

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0043-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.013

柴枳平肝汤治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效

白山岭 赵文 上官新红*

(郑州市第六人民医院 河南省传染病医院, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的: 分析柴枳平肝汤治疗功能性消化不良肝胃不和证患者的临床疗效。方法: 选取 2021 年 6 月至 2023 年 6 月郑州市第六人民医院收治的功能性消化不良肝胃不和证患者 96 例, 随机分为观察组和对照组, 各 48 例。对照组患者予以马来酸曲美布汀片, 观察组患者在对照组基础上联合柴枳平肝汤。比较两组患者疗效、中医证候积分、胃排空率、小肠排空率、胃肠激素 [血管活性肠肽 (VIP)、胆囊收缩素 (CCK)、胃泌素 (GAS)、胃动素 (MTL)] 水平、胃肠功能 [5-羟色胺 (5-HT)、胃蛋白酶原 II (PGII)、生长抑素 (SS)] 水平及不良反应。结果: 观察组患者治疗总有效率为 91.67%, 较对照组的 70.83% 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者中医证候积分 (胃脘痞满、胃脘疼痛、口苦、腹满) 较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者胃排空率、小肠排空率较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清 VIP、CCK 水平较对照组低, 血清 GAS、MTL 水平较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清 5-HT、PGII 水平较对照组高, 血清 SS 水平较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 柴枳平肝汤治疗功能性消化不良肝胃不和证患者效果显著, 可减轻临床症状, 改善胃肠动力。

[关键词] 功能性消化不良; 肝胃不和证; 马来酸曲美布汀片; 柴枳平肝汤**[中图分类号]** R 259 **[文献标识码]** B

功能性消化不良是消化内科常见疾病, 也可称之为消化不良, 主要是由于进食后胃底容受舒张发生障碍所致, 会导致上腹痛、腹胀、早饱、嗝气等症状, 心理、环境、社会等因素会加重临床表现, 严重威胁患者身体健康, 影响正常生活及工作^[1-2]。功能性消化不良属于慢性消化系统疾病, 具有病情迁延难愈特点, 与胃肠激素分泌紊乱、饮食不规律、不良生活习惯等具有较大关联。临床针对该病患者多采用西药治疗, 马来酸曲美布汀片是常用药物, 短期效果较佳, 可在一定程度上缓解临床症状, 但停药后极易复发^[3-4]。柴枳平肝汤富含多种中药成分, 可疏肝和胃、理气健脾, 减轻临床症状, 促进患者康复^[5-6]。本研究分析柴枳平肝汤联合马来酸曲美布汀片的临床效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 6 月至 2023 年 6 月郑州市第六人民医院收治的功能性消化不良肝胃不和证患者 96 例, 随机分为观察组和对照组, 各 48 例。对照组男性 31 例, 女性 17 例; 年龄 24 ~ 70 岁, 平均 (45.42 ± 5.37) 岁。观察组男性 29 例,

女性 19 例; 年龄 23 ~ 71 岁, 平均 (44.79 ± 5.48) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过 (202105-002)。

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 经常规检查确定无器质性病变; (2) 恶心呕吐, 早饱, 反胃厌食, 上述症状 1 个及以上出现 > 6 个月; (3) 中医诊断标准符合肝胃不和证辨证标准^[7]。主症: 口苦, 腹满, 胃脘嘈杂; 次症: 腹冷, 嗝气, 大便溏软; 舌: 苔白腻。具备 2 项主症、2 项及以上次症, 可确诊; (4) 西医诊断符合功能性消化不良相关诊断标准^[8]; (5) 临床资料完整; (6) 患者对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 糖尿病者; (2) 心脑血管疾病者; (3) 肝肾功能不全者; (4) 代谢紊乱者; (5) 精神疾病者; (6) 恶性肿瘤者; (7) 认知功能障碍者; (8) 对使用药物过敏者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以马来酸曲美布汀片 (信合援生制药股份有限公司, 国药准字 H20083488), 口服,

[收稿日期] 2024 - 05 - 18**[作者简介]** 白山岭, 男, 主治中医师, 主要研究方向是中医肝病。**[*通信作者]** 上官新红 (E-mail: sgxh1688@163.com; Tel: 13523578219)

0.2 g · 次⁻¹, 3 次 · d⁻¹。连续治疗 28 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合柴枳平肝汤, 组方: 柴胡、枳壳各 15 g, 佛手、白芍、川芎、合欢花、青皮各 10 g, 甘草、砂仁各 6 g。1 剂 · d⁻¹, 水煎煮取药汁 200 mL, 分早晚服用。连续治疗 28 d。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效评估 显效: 症状明显改善, 证候积分下降 > 95%; 缓解: 症状有所缓解, 证候积分下降 60% ~ 95%; 无效: 证候积分下降 < 60% [9]。显效、缓解计入总有效。

1.4.2 中医证候积分 采用中医证候积分评估临床症状, 包括胃脘痞满、胃脘疼痛、口苦、腹满, 总分均为 6 分, 分值越高, 症状越严重 [10]。

1.4.3 胃肠动力 比较两组患者治疗前、治疗后胃排空率、小肠排空率。用 HT100 型近红外光谱仪测定胃排空率, 酚红定量法测定小肠推进率。

1.4.4 胃肠激素 比较两组患者治疗前后血管活性肠肽 (vasoactive intestinal peptide, VIP)、胆囊收缩素 (cholecystokinin, CCK)、胃泌素 (gastrin, GAS)、胃动素 (motilin, MTL)。清晨空腹抽取外周静脉血 4 mL, 3000×g 转速离心 15 min, 置于 -80 °C 冰箱中。用酶联免疫法检测血清 VIP、CCK; 放射免疫法检测血清 GAS、MTL。

1.4.5 胃肠功能 比较两组患者治疗前后 5-羟色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT)、胃蛋白酶原 II (pepsinogen II, PGII)、生长抑素 (somatostatin, SS) 水平, 在空腹状态下采集肘静脉血, 离心分离取血清后, 采用酶联免疫吸附法测定 5-HT、PGII、SS 水平。

1.4.6 不良反应 治疗后观察患者是否出现头晕、呕吐等不良反应情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 91.67%, 较对照组的 70.83% 高, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 [n = 48, n (%)]

组别	显效	缓解	无效	总有效
对照组	21(43.75)	13(27.08)	14(29.17)	34(70.83)
观察组	29(60.42)	15(31.25)	4(8.33)	44(91.67) ^a

注: 与对照组比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者中医证候积分 (胃脘痞满、胃脘疼痛、口苦、腹满) 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者中医证候积分 (胃脘痞满、胃脘疼痛、口苦、腹满) 较对照组低, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 48, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	胃脘痞满	胃脘疼痛	口苦	腹满
对照组	治疗前	5.52 ± 0.55	5.74 ± 0.63	5.45 ± 0.61	5.63 ± 0.57
	治疗后	2.85 ± 0.12	3.05 ± 0.14	2.71 ± 0.09	3.14 ± 0.15
观察组	治疗前	5.49 ± 0.57	5.68 ± 0.65	5.37 ± 0.62	5.56 ± 0.59
	治疗后	2.03 ± 0.05 ^b	2.18 ± 0.06 ^b	1.92 ± 0.04 ^b	2.35 ± 0.09 ^b

注: 与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后胃肠动力比较

治疗前两组患者胃排空率、小肠排空率比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者胃排空率、小肠排空率较对照组高, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃肠动力比较 (n = 48, $\bar{x} \pm s$, %)

组别	时间	胃排空率	小肠排空率
对照组	治疗前	47.96 ± 3.27	55.43 ± 4.25
	治疗后	57.74 ± 4.02	73.56 ± 4.89
观察组	治疗前	48.05 ± 3.18	54.79 ± 4.16
	治疗后	71.53 ± 4.69 ^c	80.13 ± 5.28 ^c

注: 与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较

治疗前两组患者血清 VIP、CCK、GAS、MTL 水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者血清 VIP、CCK 水平较对照组低, 血清 GAS、MTL 水平较对照组高, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较 (n = 48, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	VIP /ng · L ⁻¹	CCK /pmol · L ⁻¹	GAS /ng · L ⁻¹	MTL /ng · L ⁻¹
对照组	治疗前	23.27 ± 2.51	5.85 ± 0.62	65.79 ± 4.37	115.82 ± 11.17
	治疗后	19.72 ± 1.54	4.96 ± 0.51	90.48 ± 7.27	190.59 ± 16.43
观察组	治疗前	23.45 ± 2.46	5.72 ± 0.65	66.25 ± 4.28	116.45 ± 10.59
	治疗后	16.53 ± 1.29 ^d	4.27 ± 0.42 ^d	117.65 ± 9.59 ^d	212.38 ± 18.74 ^d

注: VIP — 血管活性肠肽; CCK — 胆囊收缩素; GAS — 胃泌素; MTL — 胃动素。

与对照组治疗后比较, ^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后胃肠功能比较

治疗前两组患者血清 5-HT、PGII、SS 水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者血清 5-HT、PGII 水平较对照组高, 血清 SS 水平较对照组低, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后胃肠功能比较 (n = 48, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	5-HT/pg · mL ⁻¹	PGII/μg · L ⁻¹	SS/mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	169.14 ± 15.37	9.87 ± 1.52	6.68 ± 0.87
	治疗后	187.64 ± 17.21	14.69 ± 2.23	4.82 ± 0.56
观察组	治疗前	168.52 ± 14.91	10.23 ± 1.46	6.57 ± 0.93
	治疗后	216.93 ± 19.45 [°]	18.25 ± 2.62 [°]	3.49 ± 0.47 [°]

注: 5-HT — 5-羟色胺; PGII — 胃蛋白酶原 II; SS — 生长抑素。

与对照组治疗后比较, [°]P < 0.05。

2.6 两组患者不良反应比较

两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05), 见表 6。

表 6 两组患者不良反应比较 [n = 48, n (%)]

组别	头晕	呕吐	合计
对照组	1(2.08)	1(2.08)	2(4.17)
观察组	0(0.00)	1(2.08)	1(2.08)

3 讨论

功能性消化不良发病机制较为复杂, 虽然无器质性病变, 但会引发上腹痛、上腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等症状, 与自主神经功能紊乱、胃肠激素分泌异常密切相关, 且精神心理、细菌感染等因素也会影响病情^[11-12]。功能性消化不良发病范围较广, 且复发风险较高, 发病率也在逐年上升。该病主要发病机制为胃动力障碍, 胃排空会延缓, 且胃窦收缩幅度减弱, 影响胃肠动力。西医针对该病患者多采用抑制胃酸产生、促胃肠道动力类药物, 改善胃肠功能, 缓解临床症状。

在中医中功能性消化不良属于“痞满”范畴, 是由于情志不畅、饮食劳倦等原因所致; 故此, 针对该病以疏肝和胃、理气健脾为治疗原则。本研究针对功能性消化不良肝胃不和证患者予以柴枳平肝汤联合马来酸曲美布汀片治疗, 结果显示, 观察组患者治疗总有效率 91.67%, 较对照组 70.83% 高; 治疗后观察组患者胃脘痞满、胃脘疼痛、口苦、腹满评分较对照组低, 上述差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。提示二者联合应用可减轻临床症状, 提高治疗效果。功能性消化不良发病机制较为复杂, 与神经功能紊乱、胃肠激素异常等因素具有较大关联, 且心理、精神等原因也会影响病情, 中医认为是由于情志不畅、饮食劳倦, 日常若过饥过饱, 则会导致脾胃运化失常, 从而引发该病。马来酸曲美布汀片可直接作用于胃肠道平滑肌, 增强平滑肌细胞兴奋性, 松弛平滑肌, 调节胃肠功能^[13]。柴枳平肝汤中的枳壳可疏肝平气、消积祛痰; 柴胡可疏肝解郁、升阳解表; 砂仁可理气疏肝、和胃化湿; 合欢花可疏郁理气; 白芍可缓急止痛, 诸药合用可共奏健脾消食、和胃降逆、理气解郁功效^[14-15]。二者联合应用可加快减轻消化不良症状, 促进患者康复,

提高治疗效果。结果显示, 治疗后观察组患者胃排空率、小肠排空率较对照组高; 血清 VIP、CCK、SS 水平较对照组低, 血清 GAS、MTL、5-HT、PGII 水平较对照组高, 上述差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。提示二者联合应用可改善胃肠动力, 调节胃肠激素水平, 改善胃肠功能。VIP、CCK、SS、GAS、MTL、5-HT、PGII 是反映胃肠功能的重要指标, VIP 是一种神经递质, 主要存在于中枢镇静和肠神经系统中, 可在机体内发挥双重作用; CCK 是一种多肽激素, 可刺激胃分泌胃酸, 抑制回肠吸收钠和水; SS 可抑制胃分泌; GAS 是重要的胃肠激素, 可刺激壁细胞分泌胃酸; MTL 分布在小肠中, 可影响或促进胃肠运动; 5-HT 存在于大脑皮层及神经突触内, 属于抑制性神经递质; PGII 与胃黏膜病变呈正相关性。分析其原因为, 马来酸曲美布汀片可双向调节胃肠运动, 阻断胃肠道平滑肌胞膜 Ca²⁺ 通道, 抑制肌体兴奋性; 而且可与平滑肌阿片受体结合, 促进胃肠运动恢复, 缓解早饱、腹胀等情况。现代药理学认为柴枳平肝汤中的柴胡可利肝、保胆, 消除溃疡, 可增强免疫功能; 枳壳可减轻平滑肌痉挛收缩, 促进胃肠道兴奋, 促进胃肠运动恢复正常; 青皮、砂仁可促进胃液合成, 改善肠胃运动, 提高胃排空能力。二者联合应用可调节胃肠激素水平, 改善胃肠动力促进胃肠功能恢复。此外, 结果显示, 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。提示二者联合应用安全性较佳。

综上所述, 二者联合应用治疗功能性消化不良肝胃不和证患者效果显著, 可减轻临床症状, 改善胃肠动力。

[参考文献]

- [1] 许卫华, 王微, 李妮娇, 等. 香砂六君子汤合枳术丸治疗脾虚气滞型功能性消化不良的疗效评价及对核素胃排空的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (3): 1025-1028.
- [2] 杨洋, 郭宇, 朱佳杰, 等. 功能性消化不良合并焦虑障碍病理机制及中医药干预研究进展 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38 (2): 252-255.
- [3] 丁伟群, 蒋蔚茹, 徐三荣. 氟哌噻吨美利曲辛片与乌灵胶囊联合马来酸曲美布汀胶囊治疗伴有情绪障碍的功能性胃肠病腹胀 63 例疗效观察 [J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46 (1): 44-46.
- [4] 李稳, 丁媛媛, 刘晨晨, 等. 马来酸曲美布汀联合莫沙比利对功能性消化不良的治疗效果及对血清 5-HT NO SP 与胃肠激素的作用研究 [J]. 河北医学, 2020, 26 (5): 740-744.
- [5] 谭华梁, 蒋士生. 柴枳平肝汤联合西药治疗对 HP 阳性功能性消化不良疗效观察 [J]. 四川中医, 2019, 37 (6): 76-78.
- [6] 葛阳. 柴枳平肝汤联合多潘立酮片治疗功能性消化不良肝胃不和证 54 例及对胃肠激素、血清神经肽 S 受体 -1 水平

- 的影响 [J]. 安徽医药, 2021, 25 (2): 396-399.
- [7] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组、功能性胃肠病协作组. 功能性胃肠病罗马委员会代表与中国消化病学专家座谈纪要 [J]. 中华消化杂志, 2017, 37 (12): 853-854.
- [8] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组. 中国功能性消化不良专家共识意见 (2015 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2016, 36 (4): 217-229.
- [9] 吴文斌, 裴小静, 安娜, 等. 关于功能性消化不良中药新药临床研究的几点思考 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38 (9): 1127-1129.
- [10] 中华中医药学会脾胃病分会, 张声生. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (6): 2595-2598.
- [11] 钟招梅, 杨洁. 柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者血清 5-HT、SS 含量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27 (7): 721-724.
- [12] PANKAJ J P, MADHUSUDAN G, KATHERINE P Y, et al. Functional Dyspepsia and Gastroparesis in Tertiary Care are Interchangeable Syndromes With Common Clinical and Pathologic Features [J]. Gastroenterology, 2021, 160 (6): 2006-2017.
- [13] 沈爱红, 张洪涛, 施有奎. 马来酸曲美布汀联合舒肝颗粒对功能性消化不良患者血清神经肽 S 受体 -1、降钙素基因相关肽及胃动素的影响 [J]. 中国药师, 2019, 22 (8): 1493-1495, 1499.
- [14] 魏巍, 魏璟璟, 袁红霞. 柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者胃肠激素及血清神经肽 S 受体 -1 水平的影响 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27 (6): 869-871.
- [15] 邹蕾, 黄志远, 杨桥, 等. 柴枳平肝汤联合多潘立酮治疗肝胃不和证功能性消化不良疗效及其作用机制分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25 (8): 1031-1036.

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0046-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.014

疏肝降逆汤治疗肝胃郁热型胆汁反流性胃炎的临床疗效

杨涵 刘岩

(开封市第二中医院, 河南 开封 475004)

[摘要] 目的: 探析肝胃郁热型胆汁反流性胃炎患者应用疏肝降逆汤治疗的临床效果。方法: 选取开封市第二中医院在 2021 年 12 月至 2023 年 12 月期间收治的 160 例肝胃郁热型胆汁反流性胃炎患者, 以随机数字表法将患者分为对照组与观察组, 各 80 例。对照组患者给予常规西药治疗, 观察组患者在对照组治疗基础上使用疏肝降逆汤治疗。比较两组患者的治疗效果。结果: 观察组患者治疗总有效率较对照组更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者各项症状积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者胆汁反流时间、胆汁反流次数均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清 GAS、CCK 水平低于对照组, 血清 MTL 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于胆汁反流性胃炎 (肝胃郁热型) 患者应用疏肝降逆汤治疗, 可取得良好疗效, 改善症状积分, 改善胆汁反流情况与胃肠激素指标。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 肝胃郁热型; 疏肝降逆汤**[中图分类号]** R 573.3 **[文献标识码]** B

胆汁反流性胃炎是由于胆汁从十二指肠反流进入胃内, 引起的胃黏膜慢性炎症、糜烂甚至是溃疡等^[1]。患者以消化不良症状 (如上腹部疼痛、腹胀、恶心呕吐、食欲不振等) 为主要表现。目前临床中对于该疾病的治疗, 以药物治疗为主要治疗方法, 包括胃黏膜保护剂、促胃肠动力药物等。但长期服用西药, 可能

影响胃肠功能稳定状态, 且一旦停药后容易反复发作; 而中医对于胆汁反流性胃炎的治疗, 通过在辨证分型基础上用药, 可取得良好效果^[2-3]。本研究选取 2021 年 12 月至 2023 年 12 月期间开封市第二中医院收治的 160 例肝胃郁热型胆汁反流性胃炎患者开展研究, 现报道如下。

[收稿日期] 2024-05-09**[作者简介]** 杨涵, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合辨证治疗。