

六经辨治功能性消化不良太阴脏寒 腹满证临床观察※

● 李 燕 章浩军[▲] 范文东 吴露婷 熊晓芳

摘 要 目的:观察加味理中汤合雷火灸治疗功能性消化不良太阴脏寒腹满证的临床疗效。方法:将80例符合诊断标准的患者随机分为治疗组(40例)与对照组(40例),治疗组予加味理中汤合雷火灸治疗,对照组予枸橼酸莫沙比利片治疗。两组疗程均为2周,比较两组治疗前后中医症候积分变化及尼平消化不良指数中症状及生活质量评分的变化。结果:①两组治疗后各项中医症候积分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组在疲乏无力、大便稀溏两项症候积分比对照组降低明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。②治疗组、对照组治疗后总有效率分别为90.00%和72.50%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。③两组治疗后NDSI评分及NDLQI评分较治疗前均有明显变化,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组NDSI评分及NDLQI评分治疗前后差值与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味理中汤合雷火灸对功能性消化不良太阴脏寒腹满证临床疗效佳,可缓解患者临床症状,提高患者生活质量。

关键词 理中汤;雷火灸;功能性消化不良;餐后不适综合征;枸橼酸莫沙比利片

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是消化科常见病、多发病,按照罗马IV^[1]诊断标准,FD可细分为上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS)和餐后不适综合征(postprandial distress syndrome, PDS)。PDS的特征是进餐后引起饱胀不适和早饱感症状,可归属于中医“痞证”范畴。近年来,FD发病人群呈逐年上升趋势。据统计,该病在我国发病率约为18%~45%^[2]。其不仅消耗了大量的医疗资源,而且严重影响了患者的生活质量,因此寻求一种积极有效的治疗方法已日趋迫切。笔者从六经辨证入手,将PDS分为

太阳寒热痞证、阳明热结腹满、太阴脏寒腹满等三个常见证,采用加味理中汤合雷火灸治疗功能性消化不良太阴脏寒腹满证有着显著的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取2017年1月—2019年12月福建中医药大学附属龙岩市中医院脾胃病科门诊及住院部中医诊断为痞证(太阴脏寒腹满证)、西医诊断为功能性消化不良餐后不适综合征患者80例,采用随机数字表法分为治疗组与对照组,每组各40例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

1.2 西医诊断标准 参照功能性胃肠病Rome IV诊断标准中的PDS诊断标准^[1]。①必须包括以下至少1项,每周至少发作3日:餐后饱胀不适(以致影响日常活动);早饱不适感(以致不能完成平常餐量的进食);②排除可解释上述症状的系统性、代谢性及器质性疾

※ 基金项目 福建省卫生计生青年科研课题基金(No.2017290)

▲ 通讯作者 章浩军,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事中医脾胃病、风湿病临床研究。E-mail:szyyzhj@163.com

• 作者单位 福建省龙岩市中医院脾胃科(福建 龙岩 364000)

表1 两组基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例	年龄(岁)	病程(年)	BMI(kg/m ²)
治疗组	40	45.68±12.78	5.21±3.45	23.92±1.52
对照组	40	44.64±15.21	6.10±4.86	23.98±1.68
P值		>0.05	>0.05	>0.05

病;③诊断前,以上症状出现至少6个月,近3个月符合以上诊断标准。

1.3 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002版)^[3]、《六经辨治脾胃病》^[4]及《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]制定太阴脏寒腹满证的辨证标准。主症:①脘腹痞满;②恶心欲吐;③食欲不振;④喜温,遇寒加重。次症:①疲乏无力;②大便稀溏;③四肢不温。舌脉:①舌淡,苔薄白或白腻;②脉沉细。证候确定:具备主症至少1项及次症任意2项并符合舌脉即可诊断。

1.4 纳入标准 (1)符合中、西医诊断标准;(2)年龄在20周岁至60周岁之间;(3)自愿参加本研究项目,并签署知情同意书。

1.5 排除标准 (1)幽门螺旋杆菌感染者、有严重的胃粘膜损伤,如重度异型增生、溃疡或病理诊断疑有恶变者。(2)有严重心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等原发性疾病;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)过敏体质患者;(5)存在重度抑郁焦虑状态的患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 一般护理 首先对两组患者进行健康指导,帮助患者了解PDF的相关知识。服药期间,所有患者需规律生活,调畅情志,避免熬夜、过度劳累和精神紧张。注意清淡饮食,避免暴饮暴食。

1.6.2 治疗组 采用中药+雷火灸疗法。加味理中汤药物组成:干姜10g、人参10g、白术10g、炙甘草6g、厚朴15g、砂仁10g。颗粒剂,日1剂,共2袋,分早晚开水冲服。

雷火灸取穴:中脘、神阙穴。定位参照沈雪勇主编的《经络腧穴学》,选用赵氏雷火灸,将灸条(生产单位:重庆市渝中区赵氏雷火灸传经医药研究所)置于灸盒内悬灸,调整其高度,温度以患者耐受为主(注:其中神阙穴采用粗盐为传导介质),时间为30分钟,每日1次。

1.6.3 对照组 口服枸橼酸莫沙比利片(由江苏豪森药业集团有限公司生产,批准文号:国药准字H19990315),1次5mg,1天3次,饭前30min服用。

治疗组与对照组均以2周为1个疗程,治疗1个

疗程后观察疗效。

1.7 观察指标

1.7.1 临床疗效评估 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002版)^[3]及《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]制定。症状分级标准:所有症状分为轻(+)、中(++)、重(+++)3级。轻:症状轻微,基本不会影响工作、生活;中:症状较重,已经影响工作、生活;重:症状严重,妨碍工作、生活。主症根据轻、中、重程度分别记2、4、6分,次症根据轻、中、重程度分别记1、2、3分,无症状记0分。

中医症状疗效评定标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定。疗效评定分为痊愈、显效、有效和无效。①痊愈:症状、体征消失或基本消失,症候积分减少≥95%;②显效:症状、体征明显改善,症候积分减少≥70%;③有效:症状、体征均有好转,症候积分减少≥30%;④无效:症状、体征均无明显改善,甚至加重,症候积分减少不足30%。运用尼莫地平法根据治疗前后主要症状积分计算疗效指数[疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%]。

1.7.2 症状指数与生活质量指数测定 参照尼平消化不良指数(Nepean Dyspepsia Index, NDI)^[5],其包括症状指数NDSI(Nepean Dyspepsia Symptom Index)与生活质量指数NDLQI(Nepean Dyspepsia Life Quality Index)。均于治疗前、治疗后评分1次。每项评分均由不知治疗方案的受试者主管医师负责评价。为排除干扰因素,每位受试者治疗前后均由同一名医师评价。

1.8 统计学方法 采用SPSS18统计软件包建立数据库并进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,方差齐者采用t检验,方差不齐者采用t'检验;等级资料采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验,以P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分变化情况 两组治疗后的各项症候积分均较治疗前降低,差异有统计学意义(P<0.05);治疗组在疲乏无力、大便稀溏这两项症候积分较对照组降低更明显,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

2.2 两组疗效比较 治疗后,治疗组、对照组的总有效率分别为90.00%和72.50%,两组比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

2.3 两组治疗前后NDSI评分比较 两组治疗后

表2 两组中医症候积分变化情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	脘腹痞满	恶心欲吐	食欲不振	疲乏无力	大便稀溏
治疗组	40	治疗前	4.68±1.54	4.22±0.64	4.32±1.69	2.37±0.67	1.92±0.66
		治疗后	2.00±1.12*	2.10±0.72	1.79±1.36*	0.76±0.53**	0.71±0.56**
对照组	40	治疗前	4.97±1.42	4.30±0.70	4.56±1.57	2.13±0.61	1.82±0.67
		治疗后	2.62±1.37*	2.76±0.80	2.41±1.88*	2.05±0.90	1.95±0.90

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$

表3 两组疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	3	7	26	4	90.00
对照组	40	2	5	22	11	72.50

注:与对照组总有效率比较,* $P<0.05$

NDSI评分与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组治疗前后差值比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表4 两组治疗前后NDSI评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	40	83.55±13.19	36.10±16.66*	47.45±3.47*
对照组	40	85.38±11.16	51.48±23.85*	33.90±12.69

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$

2.4 两组治疗前后NDLQI评分比较 两组治疗前NDLQI评分与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组治疗前后差值比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

表5 两组治疗前后NDLQI评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	40	74.97±8.30	39.26±13.97*	35.71±5.67*
对照组	40	78.17±7.83	51.56±18.55*	26.61±10.72

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$

3 讨论

功能性消化不良(FD)主要表现为早饱、餐后饱胀、上腹痛、上腹烧灼感等症状。研究发现其发病机制与胃肠道的运动障碍、内脏感觉过度敏感、幽门螺旋杆菌感染、情绪的变化等密切相关^[6-7]。目前主要采用促胃肠动力、抑制胃酸分泌、抗幽门螺旋杆菌、抗精神焦虑或抑郁等方法治疗。但随着服用此类药物的时间延长,其副作用也日益突出。如长期过量服用吗叮啉可引起头痛、乳腺增大;长期过量服用西米替丁可引起男性体征弱化、女性体征强化等。且这些药物只能暂时缓解患者的症状,系统评价治疗效果并不是

很理想,不能给患者的生活质量带来明显改善^[8]。

祖国医学中并无FD相应的病名,其亚型中以餐后腹胀、早饱为表现的PDS可归属“痞证”范畴。中医认为本病的病机与脾失健运、胃失和降密切相关,其病位在胃,涉及到肝、脾、肺等脏。笔者在六经辨证理论指导下,通过梳理《伤寒论》中关于痞证的相关条文,将本病分为太阳病寒热痞证、阳明病热结腹满证和太阴病脏寒腹满证三证^[7]。随着社会经济的发展,人们的饮食结构、生活方式也发生重大变化,PDS的发病率也越来越高,尤其是太阴病脏寒腹满证。现代人多喜食瓜果,贪凉饮冷,造成寒邪伤中;或是暴饮暴食,饮食不节,损伤脾土,致阴寒内生;亦或是其它原因使太阴脾土功能受损,寒饮水湿内生,中焦气机升降失常,而引起餐后饱胀不适、早饱、纳呆等一系列症状。针对太阴病脏寒腹满证的主要病机特点,其治疗当以温中散寒为重点。恰如仲景《伤寒论·辨太阴病脉证并治》所云太阴病“当温之”“宜服四逆辈”。加味理中汤由人参、白术、干姜、炙甘草、厚朴、砂仁六味药组成。方中君药干姜性温,具有散寒消痞、健运中洲之功效;臣药人参能补气健脾,可协助干姜以振奋脾阳;佐药白术健脾燥湿,可促进脾阳健运;使药炙甘草补脾和中、调和诸药,厚朴可燥湿消痰、下气除满,砂仁具有行气和胃、消胀醒脾之功效。诸药合用,使脾胃得健,升降有序,则脏寒腹满可愈。赵氏雷火灸为赵时碧在继承古代雷火灸的基础上创新发展而成,艾条由沉香、穿山甲、干姜、茵陈、木香等中药制成,通过悬灸的方法刺激相关穴位,其热效应将药物透达相应穴位内而达到疏经活络、活血利窍、改善血液循环的作用。中脘穴为胃之募、腹之会,穴居胃脘部,温灸此穴可健运中州、调理胃气。神阙穴位于脐窝正中,温灸神阙穴具有培元固本、回阳救脱、和胃理肠之功效。本研究显示,治疗组采用加味理中汤合雷火灸进行治疗,在总有效率以及疲乏无力、大便稀溏的症候改善方面均优于对照组,且对生活治疗指数NDSI评分及

(下转第47页)