



逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛 30 例临床疗效

李砚颖 (北京市大兴区西红门镇金星卫生院 100162)

摘要:目的 观察逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛的疗效。方法 选择 60 例肝胃不和型胃脘痛患者,随机分为两组,对照组 30 例给予常规西药治疗,治疗组 30 例在常规西药治疗的基础上,给予逍遥散加减治疗,所有病例在用药期间尽量避免摄入刺激性较大的食物,规律作息,调畅情志,注意保暖,观察两组患者症状评分、焦虑评分、临床疗效、不良反应发生情况。结果 治疗组 30 例中,痊愈 9 例,显效 11 例,有效 6 例,无效 5 例,总有效率 83.33%,对照组 30 例中,痊愈 5 例,显效 8 例,有效 8 例,无效 9 例,总有效率 70%,2 组比较差异有统计学意义,治疗组在改善临床症状、体征等方面均有显著疗效。结论 逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛,治疗效果优于单纯使用西药治疗。

关键词:逍遥散 肝气犯胃型 胃脘痛

中图分类号:R259 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2019)02-033-02

胃脘痛是脾胃病中的常见病多发病,是以上腹胃脘部近心窝处发生疼痛为主症的病证,常伴有腹胀、嗝气反酸、恶心呕吐、食欲不振、消瘦等不适^[1],严重影响患者的生活和身心健康。胃脘痛的发病原因很多,近年来由于工作和生活节奏的加快,社会竞争日益激烈,越来越多的患者因情志因素出现肝胃不和、气机失调而致胃脘痛,成为临床最常见的证型之一,焦虑情绪也成为患者的主要伴随症状之一。常规西药治疗,多采用抑酸联合抗菌药^[2]、增加胃动力等药物治疗,治疗效果往往不理想^[3],且复发率高,易产生耐药性和不良发应,很难满足临床治疗需求^[4]。笔者应用逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛,重在疏通气机、调畅情志,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》中慢性萎缩性胃炎的中医证候诊断标准^[5]。

1.1.2 西医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》中慢性萎缩性胃炎的西医诊断标准^[5]。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合慢性萎缩性胃炎的西医诊断标准及中医证候诊断标准;纳入试验前 1 个月内检查证实诊断;发病 1 个月以上,年龄 25 岁~50 岁之间;每位患者均签署知情同意书。

排除标准:年龄在 25 岁以下或 50 岁以上;合并消化性溃疡、胃粘膜有重度异性增生或病理诊断疑有恶变者;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重的原发性疾病、精神病患者;妊娠或准备妊娠妇女、哺乳期妇女;过敏体质和对多种药物过敏者^[2]。

1.3 一般资料

选取 2017 年 1 月—2017 年 12 月,中国中医科学院广安门医院南区脾胃内科门诊收治的 60 例慢性萎缩性胃炎患者,随机分为中药治疗组和对照组,治疗组 30 例中,男性 17 例,女性 13 例,年龄 28 岁至 48 岁,病程 3 月年至 2 年;对照组 30 例,男性 16 例,女性 14 例,年龄 27 岁至 49 岁,病程 2 月年至 2 年。两组病例的性别、年龄、病程等一般资料采用 t 检验比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性,见表 1。

表 1:2 组患者一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
治疗组	30	17	13	31.00±5.86	1.49±0.22
对照组	30	16	14	33.50±5.27	1.52±0.45
t 值				0.17	0.14
P 值				>0.05	>0.05

1.4 方法

1.4.1 对照组:对照组患者给予口服奥美拉唑 100mg/次、4 次/日,多潘立酮 10mg/次、3 次/日治疗。4 周为 1 个疗程。

1.4.2 治疗组:在对照组治疗基础上,配合应用逍遥散加减治疗。方药组成:柴胡 15g 白芍 12g 陈皮 10g 香附 10g 当归 10g 川芎 10g 白

术 10g 茯苓 10g 薄荷^(后下) 6g 煨姜 9g 甘草 5g。随症加减:疼痛较甚者加元胡 15g 川楝子 15g 郁金 10g 木香 6g;嗝气频繁加旋复花 3g 代赭石 15g;泛吐酸水加黄连 6g 吴茱萸 6g;水煎,煎煮 1 次后倒出药汁,再次加水煎煮后分为 2 份,每日 1 剂,分温早晚 2 次服用。4 周为 1 个疗程。

2 组患者在用药期间尽量避免摄入刺激性较大的食物,规律作息,调畅情志,注意保暖,在 1 个疗程结束后观察疗效。

1.5 观察指标及疗效判定

通过预约门诊复诊、电话回访等方式对患者随访 2 个月,观察两组患者症状评分、焦虑评分、临床疗效、不良反应发生情况。

1.5.1 主要临床症状:参照《中药新药临床研究指导原则》中肝胃不和型胃脘痛的症状分级量表,将胃脘或胁肋胀满、胃痛、嗝气反酸、等三个主要症状,按症状程度分别计分,无症状 0 分、轻度 1 分、中度 2 分、重度 3 分^[4],观察三个症状治疗前后的评分情况,见表 2。

表 2:肝胃不和型胃脘痛症状分级量表

症状	0 分	1 分(轻度)	2 分(中度)	3 分(重度)
胃脘或胁肋胀满	无	轻微胃胀,时作时止,不影响工作及休息	胃胀可忍,发作频繁,影响工作及休息	胃胀难忍,持续不止,常需服理气消导药缓解
胃痛	无	轻微胃痛,时作时止,不影响工作及休息	胃痛可忍,发作频繁,影响工作及休息	胃痛难忍,持续不止,常需服理气消导药缓解
嗝气反酸	无	偶有嗝气吞酸	时有嗝气吞酸	频频嗝气反酸

1.5.2 焦虑评分由 20 个项目组成,每个项目 1~4 分,临界分为 50 分,超过临界分说明有焦虑情绪^[6]。

1.5.3 临床疗效判定:参照《中药新药临床研究指导原则》中的判定标准进行疗效判定^[5],将疗效分为临床痊愈、显效、有效、无效。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显好转,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%;积分计算公式为尼莫地平法:【(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分】 $\times 100\%$ 。

1.5.4 观察恶心呕吐、顽固性便秘、腹泻等不良反应发生的情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者主要症状评分比较

治疗前,两组患者胃脘或胁肋胀满、胃痛、嗝气反酸等三个主要症状评分进行比较,差异无统计学意义(P>0.05)。治疗组治疗前后各主要症状评分比较,差异有统计学意义($t_{\text{胀}}=3.22$, $t_{\text{痛}}=2.97$, $t_{\text{酸}}=2.55$, P<0.05);对照组治疗前后各主要症状评分比较,差异有统计学意义($t_{\text{胀}}=3.32$, $t_{\text{痛}}=2.99$, $t_{\text{酸}}=2.75$, P<0.05);治疗后治疗组胃脘或胁肋胀满、胃痛、嗝气反酸等三个主要症状的评分低于对照



组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后主要症状评分及焦虑评分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃脘胀满		胃痛		暖气反酸		焦虑评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.46 $\pm$ 0.72	0.57 $\pm$ 0.43	2.37 $\pm$ 0.70	0.46 $\pm$ 0.27	1.64 $\pm$ 0.63	0.37 $\pm$ 0.13	56.87 $\pm$ 5.69	32.96 $\pm$ 6.33
对照组	30	2.35 $\pm$ 0.63	1.06 $\pm$ 0.43	2.46 $\pm$ 0.53	1.07 $\pm$ 0.53	1.57 $\pm$ 0.57	0.54 $\pm$ 0.23	54.04 $\pm$ 5.71	39.18 $\pm$ 8.42
t 值		0.35	2.39	0.55	2.94	0.82	3.19	0.72	2.96
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者焦虑评分比较

治疗前, 两组患者焦虑评分评分进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ($t_{\text{焦}} = 3.22, P < 0.05$); 对照组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ($t_{\text{焦}} = 3.32, P < 0.05$); 治疗后治疗组焦虑评分评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组患者总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 (χ^2 值 = 6.458, $P < 0.05$), 见表 4。

表 4: 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 %
治疗组	30	4	12	9	5	83.33
对照组	30	2	9	10	9	70.00

2.4 两组患者不良反应发生情况比较

治疗组患者不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (χ^2 值 = 11.26, $P < 0.05$), 见表 5。

表 5: 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	顽固性便秘	腹泻	合计
治疗组	30	1 (3.3)	0	0	1 (3.3)
对照组	30	2 (6.6)	1 (3.3)	2 (6.6)	5 (16.6)

3 讨论

胃脘痛的病因较为复杂, 外邪犯胃、饮食不节、情志失调、脾胃素虚皆可致病, 病机变化为胃气郁滞, 失于和降, 不通则痛。其中, 情志失调是主要因素。因肝主疏泄, 具有疏土助运化的作用, 而脾胃同居中焦, 互为表里, 脾气主升, 胃气主降, 脾胃有病常相互影响。若忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝气横逆, 势必克脾犯胃, 致气机郁滞, 胃失和降而为病。《杂病源流犀烛·胃病源流》中说: “胃痛, 邪干胃脘也。……惟肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”^[1]

治疗当以和胃止痛、疏通气机为法, 所谓“通则不痛”。方中

柴胡疏肝解郁、宣畅气血, 使肝气条达; 白芍平抑肝阳、柔肝止痛; 柴胡轻清辛散、白芍酸寒收敛, 二药伍用, 互制其短而展其长, 使药效直达少阳肝经^[7], 共为君药; 香附疏肝理气、行气止痛, 为行气开郁之要品; 当归柔肝止痛、活血养血; 川芎辛温香窜、走而不守、行气止痛, 共为血中气药^[7]; 陈皮行气健脾、调中快膈、和胃降逆而为臣; 木郁则土衰, 肝病易于传脾, 故以白术、茯苓、甘草健脾益气, 白术甘温补中、补脾燥湿, 茯苓甘淡渗利、健脾补中^[7], 甘草益气, 非但实土以抑木, 且使营血生化有源; 薄荷为药中春生之令, 疏散郁遏之气, 透达肝经郁热^[7]; 煨姜降逆和中, 且能辛散达郁, 共为佐使药。胃痛较甚者加元胡、川楝子以理气止痛、行气活血, 郁金、木香行气解郁、消滞止痛^[7]; 暖气频繁加旋复花、代赭石一宣一降、宣降合法, 共同镇逆下气^[7]; 泛吐酸水加黄连、吴茱萸辛苦开降、清肝和胃制酸^[7]。

逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛, 本着治病求本的原则, 有效的改善症状、缓解焦虑, 降低不良反应, 取得了满意的疗效。

参考文献

- [1] 吴勉华、王新月. 中医内科学 [M]. 第 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 178-188.
- [2] 唐秀丽. 舒肝健胃合剂联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎 56 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2011, 33(2): 239-240.
- [3] 郝泉、李瑞珍、周其华等. 半夏泻心汤加减治疗幽门螺旋杆菌相关胃炎 21 例 [J]. 河南中医, 2015, 35(4): 687-688.
- [4] 潘建荣. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(6): 69-71.
- [5] 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, 2000: 124-129.
- [6] 沈红亮. 疏肝泄热和胃法治疗慢性胃炎 40 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5): 338.
- [7] 吕景山. 施今墨对药 [M] 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 45, 168, 195, 128, 10, 172, 180, 166, 183.

(上接第 31 页)

咀嚼效率达到了 (0.75 $\pm$ 0.47)%, 固定力为 (4.39 $\pm$ 0.35) N, 与修复前的咀嚼力 (0.35 $\pm$ 0.14) % 以及固定力 (1.33 $\pm$ 0.17) N 相比具有显著性的差异 ($P < 0.05$)。由此可知, 长时间使用磁性附着体能够为患者的义齿提供长期稳定的固定力, 磁性附着体能够消除义齿运动中产生的对基牙的侧向力, 基牙进行截冠之后, 牙根的活动进一步减少, 这样就促使患者牙周状况得到进一步改善, 降低患者牙周炎以及牙龈炎的发生率。同时, 磁性附着体对患者基牙的保健具有良好效果, 使用后患者的异物感会大大的减轻, 而且外形较为美观, 提高患者的满意度。

总之, 患者采用磁性附着体进行口腔修复, 其外形美观, 且口感舒适, 能够为义齿提供长期稳定的固定力, 减少修复后不良反应的

发生, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李春锐. 磁性附着体在口腔修复中的临床效果观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 10 期: 83-84.
- [2] 蒋永元. 磁性附着体在口腔修复中的临床价值 [J]. 现代养生, 2014, 12 期: 35-35.
- [3] 徐炜. 磁性附着体在口腔修复中的应用观察 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015.
- [4] 郭英娜, 王好红, 王刚. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用效果分析 [J]. 中国医学创新, 2013, 第 32 期: 120-122.
- [5] 赵萍. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用观察 [J]. 健康之路, 2014: 18-19.

(上接第 32 页)

参考文献

- [1] 宜丽, 屈慧芹. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(34): 197-198.
- [2] 张文华, 丁红丽, 张德荣, 等. 门诊药房处方调剂的差错原因及防范措施 [J]. 医疗装备, 2018, 31(21): 90-91.
- [3] 张国良. 医院门诊西药房处方调剂差错原因及对策 [J]. 临床

合理用药杂志, 2018, 11(26): 91-92.

- [4] 梁珊英. 浅析社区门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 饮食保健, 2018, 5(46): 277.
- [5] 敖建瑜. 门诊西药房处方调剂差错点分析及处方探讨 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(2): 97-98.
- [6] 白玲, 马敏怡. 浅析门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 兵团医学, 2018, (2): 54-55.