

# 运脾颗粒治疗功能性消化不良临床观察

宋瑞平<sup>1</sup>, 马国珍<sup>2,3</sup>, 舒劲<sup>3</sup>

1. 甘肃中医药大学, 甘肃 兰州 730000
2. 中国中医科学院, 北京 100700
3. 甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050

**[摘要]** 目的: 观察运脾颗粒治疗功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法: 将80例肝郁脾虚型FD患者随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组给予运脾颗粒治疗, 对照组给予吗丁啉治疗, 疗程均为4周。治疗后观察2组临床疗效和不良反应发生情况, 以及2组治疗前后症状积分和功能性消化不良生存质量量表(FDDQL)评分的变化。结果: 治疗前, 2组症状总分比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后, 2组症状总分均较治疗前下降( $P<0.01$ ); 治疗组的症状总分低于对照组( $P<0.01$ )。治疗组总有效率为92.5%, 高于对照组72.5%( $P<0.05$ )。治疗前, 2组FDDQL评分比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后, 2组FDDQL评分均较治疗前升高( $P<0.01$ ); 治疗组的FDDQL评分高于对照组( $P<0.05$ )。结论: 运脾颗粒治疗肝郁脾虚型FD临床疗效肯定, 能有效改善患者的症状和提高生活质量, 且安全性高。

**[关键词]** 功能性消化不良(FD); 肝郁脾虚型; 运脾颗粒; 生存质量

**[中图分类号]** R574.4

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0048-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.021

功能性消化不良(FD)是一种非器质性疾病, 临床表现为上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀不适、早饱感, 可同时存在上述症状, 伴或不伴有嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等。随着生活压力的加重、人们饮食习惯的改变, FD的发病率也逐年上升。中医采用辨证与辨病相结合的方法, 在FD的治疗中有其独特优势。为观察运脾颗粒治疗肝郁脾虚型FD的临床疗效, 笔者选取80例肝郁脾虚型FD患者为研究对象, 进行随机对照研究, 研究结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取甘肃省中医院2014年7月—2015年9月收治的80例肝郁脾虚型FD患者为研究对象, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各40例。对照组男21例, 女19例; 年龄18~65岁, 平均(35.42±3.45)岁; 病程0.5~5年, 平均(2.18±1.16)年。治疗组男17例, 女23例; 年龄18~65岁, 平均(32.58±4.62)岁; 病程0.5~5年, 平均(2.35±1.73)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)》<sup>[1]</sup>中FD的诊断标准进行诊断。

**1.3 辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>及《消化不良中医诊疗共识意见(2009)》<sup>[3]</sup>中消化不良肝郁脾虚证的辨证标准进行辨证。主症: 胃脘痞闷或胀痛, 食少纳呆, 便溏不爽; 次症: 情志抑郁或烦躁易怒, 失眠多梦, 嗝气呃逆, 疲乏无力, 舌淡、苔白或腻, 脉细弦。具备上述主症3项, 或主症2项加次症2项, 即可确诊。

**1.4 纳入标准** 符合以上诊断标准和辨证标准; 年龄18~65岁, 男女不限; 参加本研究1月前未使用过任何促胃肠动力药; 自愿参与, 并签署知情同意书; 依从性良好。

**1.5 排除标准** 合并消化性溃疡等器质性疾病; 精神疾病患者; 患恶性肿瘤或其他严重消耗性疾病者; 合并感染及出血者; 合并心血管、肝、肾、消化、造血系统等严重原发性疾病者; 孕妇及哺乳期妇女。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予西药治疗。吗丁啉(西安杨森制药有限公司, 规格: 每片10mg), 每天3次, 每次1片。共治疗4周。

**2.2 治疗组** 给予甘肃省中医院院内制剂运脾颗粒治疗。药物组成: 党参、白术、茯苓、佛手、清半夏、枳壳、炒麦芽、石菖蒲、仙鹤草等。每天2次, 每次1袋, 开水冲溶后温服,

**[收稿日期]** 2016-07-06

**[基金项目]** 甘肃省中医药管理局科研课题(GZK-2014-63)

**[作者简介]** 宋瑞平(1989-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医药防治消化系统疾病。

**[通讯作者]** 马国珍, E-mail: 1305565852@qq.com。

共治疗4周。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组治疗前后的症状积分,参照《功能性消化不良的中西医结合诊疗方案(草案)》<sup>[4]</sup>中的症状积分评定标准。所有症状(餐后腹胀、早饱、嗝气、胃纳减少、精神疲乏、四肢无力、恶心呕吐、烦躁易怒、失眠多梦、大便稀薄)均分为无、轻、中、重度4级。无症状,记0分;轻度症状,未影响日常生活、工作,记3分;中度症状,已影响正常生活、工作,但仍可承受,记5分;重度症状,日常生活工作严重受限,难以忍受,记7分。疗效指数=(治疗前症状总分-治疗后症状总分)/治疗前症状总分×100%。②观察2组治疗前后的功能性消化不良生存质量量表(FDDQL)评分的变化。对患者的日常活动、忧虑、饮食、睡眠、健康感觉、压力等8个领域进行评估,评分越高表示生活质量越高<sup>[5]</sup>。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)》<sup>[4]</sup>拟定。临床治愈:症状、体征基本消失,或疗效指数 $\geq 95\%$ ,保持2月以上,不再复发;②显效:症状、体征明显减轻,或 $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;③有效:症状、体征有所减轻,或 $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;④无效:症状、体征均无好转,疗效指数 $< 30\%$ 。

4.2 2组治疗前后症状总分比较 见表1。治疗前,2组症状总分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组症状总分均较治疗前下降( $P < 0.01$ );治疗组的症状总分低于对照组( $P < 0.01$ )。

表1 2组治疗前后症状总分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	40	43.51±13.17	13.36±10.32	9.462	0.000
治疗组	40	46.45±11.34	3.38±1.79	30.127	0.000
t值		0.360	7.063		
P值		0.941	0.000		

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗组总有效率为92.5%,高于对照组的72.5%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	4	11	14	11	72.5
治疗组	40	9	15	13	3	92.5
$\chi^2$ 值						5.541
P值						0.019

4.4 2组治疗前后FDDQL评分比较 见表3。治疗前,2组

FDDQL评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组FDDQL评分均较治疗前升高( $P < 0.01$ );治疗组的FDDQL评分高于对照组( $P < 0.05$ )。

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

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	40	65.73±9.28	83.16±14.32	7.912	0.000
治疗组	40	67.58±10.29	91.46±13.27	6.844	0.000
t值		0.473	2.480		
P值		0.632	0.020		

4.5 2组不良反应发生情况比较 治疗期间,2组均未见明显不良反应情况发生。

### 5 讨论

现代医学认为,胃肠道动力障碍是FD发病机制中主要一环,胃动力包括胃的蠕动和排空,而胃排空的延迟被认为是其中最重要的生理病理基础,治疗主要围绕改善胃动力、抑酸、根除幽门螺杆菌(Hp)等方面进行,但效果有限。中医学认为,FD的发病与情志密切相关,可因情志不畅致肝气郁结,肝失疏泄则气机不利,进而影响脾胃运化,升降失常,而出现早饱、腹胀、嗝气等,发为肝郁脾虚型FD。

运脾颗粒组方由全国名老中医王自立教授所创。王教授认为FD主要是因为脾虚失运,在总结前人经验的基础上,结合自己多年的临床实践,针对脾虚失运为主导的一系列病理表现,提出“脾以运为健,以运为补”理论。临证当“健脾先运脾,运脾必调气”。其基本药物组成:党参、白术、茯苓、仙鹤草、枳壳、清半夏、佛手、石菖蒲、炒麦芽等。方中党参益气健脾;白术燥湿实脾,缓脾生津;茯苓健脾渗湿;仙鹤草补虚强壮,健脾补虚,以上四药合用有四君子汤之义;枳壳善行气宽中,理气消胀;佛手既能畅中焦气滞,又可疏肝气以防木郁克土,而无耗气伤津之弊;与枳壳联用突出运脾调气之力;石菖蒲芳香醒脾,化湿和胃;炒麦芽健脾化湿和中,宽肠下气通便,亦能疏肝理气。诸药合用,体现调气以健运,补气以助运,使痰湿无由以生,脾运复健,升降如常,则诸病自除<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,运用运脾颗粒治疗肝郁脾虚型FD,临床疗效显著,可有效改善患者的症状和生活质量,且安全性高,值得临床借鉴。

### [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 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: 364.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见(2009)[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 533-

- 537.
- [4] 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治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(6): 559- 561.
- [5] 项忆瑾, 林江. 消化不良症状量表和生活质量量表评价 [J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 180- 183.
- [6] 王煜. 王自立主任医师学术思想撷萃[J]. 西部中医药, 2014, 27(2): 47- 50.
- (责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

## 复方嗜酸乳杆菌片联合柴芍六君子汤对肝硬化失代偿期患者肠黏膜屏障功能的保护作用

王健

长兴县人民医院, 浙江 长兴 313100

**[摘要]** 目的: 观察复方嗜酸乳杆菌片联合柴芍六君子汤对肝硬化失代偿期患者肠黏膜屏障功能的保护作用。方法: 选取 74 例肝硬化失代偿期肝郁脾虚证患者, 随机分为观察组和对照组各 37 例。2 组均予以保肝利尿、降血氨、降低门脉压和营养支持等常规治疗。观察组加服复方嗜酸乳杆菌片联合柴芍六君子汤治疗, 对照组予以复方嗜酸乳杆菌片治疗。2 组疗程均为 4 周。观察 2 组治疗前后肝功能指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST) 和总胆红素 (TBil)] 与判断肠黏膜屏障功能指标 [血清内毒素 (ET)、二胺氧化酶 (DAO) 和 D-乳酸 (D-Lac)] 的变化。结果: 治疗 4 周后, 2 组血清 ALT、AST、TBil、ET、DAO 和 D-Lac 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ), 观察组各指标值均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 加用复方嗜酸乳杆菌片联合柴芍六君子汤辅助治疗肝硬化失代偿期肝郁脾虚证患者能减轻内毒素血症, 维持肠黏膜完整性, 保护与修复肠黏膜屏障功能, 从而保护肝功能, 促进肝功能好转。

**[关键词]** 肝硬化失代偿期; 肝郁脾虚证; 中西医结合疗法; 复方嗜酸乳杆菌片; 柴芍六君子汤; 肠黏膜屏障功能

**[中图分类号]** R657.3<sup>+1</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2016) 12- 0050- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.022

肝硬化失代偿期是肝硬化的晚期阶段, 常伴有自发性腹膜炎、肝性脑病、肠道菌群移位和内毒素血症等各种并发症, 治疗颇棘手<sup>[1]</sup>。近年来研究证实, 肠黏膜通透性上升及屏障功能障碍是形成这些并发症的主要原因<sup>[2]</sup>。单纯西药治疗肝硬化失代偿期疗效欠理想, 中西医结合治疗具有独到之处<sup>[3]</sup>, 但是否具有保护及修复肠黏膜屏障功能目前鲜有报道。本研究观察了复方嗜酸乳杆菌片联合柴芍六君子汤辅助治疗肝硬化失代偿期对患者肝功能及血清内毒素(ET)、二胺氧化酶(DAO)和 D- 乳酸(D- Lac)水平的影响及疗效, 报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2010 年 7 月—2014 年 7 月在本院消化科治疗的乙型肝炎后肝硬化失代偿期患者, 共 74 例。根据随

机数字表法分为观察组和对照组各 37 例。观察组男 20 例, 女 17 例; 平均年龄(70.9± 7.4)岁; Child- Pugh 分级: A 级 15 例, B 级 20 例, C 级 2 例。对照组男 22 例, 女 15 例; 平均年龄(69.3± 7.5)岁; Child- Pugh 分级: A 级 16 例, B 级 17 例, C 级 4 例。2 组性别、年龄和 Child- Pugh 分级等基线资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《病毒性肝炎防治方案》<sup>[4]</sup>中肝硬化失代偿期诊断标准。

**1.3 辨证标准** 肝郁脾虚证, 症见: 胁胀作痛, 腹胀食少, 情绪抑郁, 便溏不爽, 或腹痛欲便、泻后痛减, 舌苔微黄或舌质淡、舌体稍胖或有齿痕, 脉弦缓。

**1.4 纳入标准** 符合诊断标准和辨证标准; 年龄 18~80 岁;

**[收稿日期]** 2016-07-18

**[作者简介]** 王健 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合消化内科临床工作。