

# 健脾消痞膏穴位贴敷联合莫沙必利治疗胃动力障碍40例临床研究

周 鹏 赵志恩 程宏辉 陈世云 李晶晶 崔晓峰 杨从意  
(广州中医药大学附属宝安中医院、深圳市宝安中医院, 广东深圳 518133)

**摘要** 目的:观察并比较健脾消痞膏穴位贴敷联合口服枸橼酸莫沙必利治疗胃动力障碍的临床疗效,并探索其作用机理。方法:选择80例胃动力障碍患者按照随机方法分为治疗组与对照组,每组40例。对照组予莫沙必利治疗,治疗组在对照组治疗的基础上运用自拟健脾消痞膏贴敷脾俞(双侧)、胃俞(双侧)、中脘、天枢(双侧)、足三里(双侧),2组疗程均为4周。观察2组患者治疗前后血清中五羟色胺(5-HT)、生长抑素(SS)含量及症状积分变化情况,并比较2组临床疗效。结果:治疗后2组患者餐后饱胀、早饱、上腹痛、上腹灼烧感及症状总积分均较治疗前明显下降( $P<0.01$ ),血清5-HT和SS含量亦明显低于治疗前( $P<0.01$ );组间比较,治疗组上述症状和指标的改善程度明显优于对照组( $P<0.05$ , $P<0.01$ )。2组临床疗效比较,治疗组总有效率为92.5%,明显高于对照组的75.0%( $P<0.01$ )。结论:在胃动力障碍的临床治疗中,应用自拟健脾消痞膏穴位贴敷联合莫沙必利口服的治疗方案,可提高疗效,促进患者的胃动力,且外用贴敷疗法简便安全,值得临床推广应用。

**关键词** 胃动力障碍 健脾消痞膏 穴位贴敷 5-羟色胺 生长抑素 枸橼酸莫沙必利片

中图分类号 R573.905 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2017)09-0056-03

胃动力是推动食糜在胃肠道正常蠕动的力量,同时也可推动微生物排出,维护免疫防疫系统的正常运作。现代医学认为,当人的胃动力出现障碍时会出现持续性或复发性腹胀、腹痛、恶心、呕吐、食欲不振、嗝气、早饱、厌食、恶心、烧心、反酸症状的临床综合征。胃动力障碍急性发作可致人体水分缺失及电解质平衡紊乱,久而久之可有营养不良和体重减轻<sup>[1]</sup>。胃肠道动力障碍主要表现为胃排空延迟、胃窦动力指数降低等<sup>[2-3]</sup>,目前西医治疗以促胃肠动力药、抑酸药为主<sup>[4]</sup>,但此类药物有一定的副作用。本研究我们在常规使用枸橼酸莫沙必利口服的基础上加用自拟健脾消痞膏穴位贴敷治疗胃动力障碍患者,并与单用莫沙必利的对照组做疗效比较,同时观察药物对患者血清中五羟色胺(5-HT)、生长抑素(Somatostatin, SS)含量的影响,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择2015年10月至2016年10月深圳市宝安区中医院脾胃病科门诊及住院部的80例胃动力障碍患者,随机分为治疗组与对照组,每组40例。治疗组男19例,女21例;平均年龄( $44.37 \pm 10.19$ )岁;平均病程( $2.20 \pm 0.53$ )年。对

照组男17岁,女23岁;平均年龄( $45.48 \pm 12.37$ )岁;平均病程( $2.18 \pm 0.58$ )年。2组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照1999年修订的罗马II关于胃动力障碍的诊断标准<sup>[5]</sup>:(1)以持续或反复发作的腹部疼痛或不适为核心症状,包括腹胀、早饱、恶心等等;(2)不包括器质性疾病,其症状与排便及(或)大便性状无关;(3)症状在过去12个月至少持续了12个星期。

**1.3 纳入标准** 符合胃动力障碍诊断标准;研究前4周排除消化性溃疡、肿瘤、胰腺疾病、胆结石、胆囊炎、甲亢及糖尿病等实质性疾病;服药前7d停用影响本研究的中西药物;签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 近1月内服用过影响胃动力及排空功能等类似作用的药物;合并其他器质性或全身性疾病;妇女处于孕期或哺乳期;无法理解或表达自己主观症状及不能配合治疗完成临床观察者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 每日餐前15min口服枸橼酸莫沙必利片5mg(江苏豪森药业股份有限公司, H19990315),3次/d,疗程为4周。

基金项目:深圳市宝安区科技计划项目(2015072)

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,加用健脾消痞膏穴位贴敷。药物组成:厚朴、枳实、木香、神曲、山楂、党参、白术、苍术、藿香、砂仁、大黄、三棱、莱菔子、法半夏、黄连、香附、陈皮、麦冬、吴茱萸。各药物等份制成膏剂,贴敷脾俞(双侧)、胃俞(双侧)、中脘、天枢(双侧)、足三里(双侧),每次贴敷6~8h,每日1次,疗程为4周。

### 3 疗效观察

#### 3.1 观察指标

3.1.1 血清5-HT和SS含量测定 治疗前后2组患者空腹抽取肘部静脉血2mL注入抑肽酶试管中,于4℃条件下混匀离心,3000r/min,10min后吸取表层血清进行分装,-20℃条件下保存,选用放射免疫法测定。

3.1.2 症状积分 参照中华中医药学会脾胃病专业委员会制定的分级标准<sup>[6]</sup>,其中包括进食后是否饱胀、早饱、上腹部疼痛、上腹灼热感四个方面,累计2组总分再次比较。餐后饱胀:0分,无症状;3分,有餐后腹胀,1h内有减轻,程度轻微不影响生活和工作;6分,餐后腹胀且持续1~3h左右,对工作和生活产生一定影响;9分,有明显餐后腹胀,持续时间>3h且无减轻,严重影响工作。早饱:0分,无症状;3分,偶有早饱,不影响食欲及进食量;6分,经常出现早饱且对食欲及进食量有影响;9分,有持续的早饱现象且严重影响进食。上腹痛/上腹部灼烧感:0分,无疼痛及灼烧感;3分,偶尔有且1h内减轻;6分,每日经常有上腹痛或灼烧感,可以忍受疼痛等不适感受,持续1~3h;9分,每日有明显的上腹部疼痛或灼烧感,且>3h,不能耐受,严重影响工作和生活。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>拟定。临床痊愈:症状、体征消失,治疗前后症状总积分减少95%以上;显效:症状、体征改善,治疗前后症状总积分减少70%~95%;有效:症状、体征有所好转,治疗前后症状总积分减少30%~70%;无效:症状、体征无改善,或加重,治疗前后症状总积分减少不足30%。

3.3 统计学方法 利用医学统计软件SPSS 22.0处理数据。采用配对t检验进行治疗前后的数据比较,采用独立样本t检验进行组间比较,数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示;采用 $\chi^2$ 检验进行组间计数资料及总有效率的比较。以 $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义的标准。

#### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者血清5-HT和SS含量比较 治疗前,2组患者血清5-HT和SS含量相比无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗后2组患者血清5-HT和SS含量均较治疗前明显下降( $P < 0.01$ ),治疗组明显低于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后症状积分比较 治疗前,2组患者餐后饱胀、早饱、上腹痛、上腹灼烧感和症状总积分比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗后2组患者各症状评分及总积分均较治疗前明显下降( $P < 0.01$ ),治疗组明显低于对照组( $P < 0.01$ )。见表2。

表1 治疗组与对照组患者治疗前后血清5-HT和SS含量比较( $\bar{x} \pm s$ ) mg/L

组别	例数	5-HT		SS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	220.81±48.25	152.37±25.63 <sup>###</sup>	6.51±1.14	4.33±1.98 <sup>##</sup>
对照组	40	230.34±40.24	180.00±35.56 <sup>##</sup>	6.70±1.32	5.10±1.23 <sup>##</sup>

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

表2 治疗组与对照组治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	例数	时间	餐后饱胀	早饱	上腹痛	上腹灼烧感	总积分
		治疗后	2.35±0.95 <sup>###</sup>	2.50±0.88 <sup>###</sup>	1.53±1.01 <sup>###</sup>	1.13±0.56 <sup>###</sup>	7.50±1.79 <sup>###</sup>
对照组	40	治疗前	6.30±1.78	8.40±1.22	8.03±1.42	7.73±1.50	30.45±3.15
		治疗后	4.50±1.52 <sup>##</sup>	3.30±0.91 <sup>##</sup>	4.20±1.49 <sup>##</sup>	4.05±1.45 <sup>##</sup>	16.05±2.50 <sup>##</sup>

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

3.4.3 2组患者临床疗效比较 见表3。

表3 治疗组与对照组患者临床疗效比较 例

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	9	20	8	3	92.5% <sup>**</sup>
对照组	40	3	13	14	10	75.0%

注:\*\*与对照组比较, $P < 0.01$ 。

#### 4 讨论

胃动力障碍是脾胃病最常见、最多发的病症之一,严重影响患者的生活质量。胃肠激素紊乱、神经递质变更、内脏敏感度提高、胃动力低下、胃酸、遗传和心理因素诱导疾病发作及加重。胃动力下降会延长食物在胃中的滞留时间,使胃酸分泌量增多,从而造成进一步损害,甚至诱发胃肠道实质性疾病,形成恶性循环。因此,如何促进胃动力是解除胃动力障碍的关键。西医治疗以促胃肠动力药为主,莫沙比利为外周五羟色胺4受体(5-HT<sub>4</sub>R)的激动剂,其除了与受体结合后使平滑肌间神经释放乙酰胆碱外,胃促动力作用主要与血液胃动素增加有关,而在临床大剂量应用时,可能导致心律失常等问题。

五羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)是一种

介入调整肠道活动和内分泌功能的重要旁分泌信号分子及递质,大约90%的五羟色胺存在于人体消化道黏膜<sup>[8]</sup>。五羟色胺刺激内在初级传入神经元后,使得该神经元在肌间神经丛中与神经元(包含上行、下行、中间)形成突触,故可以调节局部的兴奋与抑制。有研究表明,五羟色胺能够调整胃肠激素的分泌,且其呈周期性变化与消化间期移动性运动复合波的不同时相胃动素有关<sup>[9]</sup>。生长抑素在体内分布非常广泛,在中枢神经系统下丘脑中具有较高的含量。生长抑素能够调整胃肠蠕动上升的收缩与下降的放松,其作用机制主要包括:生长抑素在抑制胃肠道内激素及乙酰胆碱中具有间接作用;生长抑素可直接抑制神经冲动、神经结和抑制肠运动神经元的释放;生长抑素可通过神经的分泌作用抑制胃肠道运动<sup>[10]</sup>。

胃动力障碍属中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,饮食失节、情志不调、劳倦内伤为其重要病理因素,且反复发作,久而久之,脾气虚弱,气郁伤肝,横行犯胃,胃体失养<sup>[11]</sup>,从而出现上腹胀满、易饱、饭后腹胀、恶心、呕吐等消化不良症状。本病病位在脾胃,同时涉及肝胆,气郁伤肝,肝失疏泄,脾虚肝旺,横行侮胃,气机升降失枢,更有甚者导致体内痰湿、瘀血、水饮等病理产物停滞,阻滞中焦气机造成恶性循环<sup>[12]</sup>。治疗以疏肝健脾和胃为主,使脾气调达,胃气得以充养,脾气升而胃气降<sup>[13]</sup>。本研究我们在莫沙比利治疗的基础上联合我院自拟健脾消痞膏穴位贴敷治疗胃动力障碍。健脾消痞膏出自《理渝骈文》,方中厚朴、枳实行气止痛;木香性温辛散,理气和中宣滞;香附疏肝和降理气,调理三焦之气机;神曲、山楂、莱菔子健脾化湿消食;党参补气健脾;白术健脾益气;苍术、藿香、砂仁等芳香化湿,健脾和中,有助于脾气升发;陈皮、法半夏燥湿消痞;三棱行气活血化瘀;大黄活血清热;黄连清热和中;麦冬益胃养阴;吴茱萸降逆止呕。操作穴位首取胃之募穴中脘,中脘是治疗胃部疾病之要穴,为“腑会”,也是任脉与胃经两经的交会穴,能够理气和中,使脾升胃降;天枢是大肠募穴,配足三里可调中焦脾胃气机,降逆止呕;配合脾、胃、肝、膈等背部俞穴,以调理胃气,疏利肝胆。选取足阳明胃经、膀胱经、任脉经穴,在内沟通五脏六腑,在外连接四肢百骸,可调理一身上下之气血阴阳,以疏通脾胃之经,健脾和胃。

本研究结果显示,健脾消痞膏穴位贴敷联合莫沙比利治疗胃动力障碍可减轻患者上腹胀胀、早饱、上腹痛等临床症状,临床总有效率高达92.5%,明显优于单用莫沙必利的对照组。联合疗法的作用机制可能与健脾消痞膏贴敷能够降低胃动力障碍患者血清五羟色胺和生长抑素含量有关。在患者人群中

有大量“不肯服药之人”和“不能服药之证”等情况,如手术后必须等待排气排便禁食禁饮的患者,外治法治疗胃动力障碍能及时解决临床上类似的棘手问题。本方法简单易行,方便操作,具有重要的实用价值,值得临床推广。由于本病证候繁多,下一步拟探讨健脾消痞膏对不同证型胃痞的临床疗效,以期筛选更合适的临床证型,并将研究扩展至科学实验领域,为该法治疗胃动力障碍提供更科学的理论依据。

## 参考文献

- [1] 陆喜荣,徐进康,彭惠平.胃炎片对胆汁反流性胃炎大鼠胃黏膜保护作用及胃动力的影响[J].江苏中医药,2011,43(7):90.
- [2] 宋志强,柯美云,王智凤,等.符合罗马Ⅲ标准的功能性消化不良患者固体胃排空功能研究[J].胃肠病学,2008,13(9):528.
- [3] CAMILLERI M. Clinical practice. Diabetic gastroparesis [J].N Engl J Med,2007,356(8):820.
- [4] 徐敏.功能性消化不良的发病机制[J].交通医学,2008,22(4):375.
- [5] 危北海,张万岱,陈治水.中西医结合消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:797.
- [6] 张声生,汪红兵,李乾构.功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2002,10(4):194.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:140.
- [8] 杨静,饶慧燕,范惠珍,等.复方阿嗝米特联合盐酸依托必利治疗慢性胰腺炎消化不良的疗效观察[J].医学综述,2014,20(4):725.
- [9] 李晓玲,张声生,杨成,等.仁术健脾理气方对功能性消化不良大鼠胃排空功能及Ghrelin、5-HT、CGRP的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(7):355.
- [10] MAICAS S, MOUKADIRI I, NIETO A, et al. Construction of an expression vector for production and purification of human somatostatin in Escherichia coli[J].Mol Biotechnol,2013,55(2):150.
- [11] 钟源,王海强,谢晶日.治疗胃痞的经验[J].江苏中医药,2016,48(5):17.
- [12] 曾国良,陈永灿.陈修园经方辨治胃脘痛医案选析[J].江苏中医药,2016,48(11):54.
- [13] 朱其恩,蔡春江,王颖,等.浅谈“解郁”理论在胃脘痛治疗中的应用[J].江苏中医药,2016,48(2):67.

第一作者:周鹏(1980—),男,医学博士,副主任医师,副教授,主要从事针灸临床研究。77103698@qq.com

收稿日期:2017-05-01

编辑:吴宁