

大黄建中汤治疗功能性消化不良 80 例临床观察

李德珍¹ 曹宝国²

摘要 目的:观察大黄建中汤治疗功能性消化不良(FD)的疗效。方法:将 120 例患者按中医临床辨证分为脾胃虚寒、肝郁气滞、胃阴不足、湿热积滞 4 型,治疗 4 周,其中 80 例应用大黄建中汤者为治疗组,并设 40 例应用吗丁啉治疗者为对照组。结果:治疗组和对照组临床症状总有效率分别为 90% 和 72.5%,差异有显著性($P < 0.01$)。结论:大黄建中汤治疗 FD 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/中医药疗法 @ 大黄建中汤

Clinical Observation on 80 Cases of Functional Dyspepsia Treated with Dahuang Jianzhong Decoction

Li Dezhen¹, Cao Baoguo²

(1. Zhangjiachuan Hui Nationality Autonomous County Hospital of TCM, Gansu Province 741500; 2. Tianshui Municipal Hospital of TCM, Gansu Province)

Objective: To observe the therapeutic effect of Dahuang Jianzhong Decoction on functional dyspepsia (FD). **Methods:** 120 cases of FD were divided into four syndrome types: deficiency-cold of the spleen and stomach, stagnation of the liver-qi, insufficiency of stomach-yin and accumulation of damp-heat, and they were treated for 4 weeks. The treatment group ($n = 80$) were treated with Dahuang Jianzhong Decoction, and the control group ($n = 40$) with Motilium. **Results:** The total effective rate for the clinical symptoms was 90% in the treatment group and 72.5% in the control group, with a significant difference between the two groups ($P < 0.01$). **Conclusion:** Dahuang Jianzhong Decoction has significant therapeutic effect on FD, and it is proper for various syndrome types with no adverse effect.

Key Word Dyspepsia/TCM therapy; @ Dahuang Jianzhong Decoction

功能性消化不良(FD)发病率较高,现代医学应用促胃动力药治疗取得了一定疗效,为探讨中医药对FD的疗效,我们于1998年2月~2002年12月以大黄建中汤治疗FD患者80例,获得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:120例FD患者均为门诊患者,随机分为治疗组与对照组。治疗组80例,其中男性36例,女性44例,年龄20~60岁,平均 (35.90 ± 10.29) 岁;病程 < 1 年20例,1~5年36例, > 5 年24例。对照组40例,其中男性16例,女性24例,年龄18~60岁,平均 (34.60 ± 10.86) 岁;病程 < 1 年10例,1~5年20例, > 5 年10例。治疗组80例中脾胃虚寒29例,肝郁气滞24例,湿热积滞15例,胃阴不足12例;对照组40例中脾胃虚寒10例,肝郁气滞15例,湿热积滞9例,胃阴不足6例。两组病例年龄、病程及中医辨证分型等差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:参照文献[1];(1)具有反复发作的上腹部不适、胸骨后疼痛、早饱、腹胀、泛酸、嗝气、烧心、纳差、恶心呕吐等症状,病程3个月以上;(2)内镜检查

排除胃黏膜糜烂、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。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组以大黄建中汤为基本方加减治疗。基本方组成:黄芪20g,制大黄6g,黄连4g,桂枝10g,白芍18g,生姜6g,大枣12g,炙甘草6g,蒲公英15g,莪术9g,枳壳9g,厚朴9g。脾胃虚寒者加高良姜6g,吴茱萸4g,党参10g,炒白术10g;肝郁气滞者加柴胡6g,赭石15g(包煎),旋覆花6g;湿热积滞者去黄芪、生姜、大枣,桂枝减为6g,制大黄增至10g,加茵陈15g、佩兰10g、莱菔子10g、山楂20g、神曲20g;胃阴不足者桂枝减为6g,去生姜,加沙参10g、麦冬10g、黄精10g;疼痛加延胡索10g,丹参15g;呕吐明显加制半夏10g。每日1剂,水煎,分3次服。对照组口服吗丁啉(多潘立酮片,西安杨森制药有限公司生产,批号H10910003)10mg,每日3次。两组均用药4周。

2.2 观察指标及方法:采用半定量法,即治疗前对上腹部不适、腹胀、早饱、嗝气、泛酸、纳差、恶心、烧心、胸骨后疼痛等症状分为轻、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。

1 甘肃省张家川回族自治县中医院内科,张家川回族自治县张家川镇人民东院路35号(741500)

2 甘肃省天水市中医院

收稿日期:2005-01-07;修回日期:2005-02-28

2.3 统计学方法:计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 *Ridit* 分析。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准: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 $< 35\%$ [2]。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组 80 例中,显效 30 例,有效 42 例,无效 8 例,总有效率 90% ;对照组 40 例中,显效 8 例,有效 21 例,无效 11 例,总有效率 72.5% 。治疗组显效率和总有效率均明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

3.3 两组症状疗效比较:表 1 示,治疗组对 FD 各症状的疗效指数均较高 ($> 63.4\%$),对照组对嗝气、腹胀、早饱、恶心、纳差等症疗效指数较高 ($> 55.6\%$),而对上腹部不适、胸骨后疼痛、泛酸等症基本无效 (疗效指数 $< 35\%$)。表明治疗组对 FD 各症状的改善有明显优势。

表 1 两组症状疗效比较 (%)

组别	上腹 不适	腹胀	早饱	嗝气	泛酸	纳差	恶心	烧心	胸骨 后痛
治疗组	55.9	52.9	53.5	50.7	52.5	56.2	68.9	59.4	70.6
对照组	25.1	44.5	51.6	45.2	27.4	54.9	64.8	35.5	26.6

3.4 两组各证型临床疗效比较:表 2 示,治疗组各证型间疗效差异无显著性 ($P > 0.05$),提示大黄建中汤适宜于 FD 各证型的治疗。对照组各证型间疗效差异亦无显著性 ($P > 0.05$)。

表 2 两组各证型临床疗效比较 [例 (%)]

组别	证型	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	脾胃虚寒	29	12(41.4)	16(55.2)	1(3.4)	28(96.6)
	肝郁气滞	24	9(37.5)	13(54.2)	2(8.3)	22(91.7)
	湿热积滞	15	4(26.7)	8(53.3)	3(20.0)	12(80.0)
	胃阴不足	12	5(41.7)	5(41.7)	2(16.6)	10(83.4)
对照组	脾胃虚寒	10	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)	6(60.0)
	肝郁气滞	15	3(20.0)	10(66.7)	2(13.3)	13(86.7)
	湿热积滞	9	4(44.4)	3(33.4)	2(22.2)	7(77.8)
	胃阴不足	6	0	3(50.0)	3(50.0)	3(50.0)

4 讨论

FD 的病因及发病机制目前尚未明确。大量临床研究表明,FD 的病理生理机制可能与胃排空延迟、胃窦—幽门—十二指肠协调运动异常、小肠运动异常、内脏敏感性增强、胃电律紊乱、胆囊排空障碍^[3]、幽门螺旋杆菌(Hp)感染^[4]等因素有关。目前,吗丁啉被认为是促胃动力作用较强、毒副作用较少的药物,但也有部

分 FD 患者应用吗丁啉仍不能缓解症状。

FD 属中医学“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴。近年来,随着“神经胃肠病学”^[5]概念的提出,有学者主张从肝脾(胃)入手,以疏肝理气、和胃降逆为法治疗 FD。通过长期临床观察,我们认为,肝脾失调仅是 FD 的一个证型,FD 的病机可概括为虚实两方面,虚主要责之于脾胃阳气不足;实包括气滞、血瘀、寒凝、食(湿)滞、火郁等,以虚为本,以实为标。大黄建中汤正是基于这一病理变化而组方的。方中以黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草益气温中,建立中气,针对其本,恢复脾之升运;大黄、枳壳、厚朴通降胃(肠)腑,促其传导。上述诸药主辅相配,斡旋中州,使清阳升,浊阴降,气机通达,水谷运化。佐以黄连、蒲公英燥湿清热兼健胃;莪术醒脾活血;同时白芍、大枣、甘草又可滋脾敛阴。全方寓通于补,温中有清,具有补气温阳,行气活血,泻火益阴的综合功能,适宜于 FD 各证型的治疗。

动物实验证明,黄芪、莪术等益气活血药^[6]对胃肠运动可呈双向调节作用,能显著增强腹部术后引起的小鼠胃肠抑制的推进运动。枳壳、柴胡能促进胃排空和小肠的推进速度^[7]。桂枝汤对肠蠕动呈双向调节作用,其中白芍有调节消化道平滑肌功能,可抑制胃液分泌,促进胃排空。研究表明,十二指肠内容物如过多碳水化合物、蛋白质或脂肪等,均能刺激十二指肠化学性、渗透性和 pH 感受器,反射性引起幽门关闭,抑制胃的收缩和排空。远段肠道也可影响胃及十二指肠的协调运动,如结肠内过多的粪便未能及时清除可抑制胃的排空^[8]。实验发现,大黄对十二指肠有一定的兴奋作用,对大鼠整个离体结肠的电活动也有明显兴奋作用,能使中、远段结肠的张力增加,蠕动加快。其通过对十二指肠及远段结肠的干预,间接促进胃的收缩和排空,调节胃窦和十二指肠的协调运动。同时大黄建中汤亦有一定的利胆与杀灭 Hp 的作用,不失为治疗 FD 的有效良方,值得临床推广应用。

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.
- 张声生,汪红兵,李乾构.功能性消化不良中医诊疗规范(草案).中国中西医结合消化杂志,2002,10(4):194.
- 侯晓华,柯美云,罗金燕,等.功能性胃肠病.中华消化杂志,2002,22(1):40~47.
- 刘文忠.幽门螺杆菌感染、慢性胃炎和功能性消化不良.中华消化杂志,2002,22(10):561.
- 罗金燕,牛春燕.功能性胃肠病与胃肠动力疾病的新概念.中华消化杂志,2002,22(9):554.
- 喜新,单兆伟,毕建军.益气活血方对小鼠胃肠运动的影响.中国中西医结合脾胃杂志,1995,3(24):224~225.
- 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,1996,16(1):18~21.