DOI:10.11656/j.issn.1673-9043.2019.03.11

胃三针结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型功能性消化不良疗效观察

谭万芳[1],戈 焰[2],吴斯华[1],廖金平[1]
(1.广州中医药大学,广州 510000;2.广东省第二中医医院,广州 510000)

摘要:[目的] 探讨胃三针结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型功能性消化不良的临床疗效。**[方法]** 将43例患者按随机数字表法分为治疗组22例和对照组21例。治疗组采用针刺中脘、足三里、内关,并口服健胃舒颗粒;对照组予枸橼酸莫沙必利口服。共治疗4周,观察和比较两组症状积分、疗效指数、水负荷试验和生活质量(SF-36)得分的差异变化。**[结果]** 治疗组的总有效率为86.36%,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组的症状积分均有下降,水负荷试验得分、生活质量得分均升高,组间比较,治疗组改善更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。**[结论]** 胃三针结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型FD症状改善明显,疗效确切,值得临床广泛推广。

关键词:功能性消化不良;胃三针;健胃舒颗粒;脾虚气滞证
中图分类号:R574.4 **文献标志码:**A **文章编号:**1673-9043(2019)03-0247-04

功能性消化不良(FD)为临床上较常见的胃肠道功能紊乱疾病,是以慢性和反复性为特征,并无组织结构和生化异常的上消化道症候群[1],具有上腹痛、上腹胀、上腹部烧灼感、早饱等症状。中医学属于"胃脘痛"、"胃痞"的范畴。目前国外研究显示,全球患病率为5%~40%不等[2],而亚洲为8%~23%[3]。FD症状迁延反复,常伴有焦虑抑郁,严重影响患者生活和工作,使国家卫生保健事业经济负担加重。目前,西医治疗多采用抑酸护胃药及促胃肠动力药以对症治疗,其复发率高,并且长期服用西药易引起不良反应。而临床实践证明,中医(包括中药和针灸)对其疗效显著[4-5]。靳三针为靳瑞教授创立的每次取穴3处的针刺疗法,其中"胃三针"是专为胃脘部疾病而设的。故本研究采用随机对照实验观察"靳三针"中的"胃三针"结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型FD的临床疗效,进一步明确FD的发病机制,以期为临床运用提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为2017年1月—2018年1月广东省第二中医院门诊及住院的FD患者(脾虚气滞型),共43例,并用随机数字表法随机分为治疗组和对照组。经统计学分析,两组的一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 2组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(月)
治疗组	22	10	12	37.3±10.4	25.3±15.0
对照组	21	8	13	36.9±12.9	23.7±16.5

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2016年罗马学术委员会制定的罗马Ⅳ FD诊断标准[6]制定。诊断标准应具有以下1项或多项症状:1)餐后饱胀不适。2)早饱感。3)上腹痛。4)上腹烧灼感。且无可解释症状的器质性疾病(包括胃镜检查)证据。诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合以上标准。

1.2.2 中医分型(脾虚气滞证)诊断标准 参照2017年中华中医药学会脾胃病分会制定的《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见》[7]制定。具体如下:主症:1)胃脘痞闷或胀痛。2)纳呆。次症:1)嗳气。2)疲乏。3)便溏。舌脉:1)舌淡,苔薄白。2)脉细弦。证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

1.3 纳入标准 1)符合上诉诊断标准。2)年龄在18~60岁。3)知情同意,能配合研究,定期复查。

1.4 排除标准 1)伴有影响胃肠动力的消化系统

作者简介:谭万芳(1992-),女,硕士研究生,主要从事中医脾胃病方向研究。
通讯作者:戈 焰,E-mail:geyandoctor@126.com。

器质性疾病。2)合并严重的心、脑、肾等脏器疾病或精神类疾患者。3)依从性差,不能定期复查者。4)害怕针灸、有针灸禁忌症及对所用药物过敏者。5)哺乳妊娠或正准备妊娠的妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予患者针刺胃三针及口服健胃舒颗粒。

选穴:胃三针(双中脘、双内关、双足三里)。予常规消毒所针穴区皮肤,采用一次性无菌针灸针(苏州华佗牌;规格:0.30 mm×40 mm)进行针刺,先针内关,提插捻转得气后予泻法,其余穴位平补平泻。每次留针 30 min,间隔 15min 行针 1 次,每日 1 次。

健胃舒颗粒(广东一方药厂,粤药制字 Z20071342)为包含黄芪、桂枝、白芍、木香、枳实、厚朴、鸡内金、黄芩等的中药复方颗粒制剂,每包 5 g,1 包/次,每日 3 次,餐前 30 min 冲服。

2.2 对照组 用枸橼酸莫沙比利片(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字 H20031110),每次 5 mg,每日 3 次,餐前 30 min 口服。

两组均在 4 周后观察临床疗效。

3 疗效评价

3.1 评价指标 将两组患者治疗前后上腹胀、上腹痛、上腹烧灼感、早饱等主要症状按严重程度进行分级评分:0 级(0 分):无症状;Ⅰ级(1 分):症状轻微,不影响日常生活;Ⅱ级(2 分):症状中等,部分影响日常生活;Ⅲ级(3 分):症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作[7]。

3.2 疗效判定 临床疗效参考《功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》[7]制定,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%(尼莫地平法)。疗效标准:1)临床痊愈:临床症状、体征完全消失或基本消失,疗效指数≥90%。2)显效:临床症状、体征明显改善,60%≤疗效指数<90%。3)有效:临床症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<60%。4)无效:临床症状,体征无明显改善,甚至加重,疗效指数<30%。其中,总有效率=(痊愈+显效+有效)/总病例数×100%。

3.3 水负荷联合 B 超试验 患者于入组前和疗程结束后空腹进行水负荷试验。嘱患者以 300 mL/min 的速度饮入纯净水,至刚出现饱足感时的饮水量为阈值饮水量(TV),在 B 超下测量此时的近端胃容积,即阈值近端胃容积(SPTV),按此模式继续饮水,直至患者不能继续饮水或完全饱足时的饮水量为饱足饮水量(SV),在 B 超下测量此时的近端胃容积,即饱足近端胃容积(SPSV)。B 超测量公式:体积=左右径×前后径×上下经×0.68(cm^3)。

3.4 生活质量 简明健康状况量表(SF-36)分为 8 个维度,并采用李克累加法来计算各维度的得分(0~100),得分越高,生存质量越好。

3.5 统计学方法 使用 SPSS 19.0 软件整理分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

4 结果

4.1 症状积分对比 治疗前,两组患者的症状积分差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性;治疗后,2 组的症状均有所好转,且治疗组症状改善优于对照组。见表 2。

表 2 治疗前后症状积分对比($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	上腹胀	上腹痛	上腹烧灼感	早饱
治疗组	22	治疗前	1.95±0.84	1.54±0.96	1.68±1.04	2.13±0.99
		治疗后	0.63±0.84*#	0.85±0.72*#	0.45±0.59*△	0.95±0.72*#
对照组	21	治疗前	1.95±0.97	1.66±0.85	1.71±0.90	2.04±0.92
		治疗后	1.23±0.62*	1.12±0.74*	1.00±0.89*	1.37±0.81*

注:与治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组比较,#$P<0.05$。

4.2 临床疗效对比 治疗组患者总有效率均显著高于对照组,差异有统计学意义。认为治疗组治疗脾虚气滞型 FD 优于对照组。见表 3。

表 3 疗效指数对比 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	22	3	10	6	3	86.36*
对照组	21	0	5	7	9	57.14

注:与对照组比较 *$P<0.05$。

4.3 水负荷试验 治疗前两组各数据无统计学差异($P>0.05$),治疗后,治疗组 TV、SV、SPTV 的改善程度优于对照组($P<0.05$),但 SPSV 两组间无明显差异($P>0.05$)。见表 4。

表 4 水负荷试验指标比较($\bar{x}\pm s$) 分

项目	例数	时间	TV	SV	SPTV	SPSV
治疗组	22	治疗前	375.82±103.67	836.53±209.81	207.43±172.31	379.79±275.76
		治疗后	467.08±256.89*#	901.12±215.46*#	266.87±163.01*#	414.32±278.67
对照组	21	治疗前	362.31±123.06	821.79±221.33	187.43±145.24	357.29±191.08
		治疗后	418.03±176.23#	871.41±227.51#	236.98±180.19#	388.02±173.61

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

4.4 生存质量得分对比 治疗前，两组患者的生存质量得分差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性；治疗后，两组的生存质量积分均有所升高，且治疗组低于对照组，与治疗前相比，差异均有统计学意义（$P<0.05$），详见表5。

表5 生存质量得分对比（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分
治疗组	22	62.50±7.26	83.15±13.46*#
对照组	21	64.76±5.17	79.63± 3.81*

注：与本组治疗前后比较，*$P<0.05$；与对照组比较 #$P<0.05$。

5 讨论

目前，FD的病因及发病机制尚未完全明确，主要与胃肠动力障碍、胃肠应激反应强化、内脏高敏感性、社会心理因素、幽门螺杆菌感染等关系密切，并有学者[8]认为FD发病的核心机制是脑肠轴功能异常。中医学认为其病因多为外邪侵袭、饮食积滞、痰浊凝滞、瘀血停滞、情志失调、脾胃虚弱，本病虚实夹杂，脾虚气滞为其基本病机[9-10]。中医学治疗脾胃气机失常有多种方法，而针灸、中药就属于其中的治疗方法，并且FD被公认属于一级针灸病谱[11-13]。

全国著名针灸学家靳瑞教授集历代名家的临床经验之精华以创“靳三针”，而“胃三针”取自于此。中脘位处胃脘部，为足阳明胃经之募穴，属于局部选穴，“经脉所过，主治所及”。足三里为足阳明胃经之合穴，是调理脾胃的要穴，属循经远取；有研究表明，针刺足三里可恢复Moti-lin、Ghrelin水平，促进胃肠动力[14]；内关，属心包经，且为八脉交会穴，通于阴维脉，并与之合于胃、心、胸，故内关为宽胸理气、通络止痛之要穴。三穴配伍，远近结合，上下相迎，主治胃脘部疾病。健胃苏颗粒为包含黄芪、桂枝、白芍、枳实、厚朴等成分的纯中药制剂，疗效颇佳。方中黄芪为君药，健脾益气，使脾气健旺，则气血生化有源，促进胃肠运动；桂枝、白芍、木香、枳实、厚朴为臣，其中桂枝、白芍和里缓急，柔肝止痛；木香行气疏肝，与枳实、厚朴相伍有增强下气通腑除胀之功，促进胃肠蠕动，缓解腹部胀满之征；鸡内金健胃消食，三七散瘀定痛；黄芩为佐药，一来牵制全方之温燥，二来阻制肝郁化热之象。诸药合用，消补兼施，寒温并用，气机升降有制，既能健运脾胃又疏肝理气，虚可补，滞可行，共奏健脾疏肝、行气消滞、除胀止痛功效。且现代药理研究表明，健胃舒颗粒具有调节胃排空功能、镇痛等作用[15]。水负荷联合B超试验是评估内脏敏感性的手段之一，具有简单，经济，结果直观，非侵入性等优点[16]。结果提示，胃三针结合健胃舒颗粒能使脾虚气滞型FD患者的内脏感觉异常情况得到明显改善，恢复胃容受性舒张功能。

研究结果表示，胃三针结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型FD的过程中，症状积分、临床疗效、水负荷试验得分及生存质量得分均优于对照组（$P<0.05$），说明其治法能促进胃功能恢复，改善内脏敏感性，明显提高生活质量。桂枝、白芍缓急止痛，木香、枳实、厚朴行气，三七散瘀定痛，内关宽胸理气，从而令本方在改善上腹胀、上腹痛、嗳气发挥良好效果。本研究在治疗脾虚气滞型FD的过程中，以健脾疏肝理气为中心，创造性的把中药内服与胃三针外治相结合，提供针药结合的治疗思路，发挥中药调理脏腑气血阴阳的特点，同时兼顾针灸激发机体自身调节功能的优势，因此疗效甚佳。

综上所诉，胃三针结合健胃舒颗粒治疗脾虚气滞型FD具有确切疗效，能显著改善患者症状，改善内脏的高敏性，全面提高生活质量，值得广泛推广。当然，本研究也存在一定的不足，有待进一步的随访、更大样本的临床数据支持和其作用机制的深入研究。

参考文献：

[1] Consultant DVC. 55. Functi-onal Gastroduodenal Disorders [M]// Practical Gastroentero-logy and Hepatology. Wiley - B-lackwell，2010：434-441.

[2] Mahadeva S，Ford AC. Clinic-al and epidemiological differences in functional dyspeps-ia between the East and the West [J]. Neurogastroenterology & Motility the Official Journal of the European Gastroi-ntestinal Motility Society，2016，28(2)：167.

[3] Ghoshal UC，Singh R，Chang FY，et al. Epidemiology of U-ninvestigated and Functional Dyspepsia in Asia：Facts and Fiction [J]. Journal of Neuro-gastroenterology & Motility，2011，17(3)：235-244.

[4] 周继旺. 自拟中药药方联合两种药物治疗功能性消化不良患者的疗效研究[J].中华中医药学刊，2015，33(6)：1369-1371.

[5] 吴晓尉，季洪赞，许莲娥，等.针灸对比胃肠促动力药治疗功能性消化不良的Meta分析[J].中国中西医结合消化杂志，2015，23(2)：100-104.

[6] Stanghellini V，Talley NJ，C-han F，et al. Rome IV-Gast-roduodenal Disorders [J]. Ga-stroenterology，2016，150(6)：1380-1392.

[7] 李军祥,陈　諰,李　岩. 功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2017,25(12):889-894.
[8] 汪龙德,毛兰芳,杜晓娟,等. 功能性消化不良的相关研究进展[J]. 世界华人消化杂志,2017,25(1):84-90.
[9] 李乾构,周　斌,任蜀真,等. 功能性消化不良的辨证论治探析[J]. 中国中西医结合杂志,1996,14(2):115-119.
[10] 杨德荣. 功能性消化不良的中医辨证治疗分析[J]. 中国药物经济学,2012,25(6):195-196.
[11] 徐彦龙,熊　俊,杜元灏,等. 功能性消化不良所属针灸病谱等级的分类依据及其思路[J]. 中国针灸,2011,31(2):189-192.
[12] 吴柏瑶,张法灿,梁刘新. 功能性消化不良的流行病学[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(1):85-90.
[13] 李国华,侯晓华. 功能性消化不良的研究进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2002,11(4):370-373.
[14] 羊燕群,候陈凤,彭　丹,等. 针刺足三里对 FD 胃排空及血清 Motilin 和 Ghrelin 的影响[J]. 中华中医药学刊,2013,31(4):881-883.
[15] 周瑞玲,陈玉兴,孙　兰,等.健胃舒颗粒抗胃溃疡及抗炎、镇痛作用的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,2003,9(1):62-63.
[16] 邵　池,赵　宏,柯美云,等.水负荷试验联合 B 超在评价功能性消化不良近端胃功能障碍中的地位[J].中华消化杂志,2005,25(1):26-29.

（收稿日期:2018-12-26）

Clinical observation of Weisanzhen combined with Jianweisu granule for treatment of functional dyspepsia with spleen deficiency and qi stagnation

TAN Wanfang[1], GE Yan[2], WU Sihua[1], LIAO Jinping[1]

(*1. Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510000, China; 2. Guangdong Second TCM Hospital, Guangzhou 510000, China*)

Abstract: [Objective] To explore the clinical efficacy of Weisanzhen combined with Jianweisu granule for Treatment of Functional Dyspepsia (FD) with spleen deficiency and qi stagnation. **[Methods]** Forty-two cases of patients were randomized into the treatment group Weisanzhen combined with Jianweisu granule and the control group (mosapride) according to the random number. both groups were treated by 4 courses and followed up for 4 weeks.the difference of score of digestion adverse symptoms, curative effect index, water load test's score and life quality (SF-36) were observed and compared. **[Results]** After 4 courses' treatment, the effective rate of treatment group was 86.36%, which showing no statistical significance difference(P<0.05).the dyspeptic symptom scores were significantly decreased in both group after treatment. The score of water load test and quality of life(SF-36) were better improved in the treatment group than those in the control group(P<0.05). **[Conclusion]** Weisanzhen combined with Jianweisu granule in the treatment of FD with spleen deficiency and qi stagnation can improve symptoms of dyspepsia, efficacy, and the quality of life, so it is worthy of wide clinical promotion.

Key words: functional dyspepsia; Weisanzhen; Jianweisu granule; spleen deficiency and qi stagnation syndrome