

健脾和胃汤联合西药治疗对功能性消化不良患者胃动力的影响

徐晓军, 吕虎

缙云县人民医院, 浙江 缙云 321400

[摘要] 目的: 观察健脾和胃汤联合西药治疗功能性消化不良患者的临床效果及其对患者胃动力的影响。方法: 将 100 例功能性消化不良患者作为研究对象, 按照单双号将其分为 2 组各 50 例。对照组给予常规西药治疗, 观察组则给予健脾和胃汤联合西药治疗方案, 观察 2 组临床疗效、胃动力学改变情况。结果: 总有效率观察组 98.0%, 对照组 64.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 T1/2、胃窦收缩频率、胃窦收缩幅度、胃窦运动指数均改善 ($P < 0.05$), 观察组改善优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在功能性消化不良患者的临床治疗中, 应用健脾和胃汤联合西药治疗方案, 疗效显著, 可改善患者的胃肠功能, 促进肠胃蠕动, 其有明显的双向调节功能, 值得推广。

[关键词] 功能性消化不良; 健脾和胃汤; 胃动力; 中西医结合疗法

[中图分类号] R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0068-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.033

消化性功能障碍是临床常见多发以消化道多种症状为主诉的疾病类型^[1], 临床表现为上腹部不适或疼痛、厌食、呕吐、恶心、反胃、腹部胀痛等症状^[2], 可能持续发作, 胃肠道检查一般无明显器质性病变。目前西医尚无特异性治疗方案, 临床一般多采用莫沙必利、多潘立酮等常规促胃动力药物, 配合奥美拉唑等抑酸药物治疗为主要方案, 疗效有限^[3]。采取健脾和胃汤联合西药方案治疗功能性消化不良疗效显著^[4]。为进一步明确中西医联合治疗消化性功能障碍的临床效果及对患者胃动力学的影响, 笔者对功能性消化不良患者进行了对照研究, 现整理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月—2014 年 3 月于本院接受治疗的 100 例功能性消化不良患者作为研究对象, 按照单双号将其分为 2 组各 50 例。对照组男 28 例, 女 22 例; 年龄 22~67 岁, 平均(42.9±2.1)岁; 病程 5~50 月, 平均(33.2±12.1)月。观察组男 26 例, 女 24 例; 年龄 23~68 岁, 平均(43.1±1.9)岁; 病程 7~48 月, 平均(32.9±11.8)月。2 组性别、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 餐后饱胀不适, 上腹部疼痛, 伴灼热感, X 线片及胃镜检查排除十二指肠器质性病变、排除食道癌, 且经实验室及 B 超检查排除肝胆等部位出现器质性病变。排除严重精神疾病、糖尿病、肾脏疾病患者。中医诊断标准, 主症: 胃脘痛、胸胁胀痛, 食少, 腹胀, 便溏, 纳呆;

次症: 抑郁、急躁、易怒, 乏力、呕吐、恶心, 早饱, 苍白, 脉细。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。口服多潘立酮片(湖南千金湘江药业股份有限公司生产, 国药准字 H20093426), 每次 10 mg, 每天 3 次。于饭前 0.5 h 服用, 治疗 4 周。

2.2 观察组 在西药治疗的基础上加用健脾和胃汤治疗, 处方: 延胡索、丹参、茯苓各 15 g, 白术、柴胡、香附、焦三仙、枳壳、法半夏、炒白芍各 10 g, 木香、甘草、鸡内金各 5 g。每天 1 剂, 水煎, 取 400 mL, 分早晚 2 次服用, 治疗 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用超声显像仪, 测定 2 组患者的胃动力学情况, 记录其胃液体半排空功能(T1/2)、胃窦收缩率、胃窦收缩幅度及胃窦运动指数(MI)。胃窦收缩幅度($\Delta A/A$, $A = \pi \times AP \times LL/4$, $\Delta A = A_{max} - A_{min}$), AP 表示胃窦前后径, LL 表示胃窦左右径; 胃窦运动指数(MI)= 胃窦收缩频率×胃窦收缩幅度。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计学分析。计数资料比较采用 χ^2 检验, 计量资料比较采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[5]评估临床疗效。痊愈: 患者临床症状及体征基本消失, 症状总积分降低幅度超过 95%, 停药 1 月后无复发表现; 显效: 患者临床

[收稿日期] 2014-11-10

[作者简介] 徐晓军 (1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 消化内科。

症状及体征均明显改善,症状总积分降低幅度在70%~95%;好转:患者临床症状及体征均明显好转,症状总积分降低幅度在30%~70%;无效:患者在接受治疗后,临床症状及体征均无任何改善,或有加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组98.0%,对照组64.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	50	32(64.0)	10(20.0)	7(14.0)	1(2.0)	98.0 ^①
对照组	50	14(28.0)	18(36.0)	8(16.0)	10(20.0)	64.0

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组患者胃动力学参数比较 见表2。治疗后,2组T1/2、胃窦收缩频率、胃窦收缩幅度、MI均改善($P < 0.05$),观察组改善优于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组患者胃动力学参数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	T1/2(min)	胃窦收缩频率(次/min)	胃窦收缩幅度	M
观察组	治疗前	58.2±14.6	2.7±0.5	0.2±0.1	0.4±0.2
	治疗后	39.4±7.6 ^②	3.9±0.7 ^②	0.3±0.1 ^②	1.1±0.4 ^②
对照组	治疗前	59.0±13.1	2.8±0.4	0.2±0.0	0.4±0.1
	治疗后	44.9±8.4 ^②	3.3±0.6 ^②	0.2±0.1 ^②	0.8±0.3 ^②

与对照组治疗后比较,① $P < 0.05$;与本组治疗前比较,② $P < 0.05$

5 讨论

功能性消化不良在中医学上属痞满、胃脘痛、胁痛的范畴,病变部位在胃部,但累及人体肝、脾、心脏等器官^[6]。中医学认为胃主纳,脾主运化,两者互相协调,有一定的依赖性,达到脾升胃降的统一性,同时作为推动人体肠胃内容物的动力^[7]。肝则主疏通、排泄,促成脾胃的运化功能。若肝失疏泄,导致脾胃升降异常,即可引发胃脘痛、痞满。古籍有云“木性主于疏泄,食气入胃,赖于肝木疏泄,遂水谷乃化。若肝清阳未升,则非能疏通水谷,致渗泄中满”^[8]。因此认为该病由脾胃两虚,饮食不节,禀赋不足,情志不畅,肝失疏泄所致。病因与肝脾胃联系甚密,病情标实本虚,脾虚为本,食积、气滞、痰湿、血瘀为标^[9],因此,在治疗方面需遵循健脾和胃、疏肝理气的原则,以调理脾胃,促进患者肠胃功能的恢复,遂充足胃气,改善胃动力参数。现代药理学认为,人体肠胃功能运动障碍是功能性消化不良患者的主要生理及病理变化表现,一般功能性消化不良患者餐后MI明显低于健康正常人。同时消化不良患者可能存在小肠运动障碍,胃近端调控协

调性降低等表现^[10]。本观察组在常规西药治疗的基础上加用自拟健脾和胃汤,方中柴胡解郁疏肝、调理气机;甘草柔肝养血,同时可缓急止痛。“六腑通为用,胃以降为和”,本方中,法半夏止呕降逆,木香可调气止痛,枳壳宽胸理气、止痛养胃,丹参则活血化瘀,延胡索则理气止痛;诸药合用,达标治本,标本兼顾,共同发挥健脾和胃、畅通机理、疏肝理气之功效,以改善患者的临床症状。

本研究中,采取中西药联合治疗的观察组患者整体治疗有效率高达98.0%,优于对照组的64.0%,且观察组胃动力学参数复常情况优于对照组,同时也进一步证实,在功能性消化不良患者的临床治疗中,应用健脾和胃汤联合西药治疗方案,疗效显著,可改善患者的胃肠功能,促进胃排空,改善肠胃动力,促进肠胃蠕动,其有双向调节功能,值得推广。

[参考文献]

- [1] 饶洪. 中西医结合治疗功能性消化不良临床研究[J]. 中医学报, 2011, 26(4): 484-485.
- [2] 李萍. 疏肝健脾和胃汤治疗功能性消化不良68例[J]. 陕西中医, 2013, 34(11): 1491-1492.
- [3] 欧之洋, 银赞. 健脾和胃解郁汤治疗老年功能性消化不良100例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 261-262.
- [4] 陈晖, 陆喜荣, 陶鸣浩, 等. 功能性消化不良的中西医诊治[J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(6): 845-846.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 263.
- [6] 肖修玲, 祝思思. 疏肝解郁胶囊佐治功能性消化不良伴焦虑抑郁46例[J]. 陕西中医, 2013, 34(7): 815-816.
- [7] 方振雄, 方永奇. 舒肝健胃汤加吗丁啉对功能性消化不良患者胃动素、胃泌素的影响[J]. 中国中医药科技, 2010, 17(4): 287-288.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1545-1549.
- [9] 庞艳青, 玉树敬, 顾洁, 等. 中西医结合治疗慢性胃炎伴功能性消化不良临床观察[J]. 河北中医, 2009, 31(9): 1343-1344.
- [10] 周利, 胡晔, 孙国杰, 等. 辨证针刺改善功能性消化不良患者生活质量的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 12(8): 718-721.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)