

半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良的效果及满意度分析

童琳芳 雷 鸣^{通讯作者}

西南医科大学附属中医医院药剂科 646000

〔摘 要〕目的 探究对功能性消化不良患者进行半夏泻心汤加减治疗的效果。方法 选取 2020 年 1 月至 2021 年 12 月我院收治的 100 例功能性消化不良患者根据治疗方法的不同将两组患者分为 SY 组以及 DZ 组, SY 组患者进行中药制剂药物治疗, DZ 组患者进行常规西药药物治疗, 比较 SY 组以及 DZ 组的治疗成效。结果 SY 组患者的治疗效果要高于 DZ 组的患者的治疗效果 ($p<0.05$); 治疗后, SY 组的患者症状积分要低于 DZ 组的患者症状积分 ($p<0.05$); 治疗后, SY 组的患者症状总分要低于 DZ 组的患者症状总分 ($p<0.05$); 治疗后, SY 组的患者血浆胃动素水平要高于 DZ 组血浆胃动素水平 ($p<0.05$); SY 组患者的护理满意度要高于 DZ 组患者的护理满意度 ($p<0.05$)。结论 对于功能性消化不良患者进行半夏泻心汤加减治疗后, 可有效缓解患者的临床症状, 提升患者的胃动力水平, 构建良好的护患关系。

〔关键词〕半夏泻心汤加减治疗; 功能性消化不良; 效果

〔中图分类号〕R259 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 06-052-03

0 引言

功能性消化不良本身是相对常见的功能性肠胃病, 其主要症状是上腹烧灼感、呕吐、恶心以及腹部胀气等。功能性消化不良的发病机制相对复杂, 不仅与患者的胃动力障碍有所关联, 同时也与患者的心理因素有一定的联系, 该疾病具备病程长以及迁延不愈的特征, 不仅对于患者的身体健康带来负面影响, 也会对患者的生活质量带来影响, 因此做好功能性消化不良患者的临床干预工作极为必要。^[1] 西药治疗手段是服用促进胃动力以及抑酸护胃等药物开展临床治疗, 继而实现对患者疾病临床症状的有效控制, 但在患者停药之后疾病复发几率相对较高。^[2] 现阶段, 越来越多的文献报道指出中医药在治疗功能性消化不良疾病中有着良好的治疗效果。^[3] 半夏泻心汤作为中药制剂的一种, 其主要中药成分是党参、人参、黄连以及干姜等中药成分, 其具体健脾益胃、补脾益肺、清热解郁以及燥湿消痰的治疗功效, 可有效改善功能性消化不良临床症状, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2020 年 1 月至 2021 年 12 月我院收治的 100 例功能性消化不良患者作为研究对象, 根据治疗方法的不同将两组患者分为 SY 组以及 DZ 组。SY 组与 DZ 组患者的基本资料比较差异无统计学意义 ($p<0.05$), 本次研究以得到伦理委员会的批准。

表 1 一般资料

项目	SY 组 (n=50)	DZ 组 (n=50)
性别 (例)	男 28	25
	女 22	24
年龄 (岁)	年龄范围 24 至 73	47.35±12.53
	平均年龄 25 至 74	47.53±11.04
平均病程 (年)	病程范围 1 个月至 12 年	5.38±1.29
	平均病程 1 个月至 11 年	5.67±1.23

纳入标准: (1) 纳入医师确诊为功能性消化不良的患者; (2) 纳入对于治疗药物无药物禁忌症的患者; (3) 纳入临床资料较为完善的患者; (4) 纳入签署知情同意书的患者。

排除标准: (1) 排除合并患者消化性溃疡的患者; (2)

排除经过病理检查存在有恶性病变的患者; (3) 排除有胃部手术史的患者; (4) 排除存在精神异常以及智力障碍的患者; (5) 排除正处于妊娠期以及哺乳期的患者; (6) 排除在近一个月之内服用过影响选用临床治疗效果药物的患者; (7) 排除中途会退出临床研究的患者。

1.2 治疗方法

DZ 组患者与 SY 组患者在临床治疗期间, 严令禁止使用生冷、油腻以及带有刺激性的食物, 同时也要养成戒烟戒酒的生活习惯。此外也要告知两组患者需要停止其他相关药物的治疗干预工作。

1.2.1 针对 DZ 组患者开展临床治疗

对于 DZ 组患者进行常规西药药物治疗, 患者每天口服 3 次伊托必利药物, 每次服用的剂量为 50mg, 对患者开展为期 4 周的西药治疗。

1.2.2 针对 SY 组患者开展临床治疗

对于 SY 组患者进行中药制剂药物治疗。

半夏泻心汤药的药物构成为 15g 的党参, 10g 的半夏, 10g 的黄芩, 5g 的干姜, 10 枚大枣, 3g 的甘草以及 3g 的黄连。伴随患者的症状加减治疗。每一剂药物水煎, 每天分早晚两次服用, 对患者开展为期 4 周的中药治疗。

(1) 存在腹胀症状的患者, 需要添加 10 克的香橼以及 10 克的佛手。(2) 存在疼痛加剧症状的患者, 需要添加 10 克的白芍、10 克的元胡。(3) 存在吐酸症状的患者, 需要添加 10 克的乌贼骨、10 克的贝母。(4) 存在血瘀症状的患者, 需要添加 10 克的莪术、3 克的三七。(5) 脾胃虚寒明显的患者, 需要去除 10g 的芩药物, 添加 8g 的附子 (先煎), 8g 的肉桂 8g。(6) 脾虚湿盛的患者, 需要添加 15g 的茯苓, 10g 的炒苍术, 10g 的炒白术。(7) 胃热明显的患者, 需要减少干姜, 选用 3g 的干姜。(8) 肝郁气滞的患者, 需要添加 10g 的醋柴胡, 10g 的枳壳 10g。

1.3 观察指标

(1) 比较 SY 组以及 DZ 组患者的治疗效果。显效: 患者的疾病症状消失或是出现明显性减轻的情况; 有效: 患者的疾病症状有所改善; 无效: 未能达到上述指标。总有效率为显效率与有效率之和。(2) 比较 SY 组以及 DZ 组患者的各项

症状积分。参照《胃肠疾病中医症状评分表（2010）》及《中药新药临床研究指导原则（2012）》制定症状积分的分级量表，每一项症状均采用四级分级标准来计分，分别代表的是 0 分，2 分，4 分以及 6 分，对于患者的上腹痛症状、上腹烧灼感症状、餐后饱胀不适症状以及早饱感症状按照患者实际情况统计积分。（3）比较 SY 组以及 DZ 组患者的症状总积分。根据患者治疗前后的总积分，借助尼莫地平法计算进行症状总积分计算。症状总积分 = （治疗前症状总积分 - 治疗后症状总积分） / 治疗前症状总积分 × 100%。（4）比较 SY 组以及 DZ 组患者的血浆胃动素水平。在患者空腹状态抽取 3mL 的静脉血，并采取每分钟 3500 转速度对抽取的静脉血立离心处理。对于处理获取的血清需要在 -80℃ 环境下妥善保存。对于患者血浆胃动素水平的检测，需要采取 ELISA 试剂进行，数值越趋近于正常值，所代表其治疗效果愈发理想。（5）比较 SY 组以及 DZ 组患者的护理满意度。采用自制满意度调查问卷，调查患者的护理满意程度，总分 100 分。分数 ≥ 90 分代表为非常满意，分数 ≥ 70 分且 < 90 分代表满意，分数 < 70 分代表不满意。总护理满意率为非常满意率与满意率之和。

表 3 比较 SY 组以及 DZ 组患者的各项症状积分 [($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别	例数	上腹痛症状		上腹烧灼感症状		餐后饱胀不适症状		早饱感症状	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SY 组	50	5.32 ± 0.53	3.55 ± 0.13	5.02 ± 0.38	3.52 ± 0.84	5.73 ± 0.38	3.55 ± 0.43	5.85 ± 0.25	3.42 ± 0.15
DZ 组	50	5.04 ± 0.52	4.12 ± 0.35	5.11 ± 0.42	4.03 ± 1.01	5.15 ± 1.28	3.88 ± 0.73	5.73 ± 0.35	3.82 ± 0.35
t		0.73	14.25	0.85	15.59	0.52	15.53	0.73	15.73
p		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 比较 SY 组以及 DZ 组患者的症状总积分

由表 4 可知，治疗前 SY 组与 DZ 组的患者症状总积分比较无差异统计学意义（ $p > 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者症状总积分要低于 DZ 组的患者症状总积分（ $p < 0.05$ ）。

表 4 比较 SY 组以及 DZ 组患者的症状总积分 [($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别	例数	治疗前	治疗后
SY 组	50	23.95 ± 2.84	11.02 ± 3.05
DZ 组	50	21.52 ± 2.24	15.27 ± 3.82
t		0.73	14.23
p		> 0.05	< 0.05

2.4 比较 SY 组以及 DZ 组患者的血浆胃动素水平

由表 5 可知，治疗前 SY 组与 DZ 组的患者血浆胃动素水平比较无差异统计学意义（ $p > 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者血浆胃动素水平要高于 DZ 组的患者血浆胃动素水平（ $p < 0.05$ ）。

表 5 比较 SY 组以及 DZ 组患者的血浆胃动素水平 [($\bar{x} \pm s$) , pg/mL]

组别	例数	治疗前	治疗后
SY 组	50	191.73 ± 42.27	398.25 ± 54.29
DZ 组	50	192.85 ± 42.35	289.91 ± 51.3
t		0.52	15.87
p		> 0.05	< 0.05

2.5 比较 SY 组以及 DZ 组患者的护理满意度

表 6 比较 SY 组以及 DZ 组患者的护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总护理满意率
SY 组	50	34 (68%)	15 (30%)	1 (2%)	48 (98%)
DZ 组	50	13 (26%)	32 (64%)	5 (10%)	45 (90%)
χ^2					9.57
p					< 0.05

由表 6 可知，SY 组患者的护理满意度要高于 DZ 组的患者

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS20.0 进行数据分析，组间比较存在差异统计学意义时，用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 比较 SY 组以及 DZ 组患者的治疗效果

由表 2 可知，SY 组患者的治疗效果要高于 DZ 组患者的治疗效果（ $p < 0.05$ ）。

表 2 比较 SY 组以及 DZ 组患者的治疗效果 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
SY 组	50	31 (62%)	17 (34%)	2 (4%)	48 (96%)
DZ 组	50	19 (38%)	23 (46%)	8 (16%)	42 (84%)
χ^2					8.59
p					< 0.05

2.2 比较 SY 组以及 DZ 组患者的各项症状积分

由表 3 可知，治疗前 SY 组与 DZ 组的患者各项症状积分比较无差异统计学意义（ $p > 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者各项症状积分要低于 DZ 组的患者各项症状积分（ $p < 0.05$ ）。

的护理满意度（ $p < 0.05$ ）。

3 讨论

在人民群众愈发适应快节奏生活方式的情况，功能性消化不良疾病的发生几率持续提升，对于患者的饮食以及生活质量造成干扰，严重影响患者的身心健康水平。^[4] 内脏敏感性增强、胃肠动力障碍、心理障碍以及胃酸分泌异常等问题均是导致功能性消化不良的主要发病因素，需要对患者开展行之有效的治疗干预。功能性消化不良在中医学隶属于“胃脘痛”“痞满”范畴，脾胃气机调节是，功能性消化不良疾病治疗的关键所在。^[5] 半夏泻心汤所带代表性的治疗方剂，其中的要黄连、黄芩药材具备清热降噪的治疗功效，党参药材具备生津益气的治疗功效，半夏药材具备散结消痞以及燥湿化痰的治疗功效，干姜药材具备温肺化饮，温中散寒的治疗功效；大枣具备生精益气的治疗功效。现代药理学研究表明，诸类药材的联合应用可有效缓解患者的胃肠道功能障碍问题，黄连、黄芩药材联合应用可促进损伤胃黏膜的恢复进程，也能有效抑制胃肠道脑肠肽分泌潮评，提升患者的胃窦黏膜保护因子，促进患者的机体康复进程。^[6]

本次研究结果表明，SY 组患者的治疗效果要高于 DZ 组（ $p < 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者上腹痛症状积分、上腹烧灼感症状积分、餐后饱胀不适症状积分以及早饱感症状积分要低于 DZ 组（ $p < 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者症状总积分要低于 DZ 组（ $p < 0.05$ ）；治疗后，SY 组的患者血浆胃动素水平要高于 DZ 组（ $p < 0.05$ ）；SY 组患者的护理满意度要高于 DZ 组（ $p < 0.05$ ）。

综上所述，对于功能性消化不良患者进行半夏泻心汤加减治疗后，可有效缓解患者的临床症状，也能有效改善患者的预后程度，提升患者的胃动力水平，构建良好的护患关系，

（下转第 55 页）

饮食结构调整也是饮食控制的重要手段,包括增加蔬菜和水果的摄入量,减少高脂肪和高胆固醇的食物摄入量等。

3.3 运动疗法

运动疗法是糖尿病治疗的重要手段之一。运动的类型和强度需要根据患者的具体情况进行调整。适量的运动可以增加身体的代谢率,促进葡萄糖的利用,从而降低血糖水平。

4 糖尿病的预防

糖尿病是一种常见的慢性代谢性疾病,可以通过生活方式干预和药物预防来预防发病。

4.1 生活方式干预

生活方式干预是预防糖尿病的重要手段。首先需要控制饮食,减少糖分和碳水化合物的摄入量,增加蔬菜和水果的摄入量,避免高脂肪和高胆固醇的食物。其次,需要适当增加运动量,有氧运动是最佳的选择,如散步、慢跑、游泳等,每周至少进行 150 分钟的有氧运动。此外,需要减少吸烟和酗酒,保持良好的睡眠习惯,避免过度压力和焦虑等。

4.2 药物预防

药物预防是预防糖尿病的另一种方式。药物预防主要是指使用药物来降低糖尿病的发病风险。目前常用的药物包括二甲双胍、阿卡波糖、罗格列酮等。这些药物可以通过调节胰岛素的分泌和利用来降低血糖水平,从而降低糖尿病的发病风险。但是,使用药物预防需要在医生的指导下进行,避免不必要的药物滥用。

5 总结

(上接第 51 页)

西医认为治疗慢性荨麻疹中,应明确患者发病原因,再以此为依据选择有效的治疗方法,组胺类药物及免疫抑制剂已成为临床首选药物^[3]。依巴斯汀是一种组胺 H_1 受体阻断剂,其在治疗慢性荨麻疹上效果显著,其主要通过抑制组胺释放,降低水中及炎性渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问

题。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为主治方向,

糖尿病是一种慢性代谢性疾病,其病机涉及先天因素和后天生活方式因素。先天因素包括遗传因素和基因突变,后天因素包括不良的生活习惯和环境因素。糖尿病的治疗主要包括药物治疗、饮食控制、运动疗法和其他治疗方法。药物治疗包括胰岛素治疗和口服药物治疗;饮食控制包括糖分和碳水化合物的摄入量控制和饮食结构调整;运动疗法可以通过增加身体的代谢率来降低血糖水平;其他治疗方法包括中药治疗和胰岛素泵治疗。预防糖尿病需要通过生活方式干预和药物预防来降低糖尿病的发病风险。综上所述,糖尿病的病机和治疗需要从先后天因素两个方面进行探讨,针对不同的病因可以采取不同的治疗方法,从而有效预防和治疗糖尿病。

[参考文献]

- [1] 徐丽.基于"先后天之本"理论浅谈糖尿病肾病的脾肾同治[J].中医学,2022,11(2):5.
- [2] 赖夏兰,邓小敏,田开芹,等.从"六郁"特征探讨糖尿病前期发病机理及治疗概况[J].中医药临床杂志,2022(008):034.
- [3] 周莹,刘军彤,杨宇峰,等.从"虚,痰,瘀,毒"理论探析糖尿病肾病病机及治疗[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(12):4.
- [4] 曲明慧,李小娟.基于络病理论探讨糖尿病肾病病机及治疗[J].实用中医内科杂志,2021(004):035.
- [5] 李敬,张兰胜等.糖尿病肾病病机及治疗[J].中医临床杂志,2017,29(9):5.

标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。本文研究结果显示,治疗后总有效率两组数据对比有统计学意义($P<0.05$),经过 30 天随访,复发率组间对比差异存在显著性($P<0.05$),充分表明,针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果,提高治疗有效率,降低复发率,值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 吕延蓉,应掌红.依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价[J].临床合理用药杂志,2020,13(11):100-102.
- [2] 胡瑾瑾.中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2022,40(06):848-850.
- [3] 王玖玲,闵玮,钱齐宏,杨子良,宋琳毅,周乃慧,王森森.不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察[J].中国社区医师,2021,34(33):85-86.
- [4] 张锐.中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹 86 例[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,2(11):164.

(上接第 53 页)

全面提升功能性消化不良患者的生活质量,提升临床治疗效果,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 杨馥语,马悦,张宜强,付黎韵.半夏泻心汤加减治疗寒热错杂型功能性消化不良的疗效及对患者肠道菌群多样性的影响[J].河北中医,2021,43(10):1645-1648+1652.
- [2] 吴锦涛,杨丽.柴芍六君子汤合半夏泻心汤加减治疗肝郁脾虚证功能性消化不良的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):159-162.
- [3] 王宏博,王朝伟,于建平.半夏泻心汤加减联合莫

沙必利治疗功能性消化不良临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(04):666-667.

- [4] 胡霞,刘静,肖侃,董明灿,崔荣华,甘爱萍,黄鹤.半夏泻心汤治疗功能性消化不良随机对照试验的 Meta 分析[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):923-931.
- [5] 黄敬东.半夏泻心汤与雷贝拉唑联合对功能性消化不良的治疗价值研究[J].实用中医内科杂志,2020,34(04):129-131.
- [6] 韩豆瑛,杨瑞芳.半夏泻心汤结合"温通针法"治疗功能性消化不良疗效观察[J].西部中医药,2020,33(01):134-136.