

· 针灸推拿 ·

本文引用:李 娜.辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良的疗效研究[J].湖南中医药大学学报,2019,39(1):60-63.

辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良的疗效研究

李 娜

(常州市中医医院脾胃病科,江苏 常州 213000)

〔摘要〕 **目的** 研究辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良的疗效。**方法** 选取2015年7月至2016年6月我院收治的76例功能性消化不良患者,根据患者入院顺序随机分为观察组和对照组,每组38例。对照组采用伊托必利治疗,观察组在对照组治疗方法的基础上联合辨证艾灸治疗。观察比较两组患者临床症状改善情况、临床疗效、生活质量改善情况。**结果** 治疗后,不同中医证型积分均下降,观察组下降程度高于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组临床总有效率显著高于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组的嗝气、餐后恶心、上腹灼烧、早饱、餐后饱胀、上腹痛症状积分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$);观察组的尼平消化不良指数(NDI)显著高于对照组($P<0.05$);观察组的不良反应率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良,能有效改善患者临床症状,临床疗效良好,安全性较高。

〔关键词〕 功能性消化不良;艾灸;伊托必利;中医证型积分

〔中图分类号〕R246

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.01.014

Efficacy of Syndrome Differentiation-Based Moxibustion Combined with Itopride in Treatment of Functional Dyspepsia

LI Na

(Department of Spleen and Stomach, Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changzhou, Jiangsu 213000, China)

〔Abstract〕 Objective To study the efficacy of syndrome differentiation-based moxibustion combined with itopride in the treatment of functional dyspepsia. **Methods** A total of 76 patients with functional dyspepsia who were admitted to our hospital from July 2015 to June 2016 were enrolled and randomly divided into observation group and control group according to the order of admission, with 38 patients in each group. Patients in the control group were treated with itopride, while those in the observation group were treated with itopride combined with syndrome differentiation-based moxibustion. The improvement in clinical symptoms, clinical outcome, and improvement in quality of life were compared between the two groups. **Results** After treatment, both groups showed significant reductions in the scores of different traditional Chinese medicine syndromes, and the observation group had significantly greater reductions than the control group ($P<0.05$). The overall response rate of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). After treatment, the observation group had significantly lower scores of belching, postprandial nausea, epigastric burning, early satiety, postprandial fullness, and epigastric pain than the control group ($P<0.01$). The Nepean Dyspepsia Index of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the adverse reaction rate between the observation group and the control group ($P>0.05$). **Conclusion** Syndrome differentiation-based moxibustion combined with itopride can effectively improve clinical symptoms in patients with functional dyspepsia and has good clinical efficacy and high safety.

〔Keywords〕 functional dyspepsia; moxibustion; itopride; traditional Chinese medicine syndrome score

〔收稿日期〕2018-01-22

〔基金项目〕江苏省卫生厅科研项目(P201520)。

〔作者简介〕李 娜,女,硕士,主治中医师,研究方向:脾胃病诊治,E-mail:nhz3173@163.com。

功能性消化不良主要是指通过排查无器质性病变的临床综合征,临床症状主要表现为反复发作或慢性持续性的烧心感、早饱、上腹胀痛等,并伴有餐后暖气、恶心等,在消化内科总人数中大约占到40%^[1]。此病的发病机制在目前尚未得到阐明,但有研究者提出功能性消化不良很大程度上和胃动力缺乏有关^[2]。目前关于功能性消化不良的治疗缺乏有效措施,常常是对症治疗,较为常见的药物有抗幽门螺杆菌感染药、胃黏膜保护剂、抑酸药、促动力药,此类药物的疗效不甚理想,并且复发率较高^[3]。针灸疗法主要有艾灸和针刺两种,针刺着重于疏通经脉,以治疗实、热病症为主,而艾灸偏向于温通经脉,能有效治疗虚、寒、瘀病症。为给临床在治疗功能性消化不良方面提供可借鉴之处,本文就辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良的临床疗效进行研究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2015年7月至2016年6月常州市中医院脾胃病科门诊收治的76例功能性消化不良患者。采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组38例。观察组中男性23例,女性15例;年龄为23~61(42.02±5.11)岁;病程为6~12(8.92±1.75)个月。对照组中男性25例,女性13例;年龄为25~63(43.11±5.06)岁;病程为6~13(8.32±1.68)个月。两组患者性别($\chi^2=0.226, P=0.634$)、年龄($t=0.934, P=0.353$)、病程($t=1.525, P=0.127$)方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究已得到我院伦理委员会批准实施,同时患者及家属签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 根据《功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)》^[4]诊断为功能性消化不良患者,具体辨证分型如下。

肝气郁结证:(1)主要症状:①脉弦;②急躁易怒;③暖气脘闷;④脘胁部胀痛。(2)次要症状,①泛酸或烧心;②呕吐或腹胀纳呆;③咽部异物感;④多梦或失眠;⑤抑郁,常叹息;⑥口苦;⑦舌尖边红,苔薄黄。满足主症1项和次症3项,或主症2项和次症1项便可确诊。

湿热滞胃证:(1)主要症状:①舌质红;②食少纳呆;③恶心欲吐或呕吐;④暖气不爽;⑤胃脘痞满。(2)次要症状:①小便黄赤;②大便不爽而滞;③吐酸口苦;④脉细数;⑤头身困重,肢软乏力。满足主症1项和次症2项,或主症2项和次症2项便可确诊。

脾胃气虚证:(1)主要症状:①舌质淡,苔白腻,体胖有齿痕;②纳差而饱;③大便溏软;④脘腹隐痛

痞满,劳累时疼痛加剧。(2)次要症状:①脉细弱;②口淡不渴;③头晕乏力;④泛吐清水;⑤暖气不爽。满足主症1项和次症2项,或主症2项和次症1项便可确诊。

1.2.2 西医诊断标准 根据中华医学会编制的诊断标准^[5]诊断:(1)上腹部胀痛、早饱、暖气、反酸、恶心等症状持续4周,或在12个月内有上述症状至少3个月;(2)内镜和(或)钡餐检查未发现胃、十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变;(3)实验室检查、B超及X线检查排除肝、胆、胰等病变;(4)无糖尿病、风湿病或精神、神经性疾病;(5)无腹部手术史;(6)临床表现症状与排便无关。

1.3 纳入和排除标准

纳入标准:(1)与功能性消化不良的分型标准、诊断标准相符;(2)年龄为23~63岁;(3)幽门螺杆菌检测为阴性;(4)对本次研究中的药物无过敏史。

排除标准:(1)通过胃镜检查为糜烂性胃肠炎、十二指肠溃疡、胃溃疡、食管炎等器质性胃肠道病变者;(2)近3个月内使用过抗酸药、抑酸药、促胃动力药等;(3)肝肾功能障碍、心肺功能不全;(4)哺乳期或孕期妇女。

1.4 剔除与脱落标准

剔除标准:(1)符合纳入标准未曾治疗者;(2)治疗期间发生严重不良反应或其他意外事件;(3)病情不断恶化,可能发生危险采取紧急措施者;(4)治疗期间不愿继续接受治疗者。

脱落标准:(1)治疗期间患者依从性差,影响有效性及安全性评价;(2)其他原因退出研究者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用盐酸伊托必利(厂家:日本 Abbott Japan Co,规格:50 mg,生产批号:20150211)完成治疗,50 mg/次,口服,3次/d。

1.5.2 观察组 在对照组治疗方法的基础上联合辨证艾灸完成治疗,以足三里(双侧)、内关、天枢、中脘作为基本穴。此外,肝气郁结者加章门、膻中;湿热滞胃者加阴陵泉(双侧)、内庭;脾胃气虚者加胃俞、脾俞。将艾绒制作成底部直径0.8 cm、高1 cm的圆锥体,隔姜灸,4~5壮/穴。

所有患者均以2周为1个疗程,每天1次,连续治疗2~4个疗程。

1.6 观察项目

1.6.1 消化不良症状改善情况 评价两组患者治疗前后消化不良症状改善情况,包括暖气、餐后恶心、上腹灼烧、早饱、餐后饱胀、上腹痛6个方面,每个项目评分为3分,分数越高则表明症状越为严重,其中无症状为0分,症状轻微且不会给日常生活造成影响为1分,症状中等且会给日常生活造成影响则为

2分,症状较为严重且难以维持正常工作和生活则为3分。

1.6.2 临床疗效 评价两组患者临床疗效,经治疗后,主要症状消失,疗效指数 $\geq 90\%$,理化检测指标基本恢复正常为痊愈;症状、体征明显改善,症状积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 90\%$,理化检测指标基本正常为显效;症状体征均有好转,症状积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$,理化检测指标有所改善为有效;症状体征无明显改善或加重,症状积分减少低于30%,理化检测指标治疗前后无变化为无效^[6]。

公式:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.6.3 生活质量改善情况 根据尼平消化不良指数(NDI)量表^[7]评价患者生活质量改善情况,此量表共有25个条目,主要有睡眠干扰领域、食物饮料领域、控制领域、干扰领域,分数越高表明生活质量越好。

1.7 统计学处理

本次实验数据处理选择SPSS 19.0软件包进行统计学分析,符合正态分布的计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,并予以两组独立样本 t 检验,计数资料用 $[n(\%)]$ 来表示,组间比较采取 χ^2 检验,均以 $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中医证型分布情况

两组患者中医证型分布比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有齐同可比性。见表1。

表1 两组患者中医证型分布[例(%)]

组别	<i>n</i>	肝气郁结	湿热滞胃	脾胃气虚
观察组	38	14(36.84)	6(15.78)	18(47.36)
对照组	38	13(34.21)	4(10.52)	21(55.26)
χ^2 值		0.057	0.461	0.474
<i>P</i> 值		0.811	0.497	0.649

2.2 两组患者不同中医证型的积分比较

治疗前两组患者不同中医证型积分比较,差异均无统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组的中医证型积分均较治疗前降低($P<0.05$),观察组患者中医证型积分明显低于对照组患者($P<0.05, P<0.01$)。见表2。

表2 两组患者不同中医证型的积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	肝气郁结(<i>n</i> =27)		湿热滞胃(<i>n</i> =10)		脾胃气虚(<i>n</i> =39)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	5.53 \pm 1.83	2.12 \pm 0.85	5.74 \pm 2.02*	2.14 \pm 0.88*	5.23 \pm 1.64	2.05 \pm 0.66*
对照组	38	5.60 \pm 1.67	3.07 \pm 0.92	5.68 \pm 2.05*	2.98 \pm 0.95*	5.31 \pm 1.71	3.14 \pm 0.97*
<i>t</i> 值		0.147	3.941	0.066	2.051	0.211	5.802
<i>P</i> 值		0.883	0.000	0.947	0.040	0.833	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

2.3 两组患者临床疗效分析

本研究中患者依从性好,无剔除或脱落病例。治疗后,观察组临床总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 两组患者临床疗效分析[例(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	27(71.05)	6(15.79)	2(5.26)	3(7.89)	35(92.11)
对照组	38	13(34.21)	10(26.32)	5(13.16)	10(26.32)	28(73.68)
u/χ^2 值				3.249		4.547
<i>P</i> 值				0.001		0.033

2.4 两组患者消化不良症状积分比较

治疗前,两组患者暖气、餐后恶心、上腹灼烧、早饱、餐后饱胀、上腹痛症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者各项症状积分较治疗前显著下降($P<0.05$),其中观察组各项症状积分显著低于对照组($P<0.01$),见表4。

2.5 两组患者生活质量分析

治疗前,两组患者NDI比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者NDI较治疗前显著上升($P<0.05$),且观察组的NDI显著高于对照组($P<0.05$),见表5。

2.6 两组患者不良反应分析

在观察组中1例头晕、1例全身乏力、2例口干;对照组1例头晕、1例恶心、2例食欲下降、2例全身乏力。观察组和对照组不良反应率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.461, P>0.05$)。

3 讨论

功能性消化不良在临床中属于较为常见的功能

表4 两组患者消化不良症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	暖气		餐后恶心		上腹灼烧		早饱		餐后饱胀		上腹痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	1.32 \pm 0.17	0.42 \pm 0.03*	1.12 \pm 0.14	0.16 \pm 0.02*	1.06 \pm 0.18	0.42 \pm 0.03*	1.56 \pm 0.17	0.42 \pm 0.02*	2.04 \pm 0.23	1.04 \pm 0.15*	1.75 \pm 0.21	0.42 \pm 0.03*
对照组	38	1.38 \pm 0.16	0.87 \pm 0.07*	1.17 \pm 0.12	0.67 \pm 0.08*	1.13 \pm 0.16	0.82 \pm 0.06*	1.61 \pm 0.15	0.93 \pm 0.04*	2.08 \pm 0.25	0.53 \pm 0.02*	1.81 \pm 0.17	0.89 \pm 0.07*
<i>t</i> 值		1.584	36.424	1.672	38.125	1.792	36.757	1.359	70.299	0.726	20.775	1.369	38.043
<i>P</i> 值		0.117	0.000	0.099	0.000	0.077	0.000	0.178	0.000	0.470	0.000	0.175	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

表 5 两组患者生活质量 NDI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	38	284.24±21.48	352.45±31.02*
对照组	38	283.59±22.31	305.43±25.43*
t 值		0.129	7.226
P 值		0.897	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

性胃肠道疾病,具体发病机制在目前尚未得到阐明。大部分研究者提出胃酸刺激的高敏感性及刺激后胃酸分泌显著增加会导致患者出现反酸症状,同时功能性消化不良很大程度上和胃肠运动障碍有关。因此,常常将促胃肠动力、对症处理、营养支持、阻碍胃酸分泌或抗胃酸分泌纳入首选治疗方案。尽管部分功能性消化不良患者的临床症状有所缓解,但整体效果不甚理想。中医常常将功能性消化不良划分至“呕吐”“嘈杂”“反胃”“胃脘痛”“痞满”等范畴^[8]。在中医学看来,劳倦伤脾、饮食伤胃、思虑过度、情志内伤、禀赋不足或感受外邪等均会导致胃失和降、脾失健运、肝气郁滞、肝失疏泄,也是功能性消化不良的主要病因^[9]。

相关研究表明,足三里、中脘、胃俞、脾俞等均可促使胃动素分泌,有利于动力的改善,降低内脏的敏感性,并且艾灸治疗在针刺患者中脘穴时能促使患者胃蠕动,开放幽门,有利于胃下缘提升,加深胃肠黏膜的皱襞^[10-11]。

本研究基于中医学理论,对功能性消化不良患者开展了辨证艾灸联合伊托必利治疗,以期达到整体效果,研究结果显示,功能性消化不良患者经联合治疗后,暖气、餐后恶心、上腹灼烧、早饱、餐后饱胀、上腹痛症状获得显著性改善,临床有效率显著高于盐酸伊托必利治疗者。可能是相对于其他促胃肠动力药,伊托必利作为新型的胃动力药,具备胰液胆碱酯酶抑制和多巴胺 D2 受体阻滞的双重功效,在刺激内源性乙酰胆碱释放时能抑制水解,进而促使十二指肠和胃运动,有利于胃排空,消除紊乱的胃肠动力^[12-13]。再加之艾灸借助药物和温热的作用,在经络传导作用下,通过祛湿散寒、消肿散结、调和气血、温通经络作用实现治疗目的。在治疗功能性消化不良中,艾灸主穴由关元、天枢、中脘组合而成:关元穴也被称之为丹田,此穴使得诸经精气通达,有利于胃消化水谷、升清降浊、温通腑气,能调理中州之气;天枢作为腹部足阳明胃经络穴,主要能治疗胃肠病和上腹部;中脘穴作为胃之募穴,脾和胃相表里,也被称之为水谷之海,可降逆和胃^[14-16]。以上主穴联合能发挥行气止痛、疏通经络、补益气血、健脾强肾的功效。因此,当辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不

良时,更能有效改善患者临床症状,临床疗效良好。除此之外,本研究中还发现伊托必利治疗者和辨证艾灸联合伊托必利治疗者的不良反应率比较差异无统计学意义,均属于轻微型。究其原因,可能是因为伊托必利通过肝脏代谢,会降低药物作用,因此临床试验伊托必利较安全,再加之艾灸本身安全性较高。

综上,辨证艾灸联合伊托必利治疗功能性消化不良,能有效改善患者临床症状,临床疗效良好,安全性较高。

参考文献

- [1] 王建华,刘 鹏.黛力新与吗丁啉(或奥美拉唑)联合治疗功能性消化不良疗效观察[J].湖南师范大学学报(医学版),2011,8(2):33-34,47.
- [2] 赵 杰,李华侃,赵延清,茜素红荷移光度法测定片剂中盐酸伊托必利含量[J].理化检验(化学分册),2014,50(10):1217-1219.
- [3] 沈 扬,方 年,杨朝晖.联合治疗功能性消化不良患者的临床疗效[J].世界华人消化杂志,2014,22(20):2993-2996.
- [4] 张万岱,危北海,陈治水,等.功能性消化不良的中西医结合治疗方案(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(6):381-383.
- [5] 中华医学会.临床诊疗指南:消化系统疾病分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:35-36.
- [6] 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.
- [7] 马朝阳,黄 琪,万文俊,等.辨证针刺对功能性消化不良患者生活质量的影响[J].中国针灸,2014,34(2):125-129.
- [8] COCCIOLILLO S, COLLINS S M. The long-term functional consequences of acute infectious diarrhea [J]. Current opinion in gastroenterology, 2016,32 (1):1-6.
- [9] KIM K N, CHUNG S Y, CHO S H. Efficacy of acupuncture treatment for functional dyspepsia: A systematic review and meta-analysis [J]. Complementary therapies in medicine, 2015, 23 (6):759-766.
- [10] 刘迈兰,周芝根,李 波,等.针刺与艾灸治疗功能性消化不良:随机对照研究[J].中国针灸,2017,37(9):943-946.
- [11] BOUCHOUCHA M, FYSEKIDIS M, JULIA C, et al Functional Gastrointestinal Disorders in Obese Patients. The Importance of the Enrollment Source[J]. Obesity surgery, 2015, 25(11):2143-2152.
- [12] 李月阳,赵宏伟,黄 彧,等.盐酸伊托必利致严重肝损害 1 例[J].中国医院药学杂志,2017,37(3):317-318.
- [13] 朱金照,黎 环,吕 勇,等.伊托必利对肝衰竭大鼠胃肠道动力的影响[J].中国现代医学杂志,2016,26(9):12-15.
- [14] 张国山,刘 密,邱冉冉,等.艾灸与针刺调节功能性消化不良大鼠胃肠动力障碍的对比研究[J].时珍国医国药,2016,27(11):2796-2798.
- [15] 奚锦要,朱永钦,朱永革,等.香砂六君子汤联合针刺疗法治疗功能性消化不良临床疗效观察 [J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(20):157-162.
- [16] 许万松.不同用穴方案针刺治疗餐后不适综合征型功能性消化不良的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(12):1373-1377.

(本文编辑 匡静之)