见表2。

3.3.3 2组 NDI-SF 评分比较 2组治疗后 NDI-SF 评分均较治疗前显著降低,治疗组比对照组改善更显著($P<0.05$),见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后中医症候积分及 NDI-SF 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	时间	中医证候积分					反酸	NDI-SF 评分
		脘腹胀满	脘脘疼痛	饮食减少	口苦口干	嗝气		
治疗组	治疗前	3.90±2.20	2.40±2.01	2.20±1.01	1.70±1.08	2.30±1.13	1.25±0.91	43.75±3.63
	治疗后	1.10±1.02 ^{###}	1.10±1.02 ^{##}	0.70±0.57 ^{###}	0.60±0.59 ^{###}	0.60±0.59 ^{###}	0.55±0.51 ^{###}	18.75±4.30 ^{###}
对照组	治疗前	3.58±2.27	2.95±2.34	1.89±1.05	1.84±1.26	2.05±1.18	1.68±1.11	42.89±2.31
	治疗后	2.11±1.82 [#]	1.58±1.43 [#]	1.21±0.92 [#]	1.11±0.94 [#]	1.16±0.96 [#]	1.00±0.82 [#]	22.37±5.75 [#]

注:与本组治疗前比较, # $P<0.05$, ## $P<0.01$;与对照组治疗后比较, * $P<0.05$ 。

4 讨论

根据 Rome III 标准,功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指来源于胃、十二指肠的症状,并排除可以解释该症状的器质性、全身性、代谢性疾病,其主要症状包括上腹痛、上腹部烧灼感、餐后饱胀、嗝气、反酸等消化不良症状^[1]。目前 FD 的治疗没有公认的策略,常见的药物治疗主要包括抑酸药物、促动力剂、抗抑郁剂、抗 Hp 药,同时可以配合心理治疗^[5],但长期使用副作用多。Hp 感染在 FD 发病中的作用亦无定论,故抗 Hp 治疗有待商榷^[6]。

FD 属中医学“痞满”、“胃脘痛”范畴,其发生与情志不畅、外邪内积、饮食失调有关。忧思恼怒,肝失疏泄,气机郁滞,横逆犯胃,胃失和降,为木强乘土;或饮食不节、劳倦太过,损伤脾气,脾胃虚弱,肝气乘脾,脾土受伐,为土虚木乘。本病病位在胃,与肝、脾密切相关,其病机为中焦气机不利,脾胃升降失司。治疗上多采用疏肝和胃之法。

舒肝和胃饮是在常熟籍名中医陶君仁先生所创的柔肝饮(生白芍、生甘草、生麦芽、生木瓜、绵茵陈、连翘壳、薄荷梗)基础上加减而成。方中绵茵陈“善清肝胆之热,兼理肝胆之郁”^[7];连翘壳“善理肝气,既能舒肝气之郁,又能平肝气之盛”^[7]。绵茵陈、连翘壳配伍,平肝解郁,凉而能散(肝以散为补,散者即升发条达之意),苦而能降(降逆气,降肝火)。生麦芽健脾和胃,疏肝行气,为舒肝之妙品^[7];生白芍柔肝止痛,平肝阳;生甘草缓急止痛;炒陈皮理气健脾,现代药理研究表明陈皮能缩短绵羊小肠的移行性综合肌电的周期,改善小肠的消化功能^[8];制半夏燥湿化痰,降逆止呕,消痞散结,现代药理研究半夏有显著的抑制胃液分泌作用。本方功能平肝和胃、理气消痞,通过舒肝平肝,使肝木、脾土之气平衡,则肝气调达,脾升胃降,达到治疗效果。

人体的情志活动与内脏有密切关系,《素问·阴阳应象大论》言:肝“在志为怒”,脾“在志为思”,怒则气上,思则气结。本病的脘腹胀满、纳差、嗝气、反酸等症状可能为七情致病。近年来随着对疾病发病过程中“生理—心理—社会”综合模式的重视,国内

外学者认识到各种精神因素如抑郁、焦虑等在消化道功能性疾病的发生、发展中具有重要作用^[9]。通过治疗前后 NDI-SF 评分的比较,表明舒肝和胃饮能平肝抑木,调畅情志,明显改善患者的不良情绪和生活质量。

本研究结果显示,舒肝和胃饮在改善 FD 临床症状及改善不良情绪方面明显优于多潘立酮,临床疗效肯定。但本次观察病例不多,在以后的临床工作中,将进一步扩大样本量进行随机对照研究,并探索其治疗机理。

5 参考文献

- [1] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 2006, 130(5), 1377
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002; 134

早期乙型肝炎肝硬化湿热证素兼夹特征及其与肝纤维化指标的相关性研究

石志平¹ 吴同玉¹ 廖凌虹¹ 刘 瑶¹ 李东良² 沈建英¹ 张凌媛¹ 丁珊珊¹

(1.福建中医药大学,福建福州 350122;2.南京军区福州总医院,福建福州 350025)

摘 要 目的:探讨早期乙型肝炎肝硬化湿热证患者证素兼夹分布特征及其与肝纤维化指标水平关系,为中医证的研究提供参考依据。方法:共收集 212 例早期乙型肝炎肝硬化患者四诊信息资料,通过证素辨证法对其中的湿、热证素积分均 ≥ 100 的判定为湿热证,筛选湿热证患者共 100 例。运用中医证素辨证方法判断早期乙型肝炎肝硬化中医病理特征,应用酶联免疫试剂盒(ELISA)分析福州地区早期乙型肝炎肝硬化患者肝纤维化指标水平与其病性证素湿、热的关系。结果:早期乙型肝炎肝硬化湿热证的主要兼夹病位在肝、脾,其次为胆、胃、肾。实性证素兼夹以气滞多见,其证素等级分布特征中Ⅰ级证素以阳亢、痰分布比例较高,Ⅱ级证素以热、湿、血瘀、气滞分布比例较高,Ⅲ级证素以湿、气滞分布比例较高;虚性证素兼夹以阴虚最为多见,其证素等级分布特征中Ⅰ级证素以血虚、阳虚分布比例较高,Ⅱ级证素以气虚、阴虚、阳虚分布比例较高,Ⅲ级证素以阴虚分布比例较高。Ⅲ型前胶原(HPC-Ⅲ)含量与湿、热证素积分均呈正相关。结论:湿热是早期乙型肝炎肝硬化的主要病理性质,随着湿热程度的加重及其兼夹病性和病位的变化,其肝纤维化程度也相应加重。

关键词 乙型肝炎肝硬化 湿热 肝纤维化指标

中图分类号 R512.630.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)09-0023-03

中国乙肝病毒携带者达 1.2 亿,慢性乙型肝炎患者约为 3000 万,30%可转化为肝硬化^[1]。有学者认为,肝纤维化和早期肝硬化可以因中医药的治疗而逆转^[2],而阐明乙型肝炎肝硬化中医证候与现代医学的关系,可为从中医治疗逆转早期肝硬化提供思路。本研究拟以福建早期乙型肝炎肝硬化患者湿热证特征及其与肝纤维化指标的相关性为研究对象,为乙型肝炎肝硬化的中医药防治提供参考文献。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2011 年 9 月~2013 年 10 月

在南京军区福州总医院肝硬化门诊或病房的乙型肝炎肝硬化患者 212 例。其中男 161 例,女 51 例;年龄最小 18 岁,最大 65 岁;平均年龄 (47.94 ± 13.30) 岁;其中湿热证患者 100 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参见中华医学会肝病学分会、感染病分会于 2010 年制订的《慢性乙型肝炎防治指南》^[3]中乙型肝炎肝硬化的诊断标准。早期肝硬化即代偿期肝硬化,根据肝硬化 child-Pugh 评分 ≤ 6 分,A 级^[4]。

基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(81102559)

- [3] 张声生,汪红兵,李乾构.功能性消化不良中医诊疗规范(草案).中国中西医结合消化杂志,2002,25(1):30
- [4] Jáuregui Lobera,Santed MA,Bolaños Ríos P.Impact of functional dyspepsia on quality of life in eating disorderpatients;the role of thought-shape fusion. Nutr Hosp,2011,26(6),1363
- [5] 刘玉兰,胡大一.消化内科.北京:科学技术出版社,2010:77
- [6] 陈云.功能性消化不良中医药治疗进展.河南中医学院学报,2003,18(6):78
- [7] 张锡纯.医学衷中参西录.太原:山西科学技术出版社,2009:244

- [8] 况玲,姜萍,王正华,等.陈皮对绵羊小肠电活动的影响.中医药研究,1996(1):49

- [9] 李明珠,邢颖,刘松林.从抑郁症与功能性消化不良发生机制的相关性探讨肝胃不和证的研究思路.湖北中医药大学学报,2013,15(6):36

第一作者:吴凌燕(1986-),女,中医师,硕士研究生,研究方向:中医脾胃病。

通讯作者:熊秀萍,xiongxp1028@126.com

收稿日期:2014-05-15

编辑:韦 杭 吴 宁