

免煎中药柴平舒胃汤加减治疗功能性消化不良的临床研究

潘金辉* 宗林娜* 黄坚* 林令高* 陈康远* 黄文锋* 潘奔前*

摘要 为了探讨功能性消化不良(FD)胃动力障碍的理想治疗方法,观察免煎中药柴平舒胃汤对其疗效。本组 150 例患者按中医临床辨证分为脾胃虚寒、肝郁气滞、脾胃湿热、寒热错杂 4 型,治疗 4 周,其中 100 例应用柴平舒胃汤治疗为观察组,并设 50 例应用吗丁啉治疗作为对照组。结果观察组和对照组临床症状治疗总有效率分别为 90%和 72%,差异有显著性($P < 0.01$)。观察组 30 分钟、60 分钟的胃窦排空率及收缩幅度均有明显改善($P < 0.01$),与对照组比较差异有显著性($P < 0.05$),但各证型间的疗效及胃动力参数的改变差异无显著性($P > 0.05$)。说明柴平舒胃汤治疗功能性消化不良胃动力障碍疗效显著,适宜于各证型的治疗,且无不良反应。

主题词 消化不良/中药疗法 @ 柴平舒胃汤

功能性消化不良(FD)原称非溃疡性消化不良(NUD),在人群中发病率极高,为国内外学者所重视。现代医学以促胃动力药治疗取得一定的疗效,为了探讨中药剂型对 FD 胃动力障碍的作用,我们自 1998 年 1 月至 1999 年 12 月取用免煎中药柴平舒胃汤治疗,获得较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

150 例 FD 患者均为住院及门诊病人,按随机单盲法分为观察组及对照组。观察组 100 例,其中男性 43 例,女性 57 例,年龄 19~62 岁,平均年龄 35.90 ± 10.29 岁;病程 < 1 年 24 例,1~5 年 58 例, > 5 年 18 例。对照组 50 例,其中男性 26 例,女性 24 例,年龄 18~64 岁,平均年龄 36.70 ± 11.86 岁;病程 < 1 年 11 例,1~5 年 30 例, > 5 年 9 例。观察组 100 例中脾胃虚寒型 30 例,肝郁气滞型 36 例,脾胃湿热型 19 例,寒热错杂型 15 例。对照组 50 例中脾胃虚寒型 13 例,肝郁气滞型 19 例,脾胃湿热型 11 例,寒热错杂型 7 例。

诊断标准:参照文献[1],(1)具有反复发作的上腹不适、胸骨后疼痛、早饱、腹胀、泛酸、嗳气、烧心、纳差、恶心呕吐等症状,病程超过 3 个月以上。(2)内镜检查排除胃粘膜糜烂、溃疡及肿瘤等器质性病变。(3)实验室、B 超、X 线等检查排除肝、胆、胰等器质性病变及其

他全身性主要疾病患者。

病例纳入标准:(1)符合上述诊断标准,年龄 18~65 岁。(2)经 B 超方法^[2]测定 60 分钟胃窦仍排空不完全的患者。(3)按规定服药,检查资料齐全。

两组病例年龄、病程及中医辨证分型经统计学处理差异无显著性($P < 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

观察组用柴平舒胃汤(广东省中医研究院一方制药厂研制的免煎中药单味颗粒剂):柴胡 6g,白术 10g,砂仁 3g,法半夏 10g,莪术 10g,枳壳 6g,槟榔 10g,厚朴 6g,藿香 10g,佛手 10g,党参 10g,桔梗 10g,生姜 3g。脾胃虚寒去生姜,酌加干姜 3g、肉桂 3g、附子 3g;肝郁气滞酌加青皮 6g、乌药 10g、木香 6g;湿热盛加黄连 3g、茵陈 15g;瘀积加延胡索 10g、五灵脂 10g;呕吐加旋覆花 6g、白蔻仁 3g。用药 4 周。

对照组用吗丁啉 10mg,谷维素 20mg,维生素 B₁20mg,均每日 3 次口服,用药 4 周。

3 结果

疗效判断标准:采用半定量法,即治疗前对 9 大症状分轻、中、重 3 级。无症状为 0 分;偶尔出现为轻度,5 分;经常出现但不影响工作为中度,10 分;经常出现或持续存在,影响日常工作为重度,15 分。根据治疗前后症状总分,按公式求出疗效指数,以判定疗效。疗效指数 = (治疗前症状总分 - 治疗后症状总分) / 治疗前症状总分 $\times 100\%$ 。显效:疗效指数 $> 75\%$;有效:疗效指数 $35\% \sim 75\%$;无效:疗效指数 $< 35\%$ 。

两组疗效比较观察组 100 例,显效 37 例,有效 53 例,无效 10 例,总有效率 90%;对照组 50 例,显效 10 例,有效 26 例,无效 14 例,总有效率 72%。观察组显效率和总有效率平均明显优于对照组($P < 0.01$)。两组治疗后症状疗效指数比较,观察组对 FD 各症状的疗效指数较高($> 63.4\%$),对照组对嗳气、腹胀、早饱、恶心等症状疗效指数较高($> 55.6\%$),而对上腹不适、胸骨后痛、泛酸等症基本无效(疗效指数 $< 35\%$),说明观察组对症状改善有明显的优势。见表 1。

观察组分型临床疗效比较:表 2 示,观察组各证型间疗效差异无显著性($P > 0.05$),提示柴平舒胃汤适宜于各证型的治疗。

基金项目:广东省中医药管理局 1997 年度经费资助立项科研课题(编号 97302)

* 广东省湛江市第一中医院胃肠科, B 超室,湛江市赤坎区海北路 24 号(524043)

收稿日期:1999-06-05;修回日期:2000-07-19

表1 两组治疗后症状疗效指数比较

	上腹不适	腹胀	早饱	暖气	泛酸	纳差	恶心	烧心	胸骨后痛
观察组	69.9	66.2	66.9	63.4	65.6	70.3	86.1	74.2	88.2
对照组	31.3	55.6	63.4	56.5	34.2	68.6	81.2	44.4	33.3

表2 观察组不同证型临床疗效比较[例(%)]

证型	例数	显效	有效	无效	总有效
脾胃虚寒	30	11(36.7)	16(53.3)	3(10)	27(90)
肝郁气滞	36	15(41.7)	20(55.6)	1(28)	35(97.2)
脾胃湿热	19	5(26.3)	10(52.6)	4(21.5)	15(78.9)
寒热错杂	15	6(40)	7(46.7)	2(13.3)	13(86.7)

两组治疗前后胃动力参数比较:表3示,观察组及对照组在30分钟、60分钟胃窦的排空率及胃窦收缩幅度治疗后比治疗前均有明显提高($P<0.01$);观察组与对照组比较,治疗后的排空率差异具有非常显著性($P<0.01$);收缩幅度差异亦呈显著性($P<0.05$),观察组各证型的胃动力参数于治疗后比治疗前均有明显改善($P<0.01$),但各证型间比较在统计学上无意义($P>0.05$)。提示柴平舒胃颗粒合剂与吗丁啉对FD均有良好促胃动力作用,而柴平舒胃颗粒合剂效果较优,且用于各证型的疗效大致相同。

4 讨论

功能性消化不良是一组以上腹部不适伴腹胀、早饱、暖气、泛酸、烧心、恶心呕吐为主的临床综合征,其发病的本质是胃排空延缓^[3~5],用B超对FD胃窦排空率及胃窦收缩幅度进行定时观察,可证实胃动力障碍是其主要发病因素^[2]。

本研究分别用柴平舒胃汤为观察组,吗丁啉为对照组对FD患者进行治疗观察,结果显示,两组治疗后症状疗效指数、胃窦排空率及胃窦收缩幅度等参数比治疗前明显提高($P<0.01$);观察组的疗效指数,总有效率及显效率、胃窦排空率、胃窦收缩幅度等均高于对照组,两组间的差异具有显著性($P<0.05$)。说明了柴

平舒胃汤治疗FD疗效显著,具有促进胃排空加快,改善胃动力障碍的良好作用。

吗丁啉被认为是目前促胃动药作用较强,毒副作用较少的药物,我们在对照组治疗观察中发现:腹痛加剧2例,腹泻1例,溢乳1例,头晕2例,不良反应率为12%。柴平舒胃汤未发现特别不良反应,且患者的顺应性良好,说明其临床疗效稳定。

功能性消化不良属中医胃脘痛、痞证、胃痹等范畴,其辨证分型可分为脾胃虚寒、肝郁气滞、脾胃湿热和寒热错杂,其中脾胃虚寒、肝郁气滞、脾胃湿热共128例,占85.3%,可见本病的病变在胃,病机却在肝脾。胃乃水谷之腑,以通为用,以降为顺;脾乃后天之本,为胃行水谷精微津液而益全身。脾升胃降,生化有源,出入有序,血脉通畅,使人体气机生生不息。但脾胃的升降运化,有赖肝的疏泄条达之功,肝气疏泄正常可助脾使清阳之气得升,助胃使浊阴之气得降。如肝失疏泄,气机阻滞,则脾壅胃逆,腹胀、暖气、恶心、呕吐等诸症丛生。所以疏肝和胃,运脾消痞,宣畅三焦为本病的治则。

柴平舒胃汤以柴胡疏肝和胃,白芍柔肝缓急,党参、白术扶脾阳以助升、藿香、砂仁醒脾化湿以助运,枳壳、法半夏助胃气下降,厚朴、槟榔、莪术消积除满,佛手行气调肝胃及三焦之气机,桔梗托展上焦之气。全方使攻补兼施,疏利三焦,调适上下,宣通内外,和畅气机,使肝疏泄条达,脾升胃降功能得复,进而能够恢复胃动力,消除腹胀暖气、恶心呕吐、纳呆、早饱等诸症。现代医学研究表明,柴胡、枳壳有增强胃肠排空功能^[6],白术能促进胃肠运动并随剂量加大而作用增强^[7]。本方取用广东省中医研究院一方制药厂研制的免煎中药单味颗粒剂组成,与同方饮片剂比较^[8]较其剂型先进,观察规范,使用方便而灵活,易推广应用。

(下转第314页)

表3 两组治疗前后胃动力参数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	30分钟胃排空率(%)		60分钟胃排空率(%)		胃窦收缩幅度(cm^2)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	45.23±14.08	61.24±13.59**△△	66.08±11.31	88.65±13.12**△△	3.16±1.14	4.42±1.37**△
脾胃虚寒	30	45.49±12.75	61.17±15.65**	65.24±10.32	88.86±14.20**△	3.12±0.94	3.99±1.53**
肝郁气滞	36	44.62±14.68	64.28±11.96**△△	64.88±12.45	90.83±11.34**△	3.18±0.98	4.85±1.00**△△
脾胃湿热	19	47.04±12.59	55.63±12.41*	69.17±8.92	85.88±13.24**	3.10±1.05	4.23±0.90*
寒热错杂	15	43.90±17.75	63.87±13.27**	65.03±13.0	86.97±14.90**	3.24±1.89	4.59±1.82**
对照组	50	48.74±12.40	55.37±10.58**	70.06±8.58	80.48±12.31**	3.185±0.90	3.95±0.99**
脾胃虚寒	13	46.71±10.50	55.01±8.48	69.32±8.69	79.62±10.43	3.25±1.02	3.40±1.01
肝郁气滞	19	52.37±13.16	54.74±10.90	68.58±8.91	82.33±14.32	3.17±0.65	4.05±1.02
脾胃湿热	11	44.91±12.88	55.39±11.95	70.84±9.11	79.44±12.86	3.26±1.28	3.84±1.29
寒热错杂	7	48.68±12.71	56.36±13.04	72.59±7.84	79.30±10.85	2.9±0.60	3.24±0.92

与治疗前自身比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

2 治疗方法及结果

该组病人均为我厂两次停电检修时群体发病,为了在现场筛选病人,我们把该药作为一级现场急救药。过去我们也为生产一线工人备用复方甘草合剂,而工人自己常备用白酒,一旦生产环境有氯气泄漏,便立即服用。但其疗效往往不佳,而在这两次群体发病过程中,我们试用葶苈大枣泻肺汤,对有氯气吸入反应的职工均给 15~30ml,个别人最多 1 次服用 60ml,脱离现场后 1 小时症状缓解,部分工人又可重返抢修现场。在两起 380 例群体氯气吸入反应患者中,仅有 8 例因哮喘症状不缓解而住院治疗,其余病人均治愈。

3 讨论

急性氯气中毒根据其病因、发病特点及临床表现,可归属中医“戾气”病因学说范围。戾气古人又称为“毒气”、“异气”、“杂气”等,它是一类具有强烈致病物质的剧烈致病邪气。其特点是发病急骤,多呈群体发病,病势凶猛,传播迅速。邪气从口鼻皮毛而入,初起为邪害空窍,而出现轻度中毒症状(即上呼吸道刺激反应)。此期如失治、误治或不能脱离邪气环境,则邪气向内传播入肺,影响肺气的宣降,气不化津,津聚成痰,痰浊内蕴,壅塞气道,肺管狭窄,通畅不利,肃降失司,肺气上逆而咳嗽(即肺炎、肺水肿表现),故《内经》曰“诸气膈郁皆属于肺”。笔者依据急性氯气中毒这些病因病理特点及“异病同治”的理论,用葶苈大枣泻肺汤加味,用于预防和治疗急性氯气中毒,收到了满意的效果。其方源于《金匱要略》,笔者在葶苈大枣泻肺汤的基础上加旋覆花而成。本方具有泻肺行水,下气平喘之功。能解除支气管平滑肌的痉挛,并有糖皮质激素的作用。方中用葶苈子开泻肺气,泻水逐痰,治邪实气闭的咳嗽有特效。为防止泻伤正气,故佐以大枣之甘温安中而缓解药性,使泻而不伤正。旋覆花消痰行水,降气止呕,与葶苈子并用加强了泻肺平喘利水逐痰之功。白酒升散轻扬,以行药势。所以本方具有清除氯气刺激反应,预防和治疗因急性氯气中毒所致的气管炎、中毒性肺炎、肺水肿的疗效。

本方炮制方法简单易行,将葶苈子 2.5kg、旋覆花 1kg、大枣 1kg,用白酒 20kg 浸泡 1 个月后备用。常用量成人每次 15~30ml,重症 1 次可服用 60ml,无特殊不良反应,但无饮酒嗜好者可有短暂的心悸、头晕等现象,可自行缓解。有酒精过敏者慎用,高空作业者禁用。

经胃镜涂药治疗难治性胃溃疡 52 例

山东省东营市第二人民医院(257335)

宋星宏 陈志军

胃溃疡在近几年治疗上发展较快,特别是质子泵抑制剂的问世,使胃溃疡的近期愈合率达 90%,但仍有部分病人经药物治疗疗效不佳,甚至需手术治疗。2 年来,我院用自制胃疡涂剂,在胃镜直视下涂于溃疡面,用医用胃胶覆盖固定,治疗难治性胃溃疡 52 例效果显著,现总结如下。

1 临床资料

本组病例男 28 例,女 24 例,年龄 21~58 岁,平均 42 岁,皆为经胃镜检查或钡餐透视明确的胃溃疡患者,且经正规系统服

药治疗 4~8 周仍未愈合。胃泌素瘤所致溃疡,胃、十二指肠复合性溃疡及合并其他脏器疾病不能耐受胃镜治疗者,予以排除。经涂药治疗 2 周后,评价疗效。

2 治疗方法

第 1 组 24 例,单纯运用电子胃镜,找到溃疡面后,直视下用细胞刷清创溃疡面,继用 1% H_2O_2 5~10ml 及高渗盐水冲洗,然后经镜活检通道用胶导管根据溃疡面大小向溃疡处喷涂适量的胃疡涂剂(黄芪、大黄、枯矾、海螵蛸等组成),最后用 1~2ml V_2 医用胃胶将溃疡面及其周边覆盖严密。第 2 组 28 例,在胃镜下涂药的基础上,口服胃疡汤,每日 1 剂,连服 2 周。胃疡涂剂和胃疡汤组方相同。

3 疗效评定标准及结果

痊愈:上腹痛症状消失,胃镜下溃疡完全消失,局部无红肿、微红;显效:上腹痛明显减轻,溃疡基本消失,局部仍有炎症表现;有效:上腹痛症状减轻,溃疡面缩小 $>50\%$,有炎症;无效:上腹痛无变化或加重,溃疡无变化,溃疡面缩小 $\leq 50\%$ 或溃疡面增大。单纯一次性涂药的 24 例中,2 周时复查,痊愈 4 例、显效 6 例、有效 7 例、无效 7 例,总有效率为 70.83%;一次性涂药加服胃疡汤的 28 例中,痊愈 8 例、显效 10 例、有效 6 例、无效 4 例,总有效率 85.71%。两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

方中诸药均有良好的治疗消化性溃疡的作用,生黄芪托毒排脓、敛疮生肌,生大黄清热解毒、散结消肿,枯矾祛腐、化腐,海螵蛸制酸敛疮生肌等。所有药物的有效成分可透入粘膜而被吸收,诸药配伍具有祛腐、祛瘀、清热解毒、消肿、活血止痛、生肌、和胃通降之功效。本组病例治疗结果表明,局部涂药治疗难治性胃溃疡疗效较好,涂药加口服胃疡汤疗效更显著,可在短时间内缓解疼痛,促进溃疡愈合,尤其对经西药治疗效果欠佳,反复发作而需考虑手术治疗的患者,更宜选择此法治疗。本方法易被病人接受,不失为一种治疗难治性胃溃疡的好方法。

(上接第 286 页)

参考文献

- 汪鸿志,江华.消化不良的临床与分型.中国实用内科杂志,1995,15(1):9-10.
- 潘金辉,宗琳娜,黄坚,等.123 例功能性消化不良的超声胃动力观察.中国全科医学杂志,1999,2(4):286-287.
- 柯美云,战淑慧.功能性消化不良的发病机理.中国实用内科杂志,1995,15(1):7-8.
- 段丽萍,郑兰田,李益农,等.非溃疡性消化不良患者的胃排空研究.中华消化杂志,1992,12(2):66-69.
- 康交阳,陈言东,梁国士,等.非溃疡性消化不良的临床及胃动力观察.中华消化杂志,1992,12(1):45-46.
- 李岩,陈苏宁,李宇权,等.芍药甘草汤、四逆散对胃排空及小肠推进功能影响的分析与研究.中华消化杂志,1996,(1):18-21.
- 马晓林,樊雪萍,陈忠,等.白术对动物胃肠运动的作用及其机制的探讨.中华消化杂志,1996,(5):261-264.
- 潘金辉,黄坚,黄文锋.舒肝和胃汤治疗功能性消化不良 122 例临床观察.湖北中医杂志,2000,(2):13-14.