

加味柴芍六君子汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良的临床研究

蔡霞¹ 刘宁州² 通讯作者 张振忠² 张丽霞³

1 北京市石景山区八角社区卫生服务中心 北京 100043

2 北京市石景山区中医医院 北京 100043 3 中国中医科学院 北京 100070

【中图分类号】R259

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2023) 09-003-02

【基金项目】北京中医药“薪火传承3+3工程”基层老中医传承工作室滚动建设项目(2015);北京市石景山区名中医传承工作室建设项目(2020)

1 立题背景与目的意义

功能性消化不良(FD)以无系统组织损伤、无器质性病变为特征,属于慢性胃肠疾病,多因素参与FD发生,如胃部局部环境、内脏敏感性增高、不良生活方式、精神心理因素等,病理基础为胃、十二指肠功能紊乱,典型症状为腹胀、嗝气、腹痛、早饱、反酸、食欲不振等。FD的发生,对于胃肠功能、健康水平、生活质量等,均会造成严重负面影响,应采取积极治疗手段,以此实现胃肠道症状控制、预后改善目标。西医治疗FD,以症状缓解为主,多采取促胃肠动力药、抑酸药物等进行治疗,但整体疗效并不理想。中医认为,可将FD纳入“痞满”“胃痛”范畴,可将其分为肝郁脾虚型、胃阴亏虚型、肝胃不和型等证型。其中,肝郁脾虚型较为多见,其病因涉及脾胃虚弱、饮食劳倦、外邪内积、情志不遂、肝气瘀滞等方面,建议采取相应中药组方治疗。柴芍六君子汤主治脾虚肝旺,具有疏肝理气、健脾益气的功效,源自《医宗金鉴》,在肝郁脾虚型FD治疗中,具有突出应用优势^[1]。现对其实际应用做出报告分析。

2 所用材料与方法

2.1 一般资料

选择2021年1月至2022年12月门诊肝郁脾虚型FD患者83例,采用随机对照研究方法,将患者随机分为对照组(42例)和观察组(41例),两组男女比例分别为22/20、21/20,年龄分别为(49.25±5.12)岁、(49.43±5.18)岁,FD病程分别为(1.22±0.35)年、(1.27±0.38)年,身体质量指数分别为(24.32±1.95)kg/m²、(24.40±1.98)kg/m²,两组一般资料无明显差异,P>0.05。

2.2 诊断标准

2.2.1 西医诊断标准

存在上腹痛、饱胀感、胀气、食欲不振等症状,病情持续或反复发作,症状至少出现5个月,排除器质性疾病后,即可诊断为FD。

2.2.2 中医诊断标准

出现胃脘痞胀、餐后饱胀、早饱等症状,诊断为“胃痞”范畴。

2.2.3 纳入标准

(1)符合西医FD诊断;(2)中医辨证肝郁脾虚型;(3)病程≥12周;(4)年龄≥18岁;(5)依从性良好。

2.2.4 排除标准

(1)合并其他消化系统疾病;(2)对加味柴芍六君子汤或所用西药过敏;(3)严重器质性病变;(4)存在失聪、失语、精神障碍等情况;(5)同时接受其他治疗。

2.3 方法

对照组:接受常规西药治疗,口服杭州中美华东制药、国药准字为H20010032的泮托拉唑胶囊,1次/d,40mg/次,口服鲁南贝特制药、国药准字为H19990317的莫沙必利片,3次/d,0.5g/次,连续治疗4周。

观察组:在对照组基础上,加用加味柴芍六君子汤治疗,组方如下:党参、白术、白芍各15g,茯苓、柴胡、厚朴、半夏、陈皮各10g,甘草5g,积食嗝气者加焦麦芽、焦山楂、焦神曲,反酸、烧灼者加乌贼骨、吴茱萸,胸部胀痛者加川楝子、郁金,乏力、纳呆者加山药、黄芪,1剂/d,加水煎煮,取药液400mL,早晚2次温服,连续治疗4周。

2.4 观察指标

(1)对脘腹胀满、胃脘隐痛、嗝气呃逆、食少纳差症状进行评分,每项症状0~3分,代表症状由轻到重;(2)对皮疹、头晕、腹泻、恶心呕吐等不良反应发生情况进行统计,计算总发生率。

2.5 疗效判定标准

分为显效(症状积分降低≥80%)、有效(症状积分降低≥50%)、无效(症状积分降低<50%)3个等级,总有效率包括有效、显效患者。

2.6 统计学方法

数据均用SPSS26.0统计学软件处理,计数资料以[n(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

观察组治疗有效率更高(P<0.05),见表1。

表1:两组治疗有效率对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组(n=41)	20(48.78)	19(46.34)	2(4.88)	39(95.12)
对照组(n=42)	18(42.86)	14(33.33)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2	-	-	-	5.0123
P	-	-	-	0.0142

观察组各项临床症状积分均低于对照组(P<0.05),见表2。

表 2: 两组临床症状积分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	脘腹胀满	胃脘隐痛	暖气呃逆	食少纳差
观察组 (n=41)	1.25±0.55	1.08±0.47	1.15±0.52	1.23±0.46
对照组 (n=42)	2.47±0.68	2.41±0.53	2.49±0.57	2.50±0.52
t	8.9106	12.0753	11.1811	11.7746
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

观察组 (1 例腹泻、1 例皮疹、1 例心悸、1 例恶心呕吐) 不良反应发生率为 9.75% (4/41), 对照组 (1 例头晕、1 例腹泻、1 例恶心呕吐) 不良反应发生率为 7.14% (3/42), 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.1835$, $P = 0.6584$)。

4 讨论

FD 具有常见性、难治性特征, 属于功能性胃肠疾病, 分析其发病机制, 尚处于不明确状态, 可能与消化道运动功能异常、胃酸分泌过多、精神刺激、不当饮食等有一定的关联。在 FD 治疗中, 缺乏特效药物, 仅能对症用药干预, 控制或缓解患者症状, 常用药物类型有胃黏膜保护剂、促胃肠动力药、抑酸剂等。例如, 应用西药莫沙必利, 通过促进乙酰胆碱释放, 对于胃肠道运动和分泌, 均可起到调节作用。应用西药泮托拉唑, 对于基础、夜间胃酸, 所起到的抑制效果好, 其属于质子泵抑制剂, 可刺激胃泌素水平升高, 降低胃酸分泌量, 利于胃肠道症状改善。单纯西医疗疗, 短期疗效尚可, 但其局限性体现在停药后复发率高、难以实现根治目的等方面。在 FD 等难治性疾病治疗中, 中医治疗优势突出, 中医将 FD 归属于“胃痛”“痞满”“纳呆”等范畴, 其中肝郁脾虚型患者最为常见, 分析其病因病机, 与脾胃气机失调、肝脾失和、肝郁脾虚有关, 过食肥甘厚味、饮食不节等因素, 加剧了脾胃损伤, 最终引发该病, 应遵循健脾和胃、疏肝健脾、畅调气机、消痞散结的治疗原则^[2]。选用中药组方加味柴芍六君子汤, 其主要功效为健脾和胃、平肝理气, 适用于肝郁脾虚型 FD 治疗。本研究中, 观察组治疗有效率更高, 治疗后观察组脘腹胀满、胃脘隐痛、暖气呃逆、食少纳差症状积分均更低, 与对照组差异显著 ($P < 0.05$)。

分析原因如下: 以西医疗疗为基础, 加用加味柴芍六君子汤, 组方中党参可生津养血、补脾益肺; 白术主治脾气虚弱, 能够燥湿利水、补气健脾; 白芍平抑肝阳、柔肝止痛的效果好; 茯苓可健脾宁心; 柴胡主治肝郁气滞, 升举阳气、疏肝解郁的效果好; 厚朴主治食积气滞、脘腹胀满, 能够下气除

满、燥湿消痰; 半夏能够消食化积、和胃燥湿; 陈皮能够燥湿化痰、理气健脾; 甘草可缓急止痛、补气益中、调和药性, 同时, 依据患者个体症状, 进行加减治疗, 利于各项症状改善; 全方共奏化痰祛风、健脾平肝之功效, 对于 FD 症状改善效果好, 可提升整体疗效。现代药理研究证实^[3], 白芍可抑制胃肠道平滑肌, 抑制副交感神经兴奋性, 有效解除胃肠道痉挛, 并预防胃溃疡形成; 柴胡具有抑制胃酸分泌、兴奋肠平滑肌、抗溃疡等多种作用; 茯苓可降低胃液分泌; 厚朴可调节胃肠道运动, 起到抑制、兴奋的双重作用; 半夏具有促进胆汁分泌、抑制胃液分泌、增强免疫、镇吐等多种药理作用。本研究中, 两组不良反应发生率差异较小, 无统计学意义 ($P > 0.05$)。莫沙必利、泮托拉唑等西药治疗 FD, 可能引发腹泻、胃肠胀气、腹痛、头晕、倦怠等不良反应。在不良反应方面, 加味柴芍六君子汤尚不明确, 现有皮疹、腹泻、恶心呕吐等不良反应报道, 其实际应用安全性理想^[4]。

5 结论

综上所述, 予以肝郁脾虚型 FD 患者加味柴芍六君子汤治疗效果显著, 可降低临床症状积分, 提高整体疗效, 且用药安全性高。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 李娉玲. 柴芍六君子汤加化湿药辅助治疗肝郁脾虚型功能性消化不良的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(04):87-88.
- [3] 连冠. 柴芍六君子汤合半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 (肝郁脾虚证) 的临床研究 [J]. 当代医学, 2020, 26(23):45-47.
- [4] 温江涛. 柴芍六君子汤治疗功能性消化不良的临床效果 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(08):1473-1475.

(上接第 2 页)

参考文献:

- [1] LAUNONEN A P, SUMREIN B O, LEPOLA V. Treatment of proximal humerus fractures in the elderly [J]. Duodecim, 2017, 133(4): 353-358.
- [2] 裴福兴, 陈安民, 翁习生等. 骨科学. 人民卫生出版社, 2018, 9 (1): 204.
- [3] RUSSO R, DIAURIA D, CICCARELLI M, et al. Triangular block bridge method for surgical treatment of complex proximal humeral fractures: theore "cal concept, surgical technique and clinical results. I njur 矿 201 7; 48 Suppl 3: S12.S19.
- [4] 陈春慧, 张传旭, 蔡乐益等. 肱骨头置换术治疗效果影响因素分析 [J]. 温州医科大学学报, 2018, 48 (3): 191.
- [5] SPROSS C, KAESTLE N, BENNINGER E M, et al. Deltoid tuberosity index: A simple radiographic tool to assess local bone quality in proximal humerus fractures [J]. Clin Orthop Relat

Res, 2015, 473 (9): 3038-3045.

- [6] 姜春岩, 王满宜, 荣国威. 人工肱骨头置换治疗复杂肱骨近端骨折 [J]. 中华外科杂志, 2003, 9 (41): 651.
- [7] 贺云飞, 刘耀明, 石鹏飞等. 肱骨头置换术与锁定钢板内固定治疗中老年肱骨近端三四部分骨折疗效比较 [J]. 国际骨科学杂志, 2014, 35 (6): 406-407.
- [8] 程刚, 陶占怀, 张博等. 锁定钢板与髓内钉治疗肱骨近端 Neer III、IV 部分骨折的临床对比研究 [J]. 医学研究杂志, 2016, 45 (7): 108-111.
- [9] 赵资坚, 邹育才, 刘梦璋, 等. 人工肱骨头置换术与锁定钢板内固定治疗老年肱骨近端粉碎性骨折的疗效对比分析 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2013, 15(9): 815-817.
- [10] 谢晓涛, 周军杰, 吕顺, 等. 老年肱骨近端骨折患者的锁定加压钢板内固定与人工肱骨头置换疗效对比分析 [J]. 中国骨与关节杂志, 2016, 5 (9): 647-652.