

加味柴胡疏肝散治疗功能性消化不良(肝郁气滞证) 临床疗效观察

鲁小艳, 喻斌*

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙 410007)

[摘要] **目的** 探讨加味柴胡疏肝散治疗功能性消化不良(肝郁气滞证)的临床疗效及其对胃电图的影响。**方法** 选择符合纳入标准的功能性消化不良肝郁气滞证患者 120 例, 随机分为观察组和对照组各 60 例, 观察组服用加味柴胡疏肝散, 对照组口服泮托拉唑肠溶胶囊及多潘立酮片剂, 观察比较两组治疗后的临床疗效、中医证候积分变化及胃电频率与幅值的变化情况。**结果** 观察组总有效率 91.67%, 对照组总有效率 78.33%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后较治疗前中医证候积分均有所降低, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后空腹及餐后的胃电频率及幅值均较治疗前明显提高, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 加味柴胡疏肝散治疗功能性消化不良肝郁气滞证患者疗效确切, 能明显改善中医证候, 提高胃电频率和幅值, 增加胃动力, 安全无副作用, 值得临床推广。

[关键词] 功能性消化不良; 肝郁气滞证; 加味柴胡疏肝散; 中医药治疗; 胃电幅值; 胃电频率

[中图分类号]R256.3 **[文献标识码]**B **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.04.016

Clinical Curative Effect of the Modified Chaihu Shugan Powder on Functional Dyspepsia (Liver Depression and Qi stagnation Syndrome)

LU Xiaoyan, YU Bin*

(The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical curative effect of the modified Chaihu Shugan powder on functional dyspepsia (FD) (liver depression and Qi stagnation syndrome) and the influence on electrogastrogram (EGG). **Methods** 120 cases of patients that meet the standards of functional dyspepsia (liver depression and Qi stagnation syndrome) were selected and randomly divided into observation group and control group, 60 cases in each group. The observation group was treated with modified Chaihu Shugan powder, the control group on the basis of general treatment was given with pantoprazole enteric capsules and domperidone tablets orally. The clinical efficacy, the change of TCM syndrome integral and the variation of EGG of the two groups after treatment were observed. **Results** The total effectiveness of observation group was 91.67%, control group was 78.33%, the differences between two groups were statistically significant ($P < 0.05$). The change of TCM syndrome integral of two groups were obviously improved, the control group was superior to observation group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the fasting and postprandial gastric electrical frequency and amplitude in two groups were obviously improved, the control group was superior to observation group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The modified Chaihu Shugan powder shows remarkable curative effect on treating functional dyspepsia liver depression and Qi stagnation syndrome patients. It can improve gastric electrical frequency and amplitude, boost the gastric dynamics, is worthy of clinical popularization and application.

[Keywords] functional dyspepsia; liver depression and Qi stagnation syndrome; modified Chaihu Shugan powder; traditional Chinese medicine treatment; gastric electrical amplitude; gastric electrical frequency

[收稿日期]2016-02-20

[作者简介] 鲁小艳, 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医消化内科疾病的诊治。

[通讯作者]* 喻斌, 男, 教授, 硕士研究生导师, E-mail:yubin410@163.com。

功能性消化不良是临床上最常见的一种功能性胃肠病,以上腹部疼痛、烧灼感、餐后饱胀或早饱为主要症状,也可伴有腹胀、嗝气、反酸、恶心、呕吐等,并排除全身代谢性和器质性疾病。临床病程长,症状反复发作,不易治愈,严重影响患者生活质量。功能性消化不良的中医分型有多种,其中肝郁气滞型比例最高^[1],柴胡疏肝散出自《景岳全书·古方八阵·散阵》,清·叶天士曰:“不损胃,不破气,不滋腻”,是治疗肝郁气滞证的经典古方,笔者在原方基础上加味,进一步研究该方对治疗功能性消化不良肝郁气滞证的疗效,并观察其对胃电幅值及频率方面的影响,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2014年12月至2015年10月在湖南中医药大学第一附属医院门诊就诊的功能性消化不良肝郁气滞证患者120例,随机分为观察组和对照组各60例。观察组男28例,女32例;年龄最大62岁,最小18岁,平均(55.3±3.2)岁;病程最短为8个月,最长为23个月,平均病程为(12.5±3.4)月;对照组男27例,女33例;年龄最大64岁,最小20岁,平均(56.5±4.8)岁;病程最短为9个月,最长为22个月,平均病程为(12.4±3.4)月。两组患者年龄、性别、病程等方面经均衡性检验差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 符合功能性消化不良罗马Ⅲ诊断标准^[2],必须包括以下1项或多项:(1)餐后饱胀不适;(2)早饱感;(3)上腹痛;(4)上腹烧灼感,并且没有可解释上述症状器质性疾病的证据。诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上标准。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见》中相关标准^[3],功能性消化不良肝郁气滞证:(1)主症:脘胁胀痛,痛无定处;脘闷嗝气;急躁易怒。(2)次症:口苦;精神抑郁,喜长叹息;咽部异物感;烧心或泛酸;腹胀纳呆或呕吐。(3)舌脉象:舌淡红或舌尖红,苔薄黄,脉弦。证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,结合舌脉象即可确定。

1.2.3 纳入标准 (1)年龄18~65岁;(2)符合功能

性消化不良西医诊断标准;(3)符合功能性消化不良肝郁气滞证中医证候诊断标准;(4)知情同意并签署知情同意书。

1.2.4 排除标准 (1)辨证不明确或有过多兼挟证或合并证;(2)合并消化性溃疡等胃肠道器质性疾病、胃黏膜有重度异型增生,或病理诊断疑有恶变者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)有明显心、肺、肝、肾功能异常;(5)有结缔组织病、糖尿病、精神病史;(6)有腹部手术史;(7)未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 两组患者均给予心理疏导,树立信心,养成良好生活习惯,少食多餐,忌辛辣刺激食物,戒烟酒等。

1.3.2 观察组 在一般治疗基础上服用加味柴胡疏肝散:柴胡10g,陈皮10g,川芎10g,香附10g,枳壳10g,白芍15g,木香10g,乌药10g,槟榔10g,麦芽15g,九香虫10g,合欢皮15g,炙甘草5g。每日1剂,由湖南中医药大学第一附属医院煎药房煎制成150mL/包,每次服用1包,每日2次,饭后30min服。

1.3.3 对照组 在一般治疗基础上服用多潘立酮片剂(10mg/片,西安杨森制药股份有限公司,产品批号5T1132)10mg,3次/d,餐前服;泮托拉唑肠溶胶囊(40mg/粒,杭州中美华东制药有限公司,产品批号150510)40mg,1次/d,早餐前服。

两组疗程均为4周。

1.3.4 两组病例体表胃电图检测 使用EGEG-8D型八导智能胃肠电图仪(合肥凯利光电科技有限公司生产)对患者进行检测。检查当日要求空腹,避免重体力劳动及精神紧张,排除咳嗽、深呼吸、说话等影响因素;记录电极分别放于胃窦、胃体、小弯及大弯在腹壁投影部位,先描述空腹胃电图;然后嘱患者口服火腿50g,面包50g,水400mL,再记录餐后胃电图;然后分别由智能系统计算各导联胃电图的频率和幅值,取其平均值,分别计算餐前、餐后的频率和幅值。

1.4 评价标准

1.4.1 中医证候积分标准 分别对前述主、次症根据其严重程度按照无、轻度、中度、重度进行评分。主症各级评分为0、2、4、6分;次症各级评分为0

分,1、2、3分。将各症状积分相加之和作为中医证候的总积分。

1.4.2 中医证候疗效评定标准 按《中药新药临床研究指导原则》^[4] 疗效判定标准进行疗效判定,具体如下:(1)临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;(2)显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;(3)有效:症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;(4)无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。注:计算公式(尼莫地平法)为:[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$,临床痊愈、显效及有效病例数计算总有效率。

1.4.3 胃电图评判标准 参照中华医学会全国胃电图学术会议^[5],胃电频率正常值:餐前:(3.0 ± 0.6)cpm;餐后:(3.0 ± 0.6)cpm;胃电幅值正常值:餐前:150~250 μV ;餐后:150~350 μV 。

1.5 统计学处理

所有数据均应用SPSS17.0统计软件分析,等级资料采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组综合疗效比较

经过治疗,观察组总有效率91.7%,对照组总有效率78.3%,两组比较,观察组总有效率明显高于对照组,差异有显著统计学意义($P<0.01$)。见表1。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	60	10	28	17	5	91.67**
对照组	60	6	18	23	13	78.33

注:与对照组相比,** $P<0.01$ 。

2.2 两组中医证候总积分比较

两组治疗前证候总积分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;两组治疗后较治疗前中医证候积分均有所降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组在改善中医证候总积分上优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

组别	n	治疗前	治疗后	差值
观察组	60	17.43 \pm 3.25	7.24 \pm 2.19 Δ *	10.70 \pm 2.98*
对照组	60	17.95 \pm 3.67	9.46 \pm 3.39 Δ	7.98 \pm 2.15

注:与治疗前本组比较, $\Delta P<0.05$;与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后胃电频率及幅值比较

治疗前,观察组与对照组的平均胃电频率,平均胃电幅值比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;两组在治疗后较治疗前空腹及餐后胃电频率均有所提高,观察组效果优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组在治疗后较治疗前空腹及餐后平均胃电幅值均有所提高,观察组效果明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

组别	n	时间	频率(cpm)		幅值(μV)	
			餐前	餐后	餐前	餐后
观察组	60	治疗前	2.73 \pm 0.03	2.96 \pm 0.11	101.20 \pm 21.38	194.72 \pm 35.08
		治疗后	3.32 \pm 0.05*#	3.83 \pm 0.03*#	150.35 \pm 19.97*#	228.85 \pm 20.08*#
对照组	60	治疗前	2.81 \pm 0.10	2.95 \pm 0.16	105.32 \pm 27.80	203.53 \pm 19.66
		治疗后	3.20 \pm 0.09*	3.27 \pm 0.04*	140.23 \pm 31.20*	217.53 \pm 16.50*

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

2.4 安全性分析

治疗前后两组,共120例病人,均完善了血常规、尿常规、粪便常规、体温、呼吸、心率、血压等生命体征、心电图、肝功能、肾功能监测,治疗前后各项指标均在正常范围之内;各组在治疗过程中均未出现明显不良反应及毒副作用,患者依从性较佳。

3 讨论

功能性消化不良是临床常见的功能性胃肠疾病,发病机制至今尚未完全明确,胃肠道是机体内惟一由中枢神经、肠神经、自主神经系统共同支配的器官,既有感觉功能,也有运动功能,被称为“情绪的反应器”^[6],因此精神心理因素在胃肠动力紊乱发病中

的作用越来越受重视。而西医治疗多为对症处理,临床疗效不尽人意,且停药后易复发。而中医药在此领域的治疗运用有其自身特色与优势常可取得较好的临床疗效。

中医学没有“功能性消化不良”的病名,2009年中华中医药学会脾胃病分会制定的《消化不良中医诊疗共识意见》指出功能性消化不良属中医学“痞满”、“积滞”、“胃脘痛”范畴^[7-9]。功能性消化不良的中医分型有多种,文献显示肝郁气滞证比例最高^[1]。《血证论·脏腑病机论》说:“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,渗泄中满之征,在所不免。”肝的疏泄功能正常,则全身气机疏通畅达,脾胃功能才能正常,若木不疏土,则脾胃升降失调,气机壅滞,引发本病。《内经》亦云:“百病皆生于气。”说明肝主疏泄,影响人体气机,脏腑病中多兼有肝郁者,或郁久而生病,或病久而生郁。因此在治疗中尤为强调“见病先治肝,疏和为之先。”喻斌导师依据多年的临床实践经验认为:本病的主要病因是情志失调、饮食不节,病机是肝失疏泄、横逆犯胃,以致气机升降失常。随着现代生活节奏的加快,生活压力增大,导致本病患者日益增多,症状突出。

导师根据临床经验,在柴胡疏肝散原方基础上加以木香、乌药、槟榔、合欢皮、九香虫、麦芽。方中柴胡、合欢皮为君,调肝气,散郁结。臣以香附专入肝经,既疏肝解郁,又理气止痛;木香辛温,行气止痛,健脾导滞;槟榔辛温,消积下气;川芎辛散,开郁行气,活血止痛,助柴胡疏肝理气止痛。佐以陈皮理气行滞和胃,醋炒以增入肝行气之功;枳壳理气宽中,行气消胀,与陈皮相伍以理气行滞调中;乌药、九香虫以增强行气止痛之功;白芍、甘草养血柔肝,缓急止痛;麦芽行气消食,健脾开胃;炙甘草又调和诸药,兼作使药。诸药合用,能理肝气、养肝血,和胃气。全方升降相因,理气开郁;使肝气条达,血脉调通,脾胃得健,肝脾调和,升降之枢得复,促使胃肠动力恢

复到正常状态。

胃电图是无创性检查,通过上腹部胃的体表投影位置记录胃电活动^[10]。胃电的变化反应胃动力情况,胃电图记录的胃电参数,反映的是机体胃的运动状态;餐后胃电频率及幅值的高低则反映了胃的排空功能。研究结果提示,加味柴胡疏肝散能提高胃电频率及幅值,与治疗前及对照组比较,餐后均有显著性差异。说明加味柴胡疏肝散能提高胃电频率及幅值,增加胃动力、促进胃排空。

本研究结果表明,加味柴胡疏肝散治疗功能性消化不良肝郁气滞证患者在临床疗效、改善中医证候、增加胃动力及促进胃排空等方面均优于西药对照组,且在临床观察中未发现不良反应及毒副作用,是一种安全有效的治疗方法。

参考文献:

- [1] 刘松林,梅国强,赵映前,等.功能性消化不良的中医临床辨证规律研究[J].中国医药学报,2004,19(8):499-500.
- [2] 柯美云,方秀才.《罗马Ⅲ:功能性胃肠病》解读[M].北京:科学出版社,2012:126-127.
- [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[J].中国中西医结合消化杂志,2011,31(11):1 545-1 549.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:139-143.
- [5] 柯美云,周 吕.胃电图检查及评判标准(试行)[A].中华医学会2001年全国胃电图和胃肠动力研讨会论文摘要集[C].厦门:中华医学会,2001:1.
- [6] 张莉华,方步武.脑肠轴及其在胃肠疾病发病机制中的作用[J].中国中西医结合外科杂志,2007,13(2):199-201.
- [7] 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].中国中西医结合消化杂志,2010,30(5):533-537.
- [8] 李永静,郭 璇,王小娟,等.舒胃汤治疗功能性消化不良肝胃不和型临床研究[J].湖南中医药大学学报,2013,33(7):65-68.
- [9] 崔日萍,沈 洪.功能性消化不良的中医治疗研究进展[J].长春中医药大学学报,2011,27(6):1 064-1 066.
- [10] 张开光.胃电图及其在胃动力研究中的应用[J].国外医学·消化系疾病分册,1995,15(2):67-69.

(本文编辑 匡静之)