

参考文献

- [1] 刘明燕. 80 例颅脑损伤患者急诊救治及护理干预观察[J]. 自然科学(全文版), 2016(7):292.
- [2] 袁媛, 冯杰, 王晓燕. 重度颅脑损伤气管切开术后的护理[J]. 沈阳医学院学报, 2007, 21(1):46-47.
- [3] 周立英, 王孟云, 黄红蕾. 高血压脑出血行气管切开术期间呼吸道护理[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(31):174.
- [4] 陈慧. 颅脑损伤患者行气管切开术后综合护理体会[J]. 当代护士(专科版), 2013(8):72-74.
- [5] 郭越. 循证护理在重型颅脑损伤气管切开术后的应用[J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(4):435-437.
- [6] 刘海丽. 重度颅脑损伤病人的病情观察、并发症及护理[J]. 黑龙江科技信息, 2015(34):37.

- [7] 蒋丽君. 手术患者术前恐惧性焦虑心理的影响因素分析及护理干预[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(7):8-10.
- [8] 赵素敏. 综合护理干预对改善普外科患者情绪状态及生活质量效果评价[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(3):233-235.
- [9] 钟永芳. 综合护理干预在重症颅脑损伤昏迷患者气管切开术中的应用价值研究[J]. 数理医药学杂志, 2015, 28(4):598-599.
- [10] 吴博. 综合护理应用于重型颅脑损伤患者气管切开术后的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(82):249-250.

(收稿日期:2018-12-10 修回日期:2019-03-16)

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.15.044

莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良患者的效果及对胃肠激素分泌的影响

梁 金

陕西省西安市中医医院医保办, 陕西西安 710021

摘要:目的 分析莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良(FD)患者的临床疗效及对胃肠激素分泌的影响。方法 选取该院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的肝郁脾虚型 FD 患者 135 例作为研究对象,按随机数字表法分为中西医结合组、单纯西药组和单纯中药组,每组 45 例,其中单纯西药组采用莫沙必利片治疗,单纯中药组给予疏肝健脾汤治疗,中西医结合组除了给予莫沙必利片之外联用疏肝健脾汤治疗。连续治疗 4 周后,观察并比较各组治疗前后的中医症状积分、血清胃肠激素的变化情况,记录临床效果和不良反应发生情况。结果 治疗后,中西医结合组患者的临床疗效整体上优于单纯西药组及单纯中药组患者($P < 0.05$)。中西医结合组总有效率为 88.89%,单纯西药组为 68.89%,单纯中药组为 75.56%,各组差异有统计学意义($P < 0.05$);中西医结合组不良反应发生率为 13.33%,单纯西药组为 11.11%,单纯中药组为 8.89%,各组差异无统计学意义($P > 0.05$)。各组治疗前中医症状积分和胃肠激素水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后各组中医症状积分和胃肠激素水平均有改善,且中西医结合组的中医症状积分和胃肠激素水平明显优于单纯西药组及单纯中药组($P < 0.05$),而单纯西药组与单纯中药组患者组间比较中医症状积分和胃肠激素水平差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型 FD 患者临床效果显著,可调节胃肠激素分泌,明显改善中医症状,用药安全性较好。

关键词:莫沙必利片; 疏肝健脾汤; 肝郁脾虚; 功能性消化不良; 胃肠激素

中图分类号:R573.9

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)15-2244-03

功能性消化不良(FD)是难治的非器质性病变的消化道疾病,在临床上较为常见,临床表现复杂多样^[1-2],现阶段临床上缺乏特异性治疗方法,一般以缓解症状为目标,主要给予促胃肠动力、抑酸药物、抗抑郁等对症治疗^[3-4]。在祖国医学中,认为本病以肝郁脾虚型为主,主要病机是肝气郁结、胃失和降、脾脏运化功能虚弱,治以疏肝健脾、抑木扶土为原则。为此,本研究观察了莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗 FD 患者的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的肝郁脾虚型 FD 患者 135 例作为研究对象。西医诊断标准参照《功能性胃肠病罗马 III 诊断标

准》^[5];中医诊断参照《中药新药临床指导研究原则》^[6]中有关肝郁脾虚型 FD 的诊断标准,临床症状表现为胃脘部不适、或伴烧灼感、上腹痛、喜叹气、食欲差、反酸、面色萎黄、口干口苦或有口臭、舌质淡、可伴齿痕、苔黄白腻,脉弦弱。纳入标准:(1)确诊为肝郁脾虚型 FD;(2)1 个月内未给予抑酸等有关药物治疗;(3)患者有良好依从性,配合中药汤剂口服。排除标准:(1)消化道溃疡或出血者;(2)有腹部手术史者;(3)胃黏膜有重度异型增生者;(4)肠道梗阻者;(5)妊娠期及哺乳期妇女;(6)合并肿瘤、血液系统、免疫系统疾病者;(7)精神系统疾病者;(8)过敏体质者。

所有 FD 患者按随机数字表法分为中西医结合组、单纯西药组和单纯中药组,每组 45 例。其中中西

医结合组男 24 例、女 21 例,年龄 25~65 岁、平均(42.3±3.5)岁,病程 0.5~5 年、平均(3.21±0.12)年;单纯西药组中男 26 例、女 19 例,年龄 26~63 岁、平均(43.3±2.8)岁,病程 0.7~6 年、平均(3.49±0.25)年;单纯中药组中男 22 例、女 23 例,年龄 26~65 岁、平均(44.8±3.1)岁,病程 0.6~5 年、平均(3.86±0.85)年。各组患者年龄、性别、病程等一般资料之间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 单纯西药组应用枸橼酸莫沙必利片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字 H19990317)三餐前 0.5 h 服用,每次 5 mg,每日 3 次。单纯中药组给予疏肝健脾汤治疗,汤药组成:柴胡 15 g、党参 20 g、香附 12 g、炒白术 12 g、白芍 15 g、茯苓 12 g、丹参 12 g、清半夏 9 g、鸡内金 15 g、黄连 6 g、砂仁 6 g、香橼 12 g、炙甘草 6 g,每日 1 剂,水煎取汁 200 mL,早晚分服 100 mL。中西医结合组给予莫沙必利片联用疏肝健脾汤,方法同前。各组均连续治疗 4 周。

1.3 观察指标 参照《中医病证诊断疗效标准》^[7] 评定疗效。显效:胃脘部不适感,腹胀、叹气等临床症状消失;有效:临床症状好转;无效:临床表现无改善或恶化。显效+有效为总有效。治疗前后中医症状积分:参照中医症状积分量表^[8] 进行评定,症状越严重,评分越高。治疗前后胃肠激素指标:治疗前及治疗 4

周后于清晨空腹采集肘部静脉血液 4 mL,分离血清,检测方法采用放射免疫法,测定生长抑素和胃动素水平。不良反应:观察并记录各组治疗期间不良反应发生情况,主要包括头晕、倦怠等。

1.4 统计学处理 研究所得数据均应用 SPSS 22.0 统计软件分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,多组间比较采用方差分析,计数资料以 n (%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,临床疗效比较采用秩和检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 各组患者临床疗效不良反应对比 治疗后,中西医结合组患者的临床疗效整体上优于单纯西药组及单纯中药组患者($P<0.05$)。同时,中西医结合组总有效率明显高于单纯西药组及单纯中药组,3 组差异有统计学意义($P<0.05$)。中西医结合组中有 6 例发生不良反应,包括头晕 1 例,倦怠 2 例,口干 3 例,不良反应发生率为 13.33%;单纯西药组有 5 例发生不良反应,包括头晕 1 例,倦怠 2 例,口干 2 例,不良反应发生率为 11.11%;单纯中药组有 4 例发生不良反应,包括倦怠 2 例,口干 2 例,不良反应发生率为 8.89%;各组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 各组患者临床疗效与不良反应发生率对比[n(%)]

项目	n	显效	有效	无效	总有效率	不良反应发生率
中西医结合组	45	21(46.67)	19(42.22)	5(11.11)	40(88.89)	6(13.33)
单纯西药组	45	14(31.11)	17(37.78)	14(31.11)	31(68.89)	5(11.11)
单纯中药组	45	16(35.56)	18(40.00)	11(24.44)	34(75.56)	4(8.89)
Z 或 χ^2			57.253		5.400	0.450
P			<0.05		0.02	0.512

2.2 各组患者中医症状积分比较 如表 2 所示,各组患者治疗前中医症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后各组患者中医症状积分均低于治疗前($P<0.05$),治疗后中医症状积分组间比较均有明显差异,中西医结合组患者治疗后的中医症状积分显著低于单纯西药组及单纯中药组,差异有统计学意义($P<0.05$),而单纯西药组与单纯中药组患者中医症状积分组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 各组患者治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	n	治疗前	治疗后	t	P
中西医结合组	45	9.49±3.09	6.13±2.01	5.842	<0.01
单纯西药组	45	9.67±2.47	8.11±2.24	3.138	0.002
单纯中药组	45	9.71±3.17	7.69±1.95	11.107	<0.01
F		0.072	10.379		
P		0.930	<0.01		

表 3 各组患者治疗前后胃肠激素水平比较($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	n	时间	生长抑素	胃动素
中西医结合组	45	治疗前	26.54±3.28	65.34±9.19
		治疗后	21.04±2.40*	78.06±8.32*
单纯西药组	45	治疗前	27.03±2.65	66.43±10.35
		治疗后	24.14±3.21*	73.89±6.33*
单纯中药组	45	治疗前	26.83±3.95	65.83±11.55
		治疗后	25.34±2.91*	72.49±9.68*
治疗前组间比较	F ₁		0.245	0.124
		P ₁	0.783	0.884
治疗后组间比较	F ₂		27.093	5.583
		P ₂	<0.001	0.005

注:与组内治疗前比较,* $P<0.05$

2.3 各组患者胃肠激素水平比较 各组患者治疗前生长抑素和胃动素水平比较,差异无统计学意义($P>$

0.05)。治疗后各组患者生长抑素水平均低于治疗前,胃动素水平均高于治疗前($P < 0.05$),治疗后胃肠激素水平组间比较均有明显差异,中西医结合组患者治疗后的生长抑素水平明显低于单纯西药组及单纯中药组,胃动素水平明显高于单纯西药组及单纯中药组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而单纯西药组与单纯中药组患者胃肠激素水平组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

3 讨论

现如今,有关FD的发病机制尚未明确,发病因素多样复杂。相关研究表明,生长抑素、胃动素等胃肠激素在FD的发生、发展中发挥了重要作用^[9-10]。其中,胃动素作为消化道激素,在胃肠功能紊乱的状况下其分泌水平会下降,以至于胃肠道蠕动功能异常^[11-12];生长抑素则可以调节胃动力,所以调节胃肠激素水平具有重要意义。临床上治疗FD的方法通常是抑制胃酸分泌、促胃动力、根除幽门螺杆菌等,虽取得了一定治疗效果,但单独应用效果难以令人满意,且长期应用存在一定不良反应^[13-14]。而中西医结合治疗手段是治疗FD的优势方法,可提高患者的耐受性。

中医学认为,FD可归为“痞满”“反酸”等范畴,病变主要在于胃肠,与肝、脾二脏密切相关^[15]。发病的关键在于肝郁,致病因素是胃气不降,脾失健运,故予以疏肝健脾汤联用莫沙必利片治疗^[16]。疏肝健脾汤具有疏肝解郁、健脾益胃之功效,方中白术健脾益气、燥湿利水;茯苓渗湿利水、健脾;党参具有益气生津健脾的作用;白芍敛阴平肝、养血柔肝;柴胡、香附与香橼合用和解表里、解肝郁;鸡内金消食健胃;丹参可活血祛瘀、清心除烦;砂仁可化湿行气;黄连具有清热燥湿、泻火解毒之功效;清半夏可燥湿化痰、散结消痞;炙甘草具有益气补脾和胃之功效,可调和诸药。药理学研究证实,党参、茯苓对胃黏膜具有保护作用^[17];白术可调节胃底平滑肌张力,促进胃肠蠕动,加快小肠平滑肌舒缩,以此调节激素分泌;丹参能抑制大肠埃希菌。本研究结果显示,中西医结合组患者的临床疗效整体上优于单纯西药组及单纯中药组患者,各组差异有统计学意义($P < 0.05$)。各组在不良反应发生率上比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。中西医结合组患者治疗后的中医症状积分和生长抑素水平明显低于单纯西药组及单纯中药组($P < 0.05$),胃动素水平明显高于单纯西药组及单纯中药组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明中西医结合治疗可明显改善中医症状,临床效果显著,且用药安全性较好,调节胃肠激素分泌可能是治疗本病的作用机制。

综上所述,莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁

脾虚型FD患者临床效果显著,可调节胃肠激素分泌,明显改善中医症状,用药安全性较好。

参考文献

- [1] 陈婷,唐旭东,王凤云,等.功能性消化不良中西医临床诊断分型的思考[J]. 中医杂志,2016,57(7):563-566.
- [2] 杨蕊妮,刘纯伦.精神心理因素与功能性消化不良的相关性研究进展[J]. 重庆医学,2015,44(15):2129-2131.
- [3] 李文刚,周立君,吴冬寒,等.莫沙必利对功能性消化不良及近端胃舒张和胃排空功能的疗效研究[J]. 重庆医学,2015,44(2):148-150.
- [4] 冯辉,藏莉,张德重.半夏泻心汤对功能性消化不良患者血浆P物质和胃窦黏膜CGRP的影响[J]. 南京中医药大学学报,2015,31(4):310-313.
- [5] 德罗斯曼,科拉齐亚里,柯美云,等.罗马Ⅲ:功能性胃肠病[M]. 北京:科学出版社,2008:98-101.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:22-30.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:57-60.
- [8] 徐迪华,徐剑秋. 中医量化诊断[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1997:71-75.
- [9] 于惠玲,鲁素彩,王阳阳,等.老年功能性消化不良重叠腹泻型肠易激综合症的胃肠激素水平变化[J]. 中国老年学杂志,2015,35(21):6175-6176.
- [10] 张徐雯,周驰,王晓彤,等.白术散加减对胃寒型功能性消化不良小鼠胃肠功能的影响[J]. 中国医学科学院学报,2015,37(4):435-439.
- [11] DE SMET B, MITSELOS A, DEPOORTERE I. Motilin and ghrelin as prokinetic drug targets[J]. Pharmacol Ther, 2009, 123(2):207-223.
- [12] SANGER G J. Motilin, ghrelin and related neuropeptides as targets for the treatment of GI diseases[J]. Drug Discov Today, 2008, 13(5/6):234-239.
- [13] 汪波,高斌,王菲. 健脾合剂联合培菲康,莫沙必利治疗功能性消化不良的疗效评价[J]. 实用临床医药杂志,2017,21(24):110-111.
- [14] 何平,田文广,张小丽,等. Hp感染的功能性消化不良腹痛症状与P物质、降钙素基因相关肽的关系[J]. 重庆医学,2016,45(14):1906-1908.
- [15] 许卫华,姚树坤,李妮娇,等. 中医辨证论治对功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态影响的研究[J]. 北京中医药大学学报,2013,36(9):640-644.
- [16] 吕林,黄穗平,唐旭东,等. 功能性消化不良从脾论治理论探讨[J]. 中医杂志,2014,55(5):383-385.
- [17] 宋厚盼,谢梦洲,胡志希,等. 白术、黄芪、党参促进IEC-6细胞损伤后的快速修复[J]. 中成药,2015,37(6):1170-1175.