

中医辨证论治功能性消化不良临床观察

葛小兰^{1,2}

1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 苏州市吴江区青云中心卫生院, 江苏 苏州 138145

[摘要] 目的: 观察中医辨证论治功能性消化不良的临床疗效。方法: 将 160 例功能性消化不良患者随机分为 2 组。观察组 80 例采用中医辨证论治, 对照组 80 例给予奥美拉唑肠溶胶囊治疗。2 组均治疗 4 周。观察 2 组的临床疗效、症状改善情况以及不良反应。结果: 总有效率观察组 95.00%, 对照组 70.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组反酸、饱胀、上腹不适评分均有降低, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组各项评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组 1.25%, 对照组 12.50%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中医辨证论治功能性消化不良临床疗效好, 改善症状明显, 不良反应少。

[关键词] 功能性消化不良; 辨证论治; 临床效果

[中图分类号] R57 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-00046-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.020

功能性消化不良是临床常见的胃肠道疾病之一, 发病率高, 其病因及发病机制均不明确, 但该病病情反复、迁延不愈的临床特点严重影响患者的生活质量^[1]。目前西药(如奥美拉唑、多潘立酮、莫沙必利等)治疗该病副作用较多^[2]。笔者根据中医辨证论治原则治疗功能性消化不良, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[3]拟定: ①过去 1 年内, 持续上腹正中疼痛 1 月或间断累计 3 月; ②排便后未缓解; ③影像学 and 实验室检查排除器质性病变。

1.2 一般资料 观察病例为 2015 年 3 月—2016 年 3 月于吴江区青云中心卫生院治疗的功能性消化不良患者, 共 160 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 80 例。观察组男 45 例, 女 35 例; 年龄 18~60 岁, 平均(43.31±4.21)岁; 病程 2~56 月, 平均(37.24±19.62)月。对照组男 46 例, 女 34 例; 年龄 18~60 岁, 平均(43.42±4.36)岁; 病程 2~55 月, 平均(36.91±19.52)月。2 组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.3 辨证标准 参照《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[3]中的辨证分型标准。①肝郁气滞型: 主症胃脘胀痛, 胸肋痞满, 次症胸肋窜痛, 暖气呃逆, 不思饮食, 舌质暗红等。②肝郁脾虚型: 主症胃脘胀痛或腹胀, 食少纳呆, 次症神疲乏力, 脉弦, 舌苔白等。③脾虚痰湿型: 主症胃脘痞

满、餐后早饱, 次症食后腹胀、胸脘胀闷、舌苔白腻等。④饮食积滞型: 暴饮暴食, 主症胃部痞满, 次症厌食, 胃胀, 恶心呕吐等。⑤寒热错杂型: 主症胃脘饮冷, 畏寒肢冷, 次症胃中灼热, 口干苦, 心烦燥热, 脉沉细数等。

1.4 纳入标准 ①确诊功能性消化不良者; ②年龄在 18~60 周岁; ③签署知情同意书者。

1.5 排除标准 ①胃部肿瘤; ②胃肠道器质性病变; ③肠易激综合征; ④有治疗禁忌症的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用奥美拉唑肠溶胶囊(悦康药业集团有限公司)治疗, 每次口服 10 mg, 每天 1 次。在此期间停用其他治疗相关药物。

2.2 观察组 给予辨证分型治疗。①肝郁气滞型: 苦杏仁、白芍、枳壳、桔梗、柴胡、厚朴各 10 g, 火麻仁 15 g, 生大黄 6 g, 炙甘草 5 g。②肝郁脾虚型: 丹参 20 g, 白芍、荔枝核各 15 g, 川芎、枳壳各 12 g, 玫瑰花、柴胡、香附、川楝子各 10 g, 甘草、白术各 6 g。③脾虚痰湿型: 麦芽、山药各 30 g, 黄芪 15 g, 党参、鸡内金各 12 g, 白术、枳实各 10 g, 桔梗 6 g, 白芥子 5 g, 炙甘草 3 g。④饮食积滞型: 焦山楂 30 g, 茯苓、半夏、神曲各 10 g, 陈皮、炒麦芽、连翘各 5 g。⑤寒热错杂型: 大枣、炒白术各 15 g, 半夏 10 g, 人参、干姜、黄芩、炙甘草各 6 g, 黄连 3 g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服。各方随症加减。

2 组均治疗 4 周。

[收稿日期] 2016-07-12

[作者简介] 葛小兰 (1984-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医诊治内科疾病。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组的临床疗效、临床症状评分和不良反应。症状评分标准：无症状，0分；有轻度感觉，1分；感觉明显，2分；症状明显，影响日常，3分。

3.2 统计学方法 运用SPSS19.0软件进行统计学分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。治愈：临床症状消失；显效：临床主要症状基本消失；未愈：临床症状无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组95.00%，对照组70.00%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	例(%)			总有效率(%)
		治愈	显效	未愈	
观察组	80	56(70.00)	20(25.00)	2(5.00)	95.00 ^①
对照组	80	44(55.00)	12(15.00)	12(30.00)	70.00

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后临床症状评分比较 见表2。治疗后，2组反酸、饱胀、上腹不适评分均有降低，与治疗前比较，差异均有统计学意义($P < 0.01$)；2组各项评分比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	分					
		反酸		饱胀		上腹不适	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	80	2.3±0.2	0.5±0.1 ^②	2.6±0.5	1.4±0.2 ^②	2.6±0.6	1.1±0.2 ^②
对照组	80	2.3±0.3	0.7±0.2 ^①	2.5±0.5	1.7±0.3 ^①	2.7±0.6	1.4±0.2 ^①

与治疗前比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组不良反应比较 见表3。不良反应发生率观察组1.25%，对照组12.50%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				
		头痛	恶心	皮疹	便秘	发生率(%)
对照组	80	4(5.00)	3(3.75)	2(2.50)	1(1.25)	12.50
观察组	80	0	1(1.25)	0	0	1.25 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

功能性消化不良的临床症状主要包括上腹胀满、上腹部疼痛、反酸等，根据其临床表现，可归属于中医学胃病、痞满等范畴。发病原因主要包括饮食不洁、情绪不畅、脾胃受损及外邪入侵等，其中脾胃虚弱、肝气郁结为本病的病机。该病的中医辨证分型常见肝郁气滞证、寒热错杂证、肝郁脾虚证等，临床实践证明，针对不同证型的患者给予针对性治疗，可取得显著的疗效。许卫华等^[5]将功能性消化不良患者根据其症状划分为脾虚气滞证、湿热壅滞证、肝胃郁热证及肝胃气滞证，分别给予香砂六君子汤合枳术丸加减、泻心汤合香附旋花汤加减、左金丸合化肝煎加减及柴胡疏肝散加减，可在改善患者症状的同时改善其焦虑、抑郁状态。

本研究纳入了肝郁气滞型、肝郁脾虚型、脾虚痰湿型、饮食积滞型、寒热错杂型的患者，结果表明，观察组疗效优于对照组，治疗后2组反酸、饱胀、上腹不适症状均有改善，观察组症状改善优于对照组，不良反应发生率低于对照组。综上所述，中医辨证论治是治疗功能性消化不良较好的方法，改善症状明显，临床疗效好，不良反应少。

[参考文献]

- [1] 吴柏瑶, 张法灿, 梁列新, 等. 功能性消化不良的流行病学[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(1): 85-90.
- [2] Miwa H, Kusano M, Arisawa T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia[J]. Journal of gastroenterology, 2015, 50(2): 125-139.
- [3] 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.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 许卫华, 姚树坤, 李妮娇, 等. 中医辨证论治对功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态影响的研究[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(9): 640-644.

(责任编辑: 吴凌)