

疏肝健脾法治疗动力障碍型功能性消化不良 40 例

★ 胡珂¹ 符小聪² 吴红苗³ (1. 江西中医学院附属医院消化内科 南昌 330006; 2. 广州中医药大学 2005 级博士研究生 广州 510006; 3. 江西中医学院 2005 级硕士研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察疏肝健脾法治疗动力障碍型功能性消化不良(D-FD)的临床疗效。方法:采用单盲随机的方法将 60 例患者分为两组,治疗组(40 例)采用疏肝健脾法治疗,对照组(20 例)采用吗丁啉治疗,两组均治疗 4 周后观察治疗前后症状改善情况及总体疗效。结果:治疗组总有效率达 92.5%,总体疗效与西药一致,临床痊愈率 85%,明显高于对照组(60%);在改善上腹饱胀、轻微疼痛、食少、嗝气、神疲乏力等症明显优于对照组。结论:采用疏肝健脾法治疗 D-FD(肝郁脾虚型)患者有较好疗效。

关键词:疏肝健脾法;动力障碍型功能性消化不良;临床观察

中图分类号:R 256.3 **文献标识码:**A

功能性消化不良(FD)是一种胃肠功能性紊乱疾病,其临床表现复杂,主要为上腹部不适、疼痛、饱胀伴餐后加重、早饱、食欲不振等消化不良症状,缺乏形态学和生化学异常的依据。其病因及发病机制至今未明,由于客观检查无器质性病变及精神、心理因素所带来的复杂的生物学效应影响,以至治疗上目前尚无突破性进展。据 FD 的症状不同将其分为三个亚型^[1]:以上腹痛为主的溃疡型,以其它上腹部不适为主的动力障碍型(D-FD)及无法确定上述哪类症状为主的非特异型。FD 属于中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴。本研究观察了疏肝健脾法对 D-FD 的临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 所选病例 60 例,其中男性 26 例,女性 44 例,平均年龄(40.30±11.71)岁,病程为(3.09±0.25)年。均来自江西省中医院消化内科门诊及住院病人。凡符合诊断标准的合格受试者,采用单盲随机法分为治疗组(中药)40 例,对照组(吗丁啉)20 例。

1.2 诊断标准 入选病例先参照 1998 年 6 月罗马国际胃肠病学学会制定的 Rome II 标准及全国中医内科学会专业委员会主编《中医胃肠病学》制定:在过去 12 月内至少 12 周有下述症状:(1)持续或间断性上腹正中疼痛或不适;(2)上腹痛和上腹不适,未能在排便后缓解,或与大便次数或性状的改变无关(即不是 IBS);(3)经过临床、实验室、影像学(内镜、B 超等)检查排除器质性病变(如消化性溃疡、慢性胆囊炎、胆结石、慢性胰腺炎及消化系统肿瘤等);(4)排除糖尿病、精神病、系统性硬皮病等系统性疾病;(5)无腹部手术史;(6)胃排空功能检查显示排空延迟者。

中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》之痞满证及其分型肝郁脾虚证标准:(1)自觉胃部饱胀、胀满或胀痛不适;(2)反复发作在 4 周以上。肝郁脾虚证主症:胃脘胀满或胀痛,食少纳呆,神疲乏力,便溏不爽。次症:情绪抑郁或急躁易怒,两胁撑胀,善太息,肠鸣矢气,舌苔白或腻,脉弦或细。具备主症 3 项(胃脘胀满或胀痛)必备,或主症 2 项(胃脘胀满或胀痛)必备,次症 2 项,即可诊断。

2 治疗方法

治疗组予疏肝健脾方加减,基本方由柴胡 10 g、香附 12 g、白芍 20 g、枳壳 15 g、党参 10 g、白术 10 g、法半夏 10 g、木香 10 g、鸡内金 10 g、炙甘草 3 g 等 10 味中药组成,腹胀明显加槟榔 10 g;兼肝胃郁热、嘈杂、反酸者加黄连 6 g、吴茱萸 1 g;夹湿阻加厚朴 10 g、砂仁 6 g(后下);夹痰湿加陈皮 10 g;嗝气明显加旋覆花 15 g(包煎)、代赭石 30 g(先煎);食滞甚加麦芽 30 g;大便不通加杏仁 15 g、郁李仁 15 g,枳壳改为 30 g。水煎服,日 1 剂,150 ml/次,2 次/日;疗程 4 周。对照组予吗丁啉 10 mg,日 3 次,饭前 30 min 服用。疗程 4 周,治疗过程中不予任何其他药物,并嘱病人忌食辛辣刺激之品,戒烟酒,调畅情志。

3 结果

3.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。

3.2 治疗结果 见表 1、表 2。

表 1 各组中医证候总疗效比较 例

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	34	2	1	3	92.5
对照组	20	12	4	2	2	90

注:经统计学处理,中医证候总疗效用 Ridit 分析, $P>0.05$,差异无显著性,但治疗组与对照组临床痊愈率用 χ^2 检验, $\chi^2=4.648$, $P<0.05$,说明治疗组优于对照组。

表 2 治疗组与对照组病例治疗前后主要症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

	症状	上腹胀	上腹轻微疼痛	食少	噎气	神疲乏力	恶心呕吐	烧心感	泛酸
治疗组	治疗前	2.92±0.30	2.05±0.67	2.70±0.56	2.85±0.37	2.50±0.58	2.25±0.75	2.50±0.11	2.04±0.54
	治疗后	0.51±0.50▲	0.40±0.34▲	0.39±0.35▲	0.48±0.32▲	0.43±0.32▲	0.38±0.11△	0.43±0.31△	0.38±0.16△
对照组	治疗前	2.95±0.24	2.10±0.64	2.65±0.59	2.70±0.60	2.45±0.53	2.29±0.45	2.05±0.85	2.30±0.25
	治疗后	0.55±0.50△	1.40±0.75★	1.45±0.64★	2.51±0.43★	1.45±0.52★	0.40±0.10▲	0.55±0.13△	1.80±0.22★

注:经统计学处理,治疗前后配对资料用 t 检验。 $\Delta P < 0.05$,有显著性差异, $\Delta P < 0.01$,有非常显著性差异, $\star P > 0.05$,差异无显著性。

表 2 说明治疗组对改善恶心呕吐、烧心感、泛酸等症状效果明显;对改善上腹饱胀、轻微疼痛、食少、暖气、神疲乏力等症状有非常显著效果。对照组对改善上腹胀、暖气、烧心感等症状效果明显;对改善恶心呕吐等症状有非常显著效果;而对上腹轻微疼痛、食少、暖气、神疲乏力、泛酸等症状改善较慢。

4 讨论

D-FD 属中医“痞满”、“胃脘痛”等范畴。痞满是由外邪内陷,饮食不化,情志失调,脾胃虚弱等导致中焦气机不利,或虚气留滞,升降失常而成的胸腹间痞闷满胀不舒的一种自觉症状,本病病位在胃,与肝、脾等脏腑有密切关系。临床上,患者多为脾虚证候表现,如:乏力,纳少,厌食,食后不适,大便不调,舌质淡或胖,边有齿印,脉沉细,重按无力。而辨治时,无论 FD 患者表现为单纯的脾气虚弱证,还是脾虚兼夹气滞、气逆、痰湿、血瘀等证候,采用健脾补虚或补脾与行气降逆、祛痰、化湿、活血等诸法并用,都是行之有效的。随着现代生活节奏加快,工作和生活压力加大等因素,易使人处于紧张、焦虑、抑郁之中。国内外学者认为 FD 顽固不愈的主要原因是心理社会因素参与发病致病的结果。临床上患者除了脾虚证表现外,多有胃脘胀闷疼痛或胀痛连及两胁,疼痛与情志有关,早饱,暖气时作,嘈杂吞酸,脉弦等肝郁证候。唐容川在《血证论》中指出:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免”。我们采用柴胡、白芍疏肝解郁,行气消胀止痛也取得良好疗效。多种因素损伤脾胃,脾胃虚弱;或肝郁气滞,横逆犯土,终致脾虚肝郁。总之,我们认为,脾胃虚弱是 D-FD 发病的根本因素和基础,而肝郁是致病的条件,肝郁脾虚是其发病的重要病理环节。

疏肝健脾法以疏肝健脾药物为主,配以理气和胃之剂为辅,乃由四逆散合四君子汤加味而成。柴胡入肝、胆经,疏肝解郁为君药。白芍味酸,性微寒,敛阴养血柔肝为臣,又能缓急止痛,《汤液本草》中云:“腹中虚痛,脾经也,非芍药不能除”;与柴胡合用,以敛阴和阳,条达肝气,且可制柴胡升散而伤阴血之弊。改枳实为枳壳,作用较缓和,长于行气宽中

除胀,与柴胡为伍,一升一降,加强疏畅气机之功,并奏升清降浊之效;与白芍相配,又能理气和血。香附归肝、脾两经,为疏肝解郁、行气止痛之要药。木香亦为行气止痛之要药,《本草纲目》云:“木香乃三焦气分之药,能升降诸气”。鸡内金疏理中焦以醒脾,健脾消食以化积。党参补中益气;白术补气健脾,《本草汇言》中云:“白术,乃扶植脾胃……消食除痞之要药。”甘草健脾益气助运;以上三药相伍共奏健脾益气之功。半夏燥湿和胃,降逆止呕,滑利而降,辛开散结,化痰消痞。同时甘草调和诸药,益脾和中。诸药共奏疏肝解郁、健脾益气之效。李氏^[3]等曾观察四逆散对于小白鼠胃肠动力的影响,认为柴胡、枳实有促进胃排空作用,而甘草等药相反有抑制胃排空作用。笔者常用至 15~30 g,有很好的消胀除痞功能;加入大量白芍,不但不会减弱其促胃肠动力作用,反因前者缓解平滑肌痉挛,与枳壳作用相反相成,达到调整胃肠平滑肌功能的目的。现代药理研究证实:疏肝解郁药能调节植物神经功能,解除抑郁状态^[4]。卜氏等^[5]对疏肝健脾类中药研究发现,该组药物对植物神经功能紊乱有双向调节作用,在促进胃排空、抑制胆汁反流方面具有明显优势。柴胡具有明显的保肝、利胆及调节胃肠道紊乱的作用。枳壳对胃肠平滑肌的作用有双向调节性,既有兴奋胃肠作用又有降低平滑肌张力和解痉作用,从而达到促进胃肠蠕动,增加排空能力的作用。白芍具有兴奋和抑制胃肠运动的双向调节作用,可抑制非推进性痉挛性收缩以减少阻力,从而促进胃肠运动。党参、白术既能调节胃泌素的分泌功能,调节胃蛋白酶的活力水平,又能提高细胞免疫功能,双向调节胃肠运动。

参考文献

- [1]王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:458-460.
- [2]中华人民共和国卫生部主编.中药新药临床指导原则[S].1993.
- [3]李岩等.芍药甘草汤四逆散对胃排空及小肠推进功能影响的拆方研究[J].中华消化杂志,1996,16(1):18
- [4]唐家槐,许金宏.解郁复胃散治疗 FD54 例疗效观察[J].中国中西医结合脾胃杂志,1997,5(2):110.
- [5]卜平,李登奎,朱海杭,等.疏肝健脾法治疗肝郁脾虚型功能性消化不良疗效观察[J].中国中西医结合脾胃杂志,1996,4(3):136.

(收稿日期:2007-07-16)