

# 加减藿朴夏苓汤配合胃动力仪治疗功能性消化不良 脾胃湿热证疗效观察

肖晓桥, 喻斌\*

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙 410007)

**[摘要]** **目的** 观察加减藿朴夏苓汤配合胃动力仪治疗功能性消化不良脾胃湿热证患者的临床疗效及安全性。**方法** 将71例功能性消化不良脾胃湿热证患者按照随机数字表法分为综合治疗组(简称综合组)31例、中药治疗组(简称中药组)及西药治疗组(简称西药组)各20例。综合组予加减藿朴夏苓汤口服,配合胃动力仪治疗;中药组予加减藿朴夏苓汤口服;西药组予盐酸伊托必利片、泮托拉唑钠肠溶胶囊口服,3组疗程均为2周。治疗结束后对疾病疗效、中医证候积分变化、VAS评分及不良反应进行统计分析。**结果** 综合组总有效率为96.8%,优于中药组的80.0%及西药组的75.0%( $P<0.05$ )。3组治疗后中医证候总积分及上腹疼痛VAS评分较治疗前均明显降低( $P<0.05$ ),且综合组降低更为显著( $P<0.05$ )。综合组及中药组未出现明显的不良反应。**结论** 加减藿朴夏苓汤配合胃动力仪治疗功能性消化不良脾胃湿热证患者疗效优于单纯中药或西药治疗,能有效缓解临床症状,安全无副作用,值得临床推广。

**[关键词]** 功能性消化不良;脾胃湿热证;加减藿朴夏苓汤;胃动力仪;疗效观察

**[中图分类号]** R256.3; R573.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.05.019

## Clinical Observation of the Modified Huopu Xialing Decoction Combined with Gastric Motility Instrument in the Treatment of Functional Dyspepsia with Spleen–Stomach Damp Heat Syndrome

XIAO Xiaoqiao, YU Bin\*

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

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical curative effect of the modified Huopu Xialing decoction combined with gastric motility instrument in the treatment of functional dyspepsia with spleen–stomach damp heat syndrome. **Methods** 71 cases of functional dyspepsia patients with spleen–stomach damp heat syndrome were randomly divided into comprehensive treatment (CT) group (31 cases), Chinese medicine treatment (CMT) group (20 cases) and Western medicine treatment (WMT) group (20 cases) according to the random number table. CT group was treated with the modified Huopu Xialing decoction combined with gastric motility instrument; CMT group was administrated with the modified Huopuxialing decoction; WMT group was given with itopride hydrochloride tablets and pantoprazole sodium enteric coated capsules. The course of treatment was for 2 weeks in three groups. After the end of the treatment, the effect of the disease, TCM syndrome score, VAS score, adverse reaction were analyzed. **Results** The total effective rate of CT group was 96.8%, which was superior to the rate 80.0 % of CMT group and 75.0% of WMT group ( $P<0.05$ ). After treatment, TCM syndrome score and epigastric pain VAS score were significantly reduced than before treatment ( $P<0.05$ ), the CM group with significant differences ( $P<0.05$ ). The CM group and CMT group did not appear obvious adverse reactions. **Conclusion** The modified Huopu Xialing decoction combined with gastric motility instrument in the treatment of functional dyspepsia with spleen–stomach damp heat syndrome was better than the only use Chinese medicine or Western medicine, and can relieve the clinical symptoms. It's safe without side effect and worthy of clinical promotion.

**[收稿日期]** 2016-02-22

**[作者简介]** 肖晓桥,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。

[**Keywords**] functional dyspepsia; spleen-stomach damp heat syndrome; modified Huopu Xialing decoction; gastric motility instrument; clinical observation

功能性消化不良是临床最常见的一种功能性胃肠病,其典型症状为中上腹不适或疼痛、上腹烧灼感、餐后饱胀、早饱,常同时存在上腹胀、恶心、呕吐、嗝气、食欲不振等。近年功能性消化不良的发病率逐渐增高,明显影响患者的生活质量。据不完全统计,在我国由于此疾病就诊的患者占消化内科门诊的30%左右<sup>[1]</sup>。功能性消化不良属于中医学“痞满”、“胃脘痛”、“积滞”范畴。由于现代人的饮食习惯、气候等因素导致脾胃湿热证的患者渐渐增多。笔者采用加减藿朴夏苓汤配合胃动力仪治疗功能性消化不良脾胃湿热证31例,并与中、西药组各20例对照观察,取得满意疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例选择

1.1.1 西医诊断标准 符合FD罗马Ⅲ诊断标准<sup>[2]</sup>,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。

1.1.2 中医证候诊断标准 脾胃湿热证诊断标准:参照2002年版《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>制定。主症:(1)脘腹胀满、疼痛;(2)食少纳呆。次症:(1)身重困倦;(2)恶心呕吐;(3)口干口苦;(4)小便短黄。舌脉象:(1)舌苔黄厚腻;(2)脉滑。凡具备主症加次症2项,结合舌脉即可诊断为脾胃湿热证。

1.1.3 纳入标准 (1)年龄在18~70岁之间;(2)符合FD西医诊断标准;(3)符合脾胃湿热证中医证候诊断标准;(4)愿意配合研究并签署知情同意书。

1.1.4 排除标准 (1)合并消化性溃疡、萎缩性胃炎、腹部手术史、胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;(2)合并胃食管反流病、肠易激综合征等重叠综合征者;(3)有结缔组织疾病、糖尿病等内分泌代谢疾病者,更年期综合征者;(4)具有严重心、脑、肺、肝、肾及造血系统等原发性疾病及精神病患者;(5)妊娠期、哺乳期妇女;(6)对已知药物过敏者。

### 1.2 临床资料

选择湖南中医药大学第一附属医院消化科2015年1~10月收治的符合纳入标准的71例功能性消化不良脾胃湿热证患者,按照随机数字表法随机分为3组。综合治疗组(简称综合组)患者31例,

其中男14例,女17例;年龄28~70岁,平均年龄(47.52±6.28)岁;病程8~15月,平均病程(11.64±3.26)月。中药治疗组(简称中药组)患者20例,其中男10例,女10例;年龄32~70岁,平均年龄(46.98±6.91)岁;病程7~14月,平均病程(11.10±3.52)月。西药治疗组(简称西药组)患者20例,其中男11例,女9例;患者年龄31~70岁,平均年龄(48.24±4.94)岁;病程6~14月,平均病程(11.18±3.82)月。3组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 3组患者在治疗期间应注意休息,保持心情舒畅,清淡饮食,禁食烟酒、油腻及刺激性食物。

1.3.2 中药组 在一般治疗的基础上,服用加减藿朴夏苓汤,药物组成:藿香10g,厚朴10g,姜半夏10g,茯苓15g,杏仁10g,薏苡仁10g,白蔻仁10g,猪苓10g,泽泻10g,黄芩10g,栀子10g,麦芽15g,乌药10g,陈皮10g,槟榔10g。每日1剂,由本院煎药房煎煮后用无菌塑料袋分装,150mL/袋,早晚各服1袋。2周为1个疗程。

1.3.3 综合组 在一般治疗的基础上,服用加减藿朴夏苓汤,药物组成、煎服法同中药治疗组。并同时采用YM-W型胃动力治疗仪(合肥凯利光电科技有限公司生产)进行治疗。选择中脘、胃俞、足三里、内关等穴位,根据患者耐受程度调整电流刺激强度,每日上午1次,每次时间30min。2周为1个疗程。

1.3.4 西药组 在一般治疗的基础上,口服盐酸伊托必利片(规格:50mg/片;由丽珠集团丽珠制药厂生产,批号111201-1),每次50mg,每日3次,饭前服用;口服泮托拉唑钠肠溶胶囊(规格:40mg/粒,由杭州中美华东制药有限公司生产,批号120113),每次40mg,早晚各1次。2周为1个疗程。

### 1.4 观察指标

1.4.1 3组均于治疗前完善胃镜及腹部彩超检查以排除消化系统其他疾病后,将临床症状、体征于治疗前后各观察、记录1次。详细记录脘腹胀满、胃脘疼痛、食少纳呆、身重困倦、恶心呕吐、口干口苦、小便短黄的程度及发作频率变化并参照《中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>和2004年中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《胃肠疾病

中医证候评分表》进行量化评分:对以上症状严重程度按照无、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、1、2、3分。

1.4.2 疼痛 VAS 评分标准(0~10分) 0分:无痛;0分<评分≤3分:有轻微的疼痛,能忍受;3分<评分≤7分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7分<评分≤10分:患者有较强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲及睡眠。

1.4.3 不良反应 治疗前后检测三大常规、肝功能、肾功能、心电图等。并记录治疗期间发生的不良反应。

### 1.5 疗效评价标准

按《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>相关标准进行疗效判定。临床痊愈:症状、体征基本消失,症状总积分减少≥95%;显效:症状、体征明显改善,症状总积分减少≥70%;有效:症状好转,症状总积分减少≥30%;无效:症状无明显改善,症状总积分减少<30%。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件处理数据,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, $t$ 检验,计数资料用 $\chi^2$ 检验,等级资料用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 疾病疗效比较

综合组总有效率 96.8%,中药组为 80%,西药组为 75%。3组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),综合组疗效优于中药组及西药组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 3组疾病疗效比较 (例)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
综合组	31	5	18	7	1	96.8 <sup>△*</sup>
中药组	20	1	8	7	4	80.0
西药组	20	1	5	9	5	75.0

注:与中药组比较 $\Delta P<0.05$ ;与西药组比较 $*P<0.05$ 。

### 2.2 中医证候总积分比较

3组治疗前中医证候总积分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;3组治疗前后自身比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗后综合组与中药组及西药组比较,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ );中药组与西药组比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),提示综合组改善中医证候总积分优于中药组和西药组。见表 2。

### 2.3 上腹疼痛 VAS 评分比较

表 2 中医证候总积分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
综合组	31	16.29±3.22	4.51±4.53 <sup>*</sup>
中药组	20	17.27±5.26	7.31±8.17 <sup>*△</sup>
西药组	20	16.21±5.72	8.09±4.61 <sup>*△</sup>

注:组内治疗前后比较 $*P<0.05$ ;与综合组比较 $\Delta P<0.05$ 。

3组 VAS 评分自身前后对比,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后综合组与中药组及西药组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );中药组与西药组后比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。提示三种方法均能改善上腹疼痛症状,但综合组疗效优于中药组及西药组,中药组疗效优于西药组。见表 3。

表 3 上腹疼痛 VAS 评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
综合组	31	7.25±2.08	2.98±1.42 <sup>*△#</sup>
中药组	20	7.62±2.91	4.29±1.35 <sup>*△</sup>
西药组	20	7.89±3.04	5.18±1.89 <sup>*</sup>

注:组内治疗前后比较 $*P<0.05$ ;与西药组比较 $\Delta P<0.05$ ,与中药组比较 $#P<0.05$ 。

### 2.4 不良反应

综合组及中药组未出现明显的不良反应,西药组出现肠鸣 2 例,腹泻 1 例,未经处理而自行缓解,未影响治疗。3组患者治疗后三大常规、肝肾功能、心电图均无异常。

## 3 讨论

目前,西医对功能性消化不良发病机制尚未明确,尚无特殊治疗方法,且服药时间长,停药后易反复,疗效易受其他因素影响,并有一定副作用等不足。而中医药以其独特的理论体系,对本病的治疗显出其优势。功能性消化不良属于中医学“痞满”、“胃脘痛”、“积滞”范畴<sup>[4]</sup>。本病发于胃脘,责之肝脾,与肝失疏泄,脾失健运,胃失和降有关,久而久之,可导致湿热、痰饮、血瘀等病理产物,且互为因果。主要病因病机是感受外邪、情志失调、饮食不节致中焦气机不利,脾胃升降失常。脾为湿土之脏,湿邪外侵,同气相求,最易犯脾胃,脾胃纳运失职,水湿内蕴,湿郁日久化热,故湿热郁滞。且湖南气候潮湿、高温多雨以及现代人饮食偏嗜较为严重,喜食肥膏厚腻辛辣之品,均可致脾胃受损,湿热内蕴,久则发病。故脾胃湿热证患者也渐渐增多。此证从湿论治,湿祛则脾气健旺,脾气上升,胃气下降;气顺则湿邪自去,脾升胃

降,纳化正常,气机畅达,则五脏安和,六腑通畅。故祛湿理气是本型功能性消化不良的要点,治当清化湿热、理气和胃、消痞除满。本方以藿香为君,外开肌腠、透毛窍、散表邪,内化湿浊、醒脾胃、辟秽恶;黄连清热燥湿,泻火解毒,尤善清中焦湿热,厚朴、法半夏、白蔻仁燥湿和中、下气除满,乌药、槟榔、陈皮顺气祛湿,共为臣药;猪苓、茯苓、泽泻、薏苡仁淡渗利湿助君药祛湿,栀子助黄连清热,麦芽消食健脾同为佐药;杏仁开泄肺气于上,使肺气宣降而水道自调。诸药合用集芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿、清热祛湿于一体,可使表里、脏腑、三焦之湿自内外、上下分解而达利湿清热的目的。

胃动力治疗仪是根据现代中医无创针灸原理,通过体穴脉冲刺激疗法,根据胃肠运动的特性,选用小于 10 Hz 的尖脉冲波刺激相关体穴,以调节紊乱的植物神经功能,模拟针灸手法,采用非对称的尖脉冲波以提高治疗效果,且提高中枢神经系统的兴奋性及神经反射的通畅,起到有效治疗各类消化道疾病导致的上腹胀闷、早饱、恶心、呕吐、反酸、厌食、烧心、腹痛、胃中嘈杂、嗝气等消化不良疾病的患者<sup>[5]</sup>。中脘是胃之募穴,腑之会穴;胃俞为胃背俞穴;内关

为手厥阻心包经穴,为阴维交会穴;足三里属于足阳明胃经合穴,均是治疗脾胃疾病主穴<sup>[6]</sup>。胃动力治疗仪设计合理,操作简单,使用安全,疗效较好,且无副作用。本临床观察结果表明,加减藿朴夏苓汤配合胃动力治疗仪治疗功能性消化不良脾胃湿热证患者能明显提高疗效,改善临床症状,值得临床推广。

#### 参考文献:

- [1] Ohara S, Kawano T, Kusano M, et al. Survey on the prevalence of GERD and FD based on the Montreal definition and the Rome III criteria among patients presenting with epigastric symptoms in Japan [J]. J Gastroenterol, 2011, 46(5): 603-611.
- [2] Douglas A. Drossman, et al. 柯美云等译. Functional Gastrointestinal Disorders [M]. 北京: 科学出版社, 2008: 374.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 时彩玲, 马 骥, 汲书生. 胃动力治疗仪治疗功能性消化不良 57 例近期效果观察 [J]. 齐鲁医学杂志, 2000, 15(3): 198.
- [6] 刘巧媚, 周 利, 胡 晔, 等. 针刺辨证治疗功能性消化不良的临床观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(5): 65-68.

(本文编辑 马 薇)

(上接第 69 页) 害等。

综上所述,消肿方结合四子散外敷能较好地治疗甲状腺术后肿胀、缓解颈部不适感,效果明显,用药安全,值得在临床中推广普及。

#### 参考文献:

- [1] 李树玲. 乳腺肿瘤学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 422-693.
- [2] 金 宇, 杨赶梅, 莫 婷, 等. 通络消肿方治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的临床研究 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2011, 21(6): 358-360.
- [3] 钟少文, 方 琛, 孙 杨, 等. 四子散外敷配合物理疗法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿 [J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 929-931.
- [4] 郑筱萸. 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: 338-339.
- [5] 潘立思, 区庆嘉. 甲状腺外科术后粘连——一个需要外科处理的问题 [J]. 中山医科大学学报, 1987, 8(1): 69.
- [6] 何文广. 地奥司明治疗甲状腺术后切口水肿的效果 [J]. 求医问药, 2013, 11(12): 294-295.
- [7] 孔萃萃, 王天龙, 徐国勋, 等. 老年患者后腹腔镜术中高碳酸血症的监测方法及处理特点 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2013, 34(6):

520-523.

- [8] 张 强. 小剂量激素短期使用在减少甲状腺术后切口水肿粘连中的应用 [J]. 临床医学, 2002, 22(10): 29-30.
- [9] 唐 莉, 王华中. 活血通络汤行中药熏洗在乳腺癌术后上肢水肿患者中的应用 [J]. 实用预防医学, 2012, 2(19): 251-252.
- [10] 郭友华, 朱乐英, 詹乐昌, 等. 四子散热敷配合康复训练治疗中风后肩痛 30 例疗效观察 [J]. 新中医, 2013, 45(9): 130-131.
- [11] 杨伟丽, 朱镇华. 中医外治法对慢性鼻-鼻窦炎的治疗概述 [J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(9): 108-111.
- [12] 罗 宇, 宋 芳. 浅谈中药药效的影响因素 [J]. 黑龙江医药, 2010, 23(2): 236-237.
- [13] 岳惠玉, 韩丽春, 郑全庆. 地佐辛复合舒芬太尼自控镇痛对肺叶切除术后血清  $\beta$ -EP、炎症和氧化应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2015, 21(2): 227-230.
- [14] 张春强, 黄 河, 唐锡章, 等. 创伤性深静脉血栓形成中 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\alpha$ 、IL-6 和 IL-10 的变化和作用 [J]. 昆明医学院学报, 2007, 28(3): 30-34.
- [15] Aguiar FJ, Ferreira-junior M, sales MM, et al. C-reactive protein: clinical applications and proposals for a rational use [J]. Rev Assoc Med Bras, 2013, 59(1): 85-92.

(本文编辑 李 杰)