

黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚证功能性消化不良临床研究

梁心慧¹ 张 钊² 黄焱森¹ 苏正活¹ 谢月恒¹ 岑凤兰¹

(1 阳江市中医医院脾胃病科, 阳江, 529500; 2 阳江市中医医院康复科, 阳江, 529500)

摘要 目的:研究黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚为主症功能性消化不良的临床疗效。方法:将临床诊断脾胃气虚证或为主症型的功能性消化不良患者 221 例随机分为观察组(120 例)和对照组(101 例),对 2 组 Hp 感染者均加用四联抗 Hp 治疗 10 d,观察组同时应用黄芪建中汤加减治疗,对照组应用吗丁啉治疗,2 组均以 14 d 为 1 个疗程,连服 2 个疗程,随访观察 4 周,观察 2 组患者治疗前后主要临床症状、舌质、舌苔、脉象等指标的变化。结果:黄芪建中汤治疗脾胃气虚为主症功能性消化不良疗效与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚为主症的功能性消化不良具有治愈率高、疗效显著等特点,值得临床推广辨证应用。

关键词 功能性消化不良;脾胃气虚证;黄芪建中汤;临床疗效

Clinical Curative Effect of Huangqi Jianzhong Decoction in the Treatment of Functional Dyspepsia with Insufficiency of Spleen-qi and Stomach-qi Syndrome

Liang Xinhui¹, Zhang Zhao², Huang Yaosen¹, Su Zhenghuo¹, Xie Yueheng¹, Cen Fenglan¹

(1 Department of Spleen and Stomach Disease of Yangjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yangjiang 529500, China;

2 Department of Acupuncture and Rehabilitation of Yangjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yangjiang 529500, China)

Abstract Objective: To observe the clinical curative efficacy of Huangqi Jianzhong decoction in the treatment of functional dyspepsia with insufficiency of spleen-qi and stomach-qi syndrome. **Methods:** A total of 221 cases of the spleen-qi and stomach qi insufficiency syndrome or the main syndrome of functional dyspepsia were randomly divided into observation group (120 cases) and control group (101 cases). Two groups of patients with Hp infection were treated with quadruple anti-Hp therapy for 10 days. The control group used domperidone, and the treatment group used Huang qi Jianzhong decoction on the basis of domperidone. Fourteen days for 1 course, and both groups were treated by 2 courses and followed up for 4 weeks. To observe the changes of indexes of tongue nature, furred tongue, pulse condition, and so on in two groups before and after treatment. **Results:** The difference of efficacy between the observation group and the control group was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Treating Functional dyspepsia with insufficiency of spleen-qi and stomach-qi syndrome by Huangqi Jianzhong decoction can achieve high efficacy, and it is worthy to be used in clinical application.

Key Words Functional dyspepsia; Insufficiency of spleen-qi and stomach-qi syndrome; Huangqi Jianzhong decoction; Clinical curative effect

中图分类号:R285.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.10.023

功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)是由胃和十二指肠功能紊乱引起的症状,目前西医治疗 FD 多针对改善胃肠动力,采用多潘立酮等药治疗,近年来发现幽门螺杆菌(Hp)感染对 FD 有重要影响,临床给予相应治疗,总体疗效不理想,目前有研究^[1]表明,中药治疗 FD 具有潜在的疗效,中医学认为 FD 的病机在于脾虚为本,气机阻滞,升降失司,病位主要在胃,涉及肝脾两脏。本研究在治疗上以脾胃升降理论为指导,调理脾胃气机为原则治疗 FD,采用黄芪建中汤加减作为观察组治疗并进行研

究分析取得一定疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选自 2012 年 8 月至 2015 年 7 月期间在阳江市中医医院就诊,并在治疗前 1 周经电子胃镜、¹³C 呼气检测或快速尿素酶试验等检查,排除引起这些症状的器质性疾病,结合中医四诊合参诊断为脾胃气虚为主症的功能性消化不良患者 221 例,按照随机分为观察组(120 例)和对照组(101 例)进行临床研究。观察组 120 例,男 50 例,女 70 例;年龄 19 ~ 82 岁,平均 38.5 岁,病程 0.5 ~ 5.0

年。对照组 101 例,男 49 例,女 52 例;年龄 17 ~ 78 岁,平均 36.7 岁,病程 0.5 ~ 4.8 年。2 组患者在性别、年龄、病程、Hp 感染、夹杂证型等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。所有病例治疗期内及随访期内未服用过其他中西药,也未患有各系统严重疾病。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 罗马 III 标准^[2]存在以下 1 项或多项症状至少 6 个月:1)餐后饱胀不适;2)早饱;3)上腹部疼痛;4)上腹部烧灼感。没有可以解释上述症状的功能性疾病,近 3 个月 X 线片、胃镜检查排除消化性溃疡、食管炎性反应、消化道肿瘤等器质性病变;腹部超声、肝功能检查排除肝、胆、胰腺器质性病变。表现为上腹痛综合征、餐后不适综合征或

两型重叠,临床诊断为功能性消化不良。

1.2.2 中医诊断标准^[3] 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的,(2010)版功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见^[4],主症:1)脘腹痞满隐痛,劳累后加重或饥饿时疼痛;2)纳差而饱;3)大便溏软;4)舌质淡,体胖有齿痕,苔薄白或白腻。次症:1)泛吐清水;2)暖气不爽;3)口淡不渴;4)头晕乏力;5)脉细弱。证型确定:具备主症 2 项加次症 1 项,或主症第 1 项加次症 2 项,即可诊断为脾胃气虚证。临床可有夹杂其他证型,如脾胃气虚证合并肝气郁结,称为脾虚气滞证;如脾胃气虚证兼夹痰湿或血瘀,称为脾虚痰阻;如脾胃气虚证合并食积,称为脾虚食滞证等,临证当以辨脾胃气虚为主症。

表 1 2 组患者临床基本资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Hp		性别 (男/女)	年龄	病程(年)	Hp		脾虚夹杂证型		
		+	-				根除	复发	气滞	痰阻	食滞
观察组	120	64	56	50/70	38.5 ± 12.3	1.8 ± 0.7	61(95.3)	3(4.7)	23(19.2)	16(13.3)	21(17.5)
对照组	101	52	49	49/52	36.7 ± 11.5	1.5 ± 0.6	46(94.2)	6(11.5)	19(18.8)	14(13.9)	18(17.8)
统计值		$\chi^2 = 2.370$		$\chi^2 = 3.706$	$t = 1.125$	$t = 3.448$	$\chi^2 = 0.717$	$\chi^2 = 0.96$	$\chi^2 = 0.014$	$\chi^2 = 1.112$	$\chi^2 = 0.184$
P 值		0.124		0.054	0.463	0.180	0.380	0.327	0.906	0.292	0.668

1.2.3 排除标准 1)有胃食管反流性疾病、慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡病史者;2)恶性肿瘤患者;3)精神障碍者;4)严重消耗性疾病者;5)有严重的心力衰竭、脑瘫、肝肾或血液系统疾病者;6)有多潘立酮过敏者,抗 Hp 患者对青霉素过敏或铋剂使用禁忌者;7)妊娠期或哺乳期妇女;8)有胃肠道手术史者。

1.2.4 Hp 感染的诊断标准 本次研究依据第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告内容^[5],符合胃黏膜组织 RUT 阳性或¹³C UBT 阳性即判断为 Hp 现症感染。采用安徽养和医疗器械设备有限公司研制的 YH08 型¹³C 红外光谱仪和天津瑞爱金生物科技有限公司研制的幽门螺杆菌菌定卡。

1.2.5 Hp 感染根除判断 在根除治疗结束停用相关药物至少 4 周后进行,符合¹³C UBT 阴性或基于胃窦、胃体 2 个部位取材的 RUT 均阴性即判断为 Hp 根除。

1.3 治疗方法 对收集的 116 例检验为现症 Hp 感染患者,均依照中华医学会消化病学分会制订的第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告抗 Hp 用药:胶体果胶铋剂 300 mg + 埃索美拉唑镁肠溶片 20 mg + 2 种抗菌药物(阿莫西林胶囊 1.0 g + 拉霉素分散片 0.5 g),均 2 次/d,口服,共 10 d。同时观察组

和对照组分别口服黄芪建中汤加减或吗丁啉片,2 组均 14 d 为 1 个疗程,连续口服 2 个疗程,随防观察 8 周,疗程中不得服用其他中西药物和使用其他治疗措施,饮食中以清淡软食为主,忌食辛辣、生硬、寒凉等刺激性食物。

1.3.1 观察组 脾胃气虚证口服黄芪建中汤,药方选择黄芪 20 g、桂枝 12 g、白芍 12 g、大枣 12 g、生姜 10 g、炙甘草 6 g、饴糖 30 g,水煎 1 剂/d 分两次温服。脾胃气虚证为主夹杂其他证型者,随证加减,脾虚气滞者加党参 20 g,白术 15 g,茯苓 10 g,陈皮 10 g,木香 10 g,砂仁 6 g;脾虚痰阻者加茯苓 10 g,白术 10 g,半夏 10 g,厚朴 10 g,陈皮 10 g,蒲黄 10 g,莪术 10 g;脾虚食滞者加大枣加山楂 15 g,麦芽 20 g,神曲 10 g,鸡内金 10 g。

1.3.2 对照组 均口服吗丁啉片(西安杨森制药有限公司生产),3 次/d,每次 10 mg 温开水饭前送服。

1.4 疗效标准 参考中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定,2010 年版功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见的判断标准:1)临床治愈:症状、体征基本消失,疗效指数 $\geq 90\%$,保持 2 个月以上不再复发;2)显效:症状、体征明显减少或改善在 2 级以上,或 $70\% \leq$ 疗效指数 $< 90\%$;3)好转:症状、体征减轻或改善在 1 级以上,或 $30\% \leq$ 疗效

指数 < 70% ; 4) 无效: 症状、体征均无好转, 疗效指数 < 30%。分级与评分的关系为 0 级 0 分, I 级 3 分, II 级 5 分, III 级 7 分。疗效指数计算方法: 疗效指数 = (治疗前证候总分 - 治疗后证候总分) / 治疗前证候总分 × 100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件对所得数据进行统计学处理, 正态分布计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 2 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者疗效比较 观察组和对照组进行疗效对比统计分析, 观察组治愈率 34.2%, 有效率 93.3%; 对照组治愈率 18.8%, 有效率 79.2%。观察组和对照组的治愈率以及有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 (例数, %)

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	治愈率	有效率
观察组	120	41	40	31	8	34.2*	93.3**
对照组	101	19	35	26	21	18.8	79.2
合计	221	60	75	57	29	27.1	86.9

注: 与对照组治愈率和总有效率比较, * $P < 0.05$; ** $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者 FD 症状分级评分比较 观察组与对照组进行 FD 症状分级评分对比统计分析, 2 组治疗前症状分级评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 观察组和对照组治疗前、后同组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组与对照组治疗后症状分级评分比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗中 2 组共 221 例患者未出现明显不良反应。见表 3。

表 3 2 组患者 FD 症状分级评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	120	46.75 ± 7.20 [△]	18.29 ± 3.35* [▲]
对照组	101	48.30 ± 7.52	23.71 ± 5.06*

注: 与对照组治疗前比较, [△] $P > 0.05$; 与治疗前同组比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [▲] $P < 0.05$ 。

3 讨论

功能性消化不良是指具有胃和十二指肠功能紊乱引起的症状, 经检查排除引起这些症状的器质性疾病的临床综合征, 慢性持续性或反复发作性中上腹部征候群, 是脾胃病科临床最常见的疾病之一^[6], 几乎人人都曾有过消化不良的症状, 有时症状相当严重, 影响患者生活质量, 主要症状包括: 上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱等, 属于中医学“痞满”“胃脘痛”“积滞”范畴。目前现代医学对 FD

的病因尚未完全明确, 考虑其病因和发病机制可能与胃肠运动障碍等因素有关^[7], 临床采用质子泵抑制剂、促胃肠动力和抗抑郁剂等药物治疗, 很多患者疗效不理想。FD 患者餐后胃窦运动功能的减弱导致了患者胃排空的延迟, 有人观察表明^[8] 黄芪建中汤对 FD 大鼠胃排空功能的调节作用和吗叮啉相当, 作为重要的脑肠肽 P 物质 (SP), 主要存在于中枢神经系统、脊髓背根和肠道神经系统, 它以激素的形式或作为神经递质参与胃肠道运动的调控, SP 在肠道主要分布于近端小肠和结肠可促进胃肠道平滑肌收缩和蠕动, 裘秀月等^[9] 研究结果显示, 采用黄芪建中汤治疗的观察组 SP 明显升高, 提示其治疗 FD 可能是通过提高 SP 水平促进胃肠排空的。

功能性消化不良罗马 III 诊断标准, 给 FD 的临床诊断提供了依据, 虽然中医在对 FD 的认识上缺乏统一标准, 在辨证分型、治疗方法等方面存在较大的差异, 但中医药在长期治疗 FD 方面积累了一定的经验, 中西医结合治疗 FD 可以收到良好的效果^[10], 黄芪建中汤出自《金贵要略·血搏虚劳篇》“虚劳里急, 诸不足。黄芪建中汤主之”, 是张仲景所创的一首名方, 由黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、生姜、大枣、饴糖所组成, 方中以甘温之黄芪发挥补中健脾益气功效; 以辛温之桂枝发挥温阳化气、祛除寒邪功效; 以酸甘之白芍和营敛阴、柔肝缓急、调理脾胃功效; 方中生姜具有温胃散寒之功效, 大枣具有补脾益气、调中和营卫之功效, 饴糖具有补脾缓急, 温中补虚之功效; 炙甘草具有和中益气之功效。依据夹杂证型结合诸味药性特点辨证加减, 在脾虚食滞证中减大枣以防其滞腻障脾作用。全方共奏温中补虚、缓急止痛之功效, 尤其对于脾胃气虚以及阴阳俱虚者有较好疗效。

中华医学会消化病学分会 2012 年制订的“第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识”中指出: 根除 Hp 可使 1/12 ~ 1/5 的 Hp 阳性 FD 患者的症状得到长期缓解, 本次研究对 221 例中 Hp 阳性的患者同时进行规范抗 Hp 根除治疗^[11], 排除 Hp 感染因素对研究疗效的影响。本研究对 221 例脾胃气虚为主症的功能性消化不良患者随机分组治疗进行对比观察, 应用黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚证, 以及其夹杂的证型如夹杂脾虚气滞证、脾虚痰阻、脾虚食滞证型, 在疗效评价方面 2 组的治愈率和总有效率比较差异有统计学意义, 应用黄芪建中汤加减治疗组具有症状缓解率高、疗效显著等特点。脾在五脏关系中处于中心地位, 张景岳有“治脾以安五脏”之说,

通过补脾,使脾气健旺,“四季脾旺不受邪”,脾虚在功能性消化不良患者发病中占有比较重要的地位,临床使用黄芪建中汤加减扶脾法治疗此类疾病获得良好疗效,观察组治疗过程中未见明显不良反应,且费用低廉,值得临床推广辨证应用。

近年来医学界对FD与胃肠激素关系的研究,以及中医药对胃肠激素影响等方面的研究^[12],认为中医所特有的因人而宜理论,尤其在改善患者自觉症状方面,对FD的治疗具有其独特的功效^[13]。中医药治疗FD研究取得了一些新进展,本研究显示黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚为主症的FD方面获得了较好的疗效,伴随功能性消化不良中西医诊疗规范的临床实施,中医药诊疗FD方面仍存在问题,对此需要进一步进行深层次多样性研究,加强远期疗效以及复发率的动态观察,为研发高效新药^[14]治疗功能性消化不良提供切实可靠的科学依据。

参考文献

- [1]王浩. 功能性消化不良的中医研究进展[J]. 亚太传统医药, 2010,6(3):113-115.
- [2]罗马委员会. 功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006,11(12):761-765.
- [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:17.
- [4]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)[S]. 中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545-1549.

- [5]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[S]. 胃肠病学,2012,17(10):618-625.
- [6]付朝伟,徐飏,陈维清,等. 中国大城市肠易激综合征和功能性消化不良患者抑郁、焦虑现况研究[J]. 中华消化杂志,2006,26(3):151-154.
- [7]杨云生,彭丽华. 功能性胃肠病罗马诊断标准与研究现状[J]. 解放军医学院学报,2013,34(6):541-543.
- [8]王垂杰,白璐,姜巍. 和胃理气方对功能性消化不良肝郁模型大鼠胃动素、P物质的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2009,4(2):91-94.
- [9]裘秀月,徐珊. 黄芪建中汤对功能性消化不良大鼠胃肠动力影响的实验研究[J]. 中国中医药科技,2008,15(3):176-177.
- [10]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.
- [11]刘灏. 根除幽门螺杆菌对功能性消化不良患者的预后影响分析[J]. 中国卫生产业,2014,218(27):49-50.
- [12]陈苏宁,梁靓靓,史业东. 胃痛痞痞方对脾胃虚寒型功能性消化不良大鼠胃肠动力和胃动素的影响[J]. 世界华人消化杂志,2010,18(7):699-702.
- [13]甘德春. 中医辨证治疗功能性消化不良的对比研究[J]. 中国医药导报,2015,12(10):122-125.
- [14]朱丹薇. 中医药治疗功能性消化不良研究进展[J]. 河南中医,2014,34(12):2504-2505.

(2015-09-19 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第2025页)

害患者疗效显著,可降低患者 β_2 微球蛋白、MA1b水平,改善肾功能,但对血脂功能无影响,且安全可靠,具有重要研究价值。

参考文献

- [1]刘巍,熊兴江,王阶. 高血压肾损害及其中医药防治进展[J]. 中国中药杂志,2014,39(1):14-19.
- [2]高秀林. 高血压肾损害发病机制的研究进展[J]. 北京医学,2007,29(9):559-561.
- [3]陆忠明,戴小华. 高血压早期肾损害中医研究进展[J]. 安徽中医药大学学报,2013,32(1):94-96.
- [4]栾小平. 五苓散合六味地黄汤对高血压早期肾损害患者肾功能的影响[J]. 陕西中医,2013,34(6):669-670.
- [5]王海燕. 肾脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:1151-1152.
- [6]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:156.
- [7]徐宏. 中医药治疗高血压早期肾损害的进展[J]. 医学综述,2013,19(19):3560-3562.

- [8]胡维,高慧,邢沙沙,等. 中西药联用治疗原发性高血压病早期肾损害临床观察[J]. 广西中医药大学学报,2013,27(4):12-13.
- [9]高陆. 补肝益肾方对高血压病早期肾损害尿微量蛋白及一氧化氮和内皮素的影响[J]. 世界中医药,2014,12(6):740-742.
- [10]陆忠明,戴小华. 高血压早期肾损害中医研究进展[J]. 安徽中医药大学学报,2013,32(1):94-96.
- [11]潘仕海,谢秀连,曾晓静,等. 安泰固肾汤联合保肾康治疗高血压早期肾损害的疗效观察[J]. 中国药物与临床,2015,18(2):211-213.
- [12]杜林,秦应娟. 补肾活血法治疗原发性高血压肾损害50例[J]. 辽宁中医杂志,2011,14(1):112-113.
- [13]王芸素,林仲辉,陈进春. 补肾活血法治疗高血压病早期肾损害的临床研究[J]. 中医药通报,2011,10(5):52-54.
- [14]胡凯. 尿NAG、mALB和 β_2 -MG检测在糖尿病肾病早期肾损害评价中的应用[J]. 陕西医学杂志,2010,39(7):874-875.
- [15]林静华,方琳丽,陈暖,等. 检测尿 β_2 -微球蛋白和微量白蛋白对高血压肾病的应用价值[J]. 中国校医,2013,27(1):130-131.

(2015-12-22 收稿 责任编辑:徐颖)