

和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床观察

李晓玥¹, 程军¹, 李慧¹, 俞仲贤^{2*}, 金仲达²

(1. 南京医科大学康达学院第一附属医院, 江苏连云港 222000;

2. 苏州大学附属常熟医院, 江苏常熟 215500)

[摘要] 目的:探讨和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效与安全性,以及对胃肠激素和脑肠肽的调节作用。方法:将126例患者随机按数字表法分为对照组62例和观察组64例。观察组和胃汤加减颗粒,10 g/次,3次/d,饭后30 min温开水冲服。对照组口服和胃汤加减安慰剂颗粒,10 g/次,3次/d,饭后30 min温开水冲服;两组疗程均为4周。治疗前后对餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感4个主要症状评分,进行治疗前后胃排空检查(GE);进行治疗前后功能性胃肠疾病生活质量量表(FDDQL),7分整体症状量表(GOSS)和肝胃不和证评分;检测治疗前后胆囊收缩素(CCK),胃动素(MTL)和胃泌素(GAS),5-羟色胺(5-HT),血管活性肠肽(VIP)和P物质(SP)水平;进行安全性评价。结果:治疗后观察组餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感等主要症状积分均显著低于对照组($P<0.01$),GOSS评分和肝胃不和证积分均显著低于对照组($P<0.01$),胃排空率和FDDQL各因子评分均高于对照组($P<0.01$);观察组CCK和GAS均低于对照组($P<0.01$),MTL高于对照组($P<0.01$);观察组5-HT和VIP均显著低于对照组($P<0.01$),SP显著高于对照组($P<0.01$);治疗后观察组临床疗效总有效率为(51/57)89.47%,高于对照组的(15/56)26.79%($\chi^2=45.696, P<0.01$);研究期间未发现与服用中药相关不良反应。结论:和胃汤加减治疗FD肝胃不和证可有效缓解主要症状和相关症状,减轻中医证候,提高生活质量,并可调节胃肠激素和脑肠肽的分泌,促进胃排空率,临床疗效好,且使用安全。

[关键词] 功能性消化不良; 和胃汤; 胃肠激素; 脑肠肽

[中图分类号] R289;R256;R256.3;R256.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2021)22-0113-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20210834

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20210423.1457.004.html>

[网络出版日期] 2021-04-25 10:49

Clinical Efficacy of Modified Heweitang in Treatment of Functional Dyspepsia Due to Liver-stomach Disharmony

LI Xiao-yue¹, CHENG Jun¹, LI Hui¹, YU Zhong-xian^{2*}, JIN Zhong-da²

(1. The First Affiliated Hospital of Kangda College of Nanjing Medical University, Lianyungang 222000, China;

2. Affiliated Changshu Hospital, Soochow University, Changshu 215500, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the clinical efficacy and safety of modified Heweitang in the treatment of functional dyspepsia (FD) due to liver-stomach disharmony and its regulation of gastrointestinal hormones and brain-gut peptides. **Method:** One hundred and twenty-six eligible patients were randomized into a control group (62 cases) and an observation group (64 cases). Patients in the observation group took the modified Heweitang granules with warm water 30 min after meals, 10 g/time, 3 times/day, while those in the control group took the corresponding placebo granules at the same dose in the same manner. The treatment in both groups lasted for four weeks. Before and after treatment, the four main symptoms including postprandial satiety, early satiety, upper abdominal pain, and upper abdominal burning sensation were scored, followed by

[收稿日期] 20210319(010)

[基金项目] 江苏省中医药局科技项目(YB2015109)

[第一作者] 李晓玥, 硕士, 主治医师, 从事中医内科临床工作, E-mail: xyzyk1563@163.com

[通信作者] *俞仲贤, 硕士, 副主任医师, 从事中医内科临床工作, E-mail: cruz7@163.com

the examination of gastric emptying (GE) and the scoring of the functional digestive disorders quality of life questionnaire (FDDQL), 7-point global overall symptom scale (GOSS), and liver-stomach disharmony syndrome. The cholecystokinin (CCK), motilin (MTL), gastrin (GAS), serotonin (5-HT), vasoactive intestinal peptide (VIP), and substance P (SP) levels before and after treatment were detected, and then the safety was evaluated. **Result:** After treatment, the scores of the four main symptoms, GOSS, and liver-stomach disharmony syndrome in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.01$), while the GE rate and FDDQL scores in the observation group were higher ($P<0.01$). The CCK, GAS, 5-HT, and VIP levels of the observation group declined as compared with those of the control group ($P<0.01$), whereas the MTL and SP levels were elevated ($P<0.01$). After treatment, the overall response rate in the observation group was (51/57) 89.47%, higher than (15/56) 26.79% in the control group ($\chi^2=45.696, P<0.01$). No drug-related adverse reactions were found during the trial. **Conclusion:** The modified Heweitang is efficient and safe in relieving the main and related symptoms and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, regulating the secretion of gastrointestinal hormones and brain-gut peptides, promoting GE rate, and improving the quality of life of patients with FD due to liver-stomach disharmony.

[Keywords] functional dyspepsia; Heweitang; gastrointestinal hormones; brain-gut peptides

功能性消化不良(FD)在有消化不良症状的患者中诊断率达51%~69%,常与其他功能疾病重叠存在,虽为良性疾病,但常反复发作,病程较长,反复检查,严重影响患者生命质量,导致精神心理障碍^[1-2]。FD的症状包括餐后不适综合征(PDS)和上腹痛综合征(EPS)两个亚型,可能与内脏敏感性升高、胃容受性受损、胃肠动力学异常、脑-肠轴功能紊乱、肠道微生物与幽门螺杆菌等有关^[1,3]。现代医学没有形成标准化、规范化治疗措施,临床以对症处理为主,长期服药不良反应明显^[4],而本病是中医药治疗的优势病种,其疗效获得了中西医学者的广泛认可^[1-2]。

根据FD不同表现,可归为中医胃痞、胃脘痛等病证范畴,其病位在胃,与肝脾关系密切^[2,5]。笔者认为本病多因饮食不节或感受外邪,使脾胃受损,气机不利,胃土壅滞,日久克其不胜,肝失疏泄,或情志失调,肝失疏畅,肝木肆横,克犯胃(脾)土,气机升降失调而致,可见肝胃失和是主要的病机。和

胃汤载于《医宗金鉴》,具有和胃化滞、理气解郁之功,用于中脘壅塞诸症^[6]。研究显示以和胃汤合三棱汤治疗小儿乳食积滞所致呕吐、腹胀、饱胀等收到了较好的临床疗效^[7];和胃汤能改善FD患者临床症状,调节胃动素(MTL)和胃泌素(GAS)分泌水平及胃动力学参数^[8]。基于对FD病机的认识及前期研究基础,笔者以和胃汤加减治疗FD肝胃不和证患者收到了较好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经南京医科大学康达学院第一附属医院伦理委员会审查批准(批号BF20180116-02),纳入的126例患者均来源于2018年5月至2020年7月第一附属医院66例和苏州大学附属常熟医院60例。经区组随机按数字表法分为对照组62例,其脱落4例,剔除2例,完成56例;观察组64例,其脱落5例,剔除2例,完成57例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general data between two groups of patients

组别	例数	性别/例		年龄 ($\bar{x}\pm s$)/岁	病程 ($\bar{x}\pm s$)/月	FD亚型/例		
		男	女			PDS	EPS	PDS+EPS
对照	62	24	38	39.15±4.78	5.92±0.95	30	19	13
观察	64	23	41	38.84±4.95	6.06±1.04	31	20	13

1.2 诊断标准 ①FD诊断标准,参照《中国功能性消化不良专家共识意见(2015年,上海)》制定^[1]。有餐后饱胀不适,早饱感,中上腹痛,中上腹部烧灼感

1项或多项症状,且无器质性、代谢性或系统性疾病等可解释,诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上诊断标准。PDS表现为餐后饱胀不适(影响

日常生活),早饱(不能完成进食餐量),且发作至少每周3 d^[2];EPS表现为上腹痛、上腹烧灼感至少每周发作1次,且影响到日常生活^[2]。②肝胃不和证诊断标准,参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]制定。主证见胃脘胀满或疼痛,两胁胀满。次证见每因情志不畅而发作或加重,暖气频作,善叹息,口干口苦,烧心泛酸,纳呆;舌脉见舌质淡红,苔薄白;脉弦或弦细。主证2项加上次证1项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合FD的诊断标准;②符合中医肝胃不和证辨证标准;③年龄18~65岁,性别不限;④近4周没有使用促胃动力药、抑酸药和抗生素药物治疗;⑤受试者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①经胃镜检查证实有消化性溃疡、胃肠肿瘤、萎缩性胃炎、糜烂性胃炎等患者;②有腹部(胃肠肝胆)手术史者;③有重叠肠易激综合征、食管反流病等患者;④合并糖尿病、结缔组织疾病者;⑤有乙醇、药物滥用史,合并重度情志障碍者;⑥妊娠期或哺乳期妇女;⑦合并严重心、肝、肾功能不全者;⑧同期采用其他中药治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 观察组采用和胃汤加减颗粒,药物组成,北柴胡10 g,香附10 g,延胡索10 g,萹澄茄10 g,枳壳10 g,麸炒白术15 g,厚朴10 g,砂仁6 g,陈皮10 g,广藿香10 g,炒山楂10 g,炒神曲15 g,炙甘草5 g,乌贼骨30 g(规格30 g/剂,江苏康缘药业股份有限公司,批号20180301)。上述饮片常规煎煮3次,取浸膏,加辅料,经干法制造成颗粒,10 g/次,3次/d,饭后30 min温开水冲服。对照组采用和胃汤加减安慰剂颗粒(由淀粉、糊精、色素、调味剂等制成,江苏康缘药业股份有限公司,批号20180302),用法同观察组。两组疗程均为4周。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①主要症状积分^[5],对餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感4个主要症状的程度与频率分别按0级(0分),I级(1分),II级(2分),III级(3分)进行评分,症状积分=症状严重程度×发作频率,于治疗前后各评价1次。②胃排空检查(GE),GE是FD的客观评价标准,具体检查方法参见文献^[9]进行,胃排空率=(20-胃内残留标志物数量)/20×100%,于治疗前后各评价1次。

1.6.2 次要疗效指标 ①生活质量,采用功能性胃肠疾病生活质量量表(FDDQL)^[10],含43个条目,分为8个领域(日常活动、焦虑、饮食、睡眠、不适症状、

疾病处理、疾病控制和压力),每个领域满分为100分,得分越高生活质量越高,治疗前后各评价1次。

②7分整体症状量表(GOSS)评分^[10],包含上腹痛等8个症状条目,每个记1~7分,总分为7~56分,分数越高症状程度越重,治疗前后各评价1次。

③肝胃不和证评分^[5],症状按4级分级标准,主证为0,2,4,6分;次证为0,1,2,3分,各症状评分相加为肝胃不和证积分,治疗前后各评价1次。④胃肠激素,检测治疗前后胆囊收缩素(CCK),MTL和GAS水平,采用放射免疫法测定,试剂盒(上海蓝基生物科技有限公司,批号分别为S2020569,G20206721,S2020839)。⑤脑肠肽,检测治疗前后5-羟色胺(5-HT),血管活性肠肽(VIP)和P物质(SP),采用酶联免疫吸附测定法,试剂盒(南京建成生物工程研究所有限公司,批号分别为J76103,C20151,J42813)。⑥安全性评价,检测治疗前后肝肾功能、心电图,血尿常规等安全性指标,记录患者新发不适,并与药物相关性进行分析。

1.7 疗效标准 参照文献^[5]进行治疗前后的疗效指数,计算公式。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床治愈为主要症状消失,肝胃不和证积分减少90%以上;显效为主要症状改善,肝胃不和证积分减少70%~90%;有效为主要症状明显好转,肝胃不和证积分减少30%~70%;无效为主要症状无改善,甚至恶化,肝胃不和证积分减少不足30%。

1.8 统计学处理 采用SPSS 22.0进行数据软件处理,计数资料以例(%)描述,比较采用卡方检验,等级资料采用秩和检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,符合正态分布、方差齐采用 t 检验,均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后主要症状积分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感积分均明显下降($P<0.05$, $P<0.01$),治疗后,观察组上述主要症状积分比对照组显著下降($P<0.01$)。见表2。

2.2 两组患者治疗前后胃排空率,GOSS评分和肝胃不和证积分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者胃排空率显著升高($P<0.01$),GOSS评分和肝胃不和证积分均显著下降($P<0.01$);治疗后,观察组胃排空率显著高于对照组($P<0.01$),GOSS评分和肝胃不和证积分显著低于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表3。

表2 两组患者治疗前后主要症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 2 Comparison of main symptom scores between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	餐后饱胀不适	早饱	上腹痛	上腹烧灼感
对照	56	治疗前	5.72±0.82	5.63±0.79	4.65±0.76	3.58±0.65
		治疗后	5.09±0.74 ¹⁾	5.10±0.65 ¹⁾	4.02±0.56 ¹⁾	3.13±0.49 ¹⁾
观察	57	治疗前	5.84±0.91	5.57±0.76	4.72±0.70	3.63±0.59
		治疗后	1.25±0.27 ^{2,3)}	1.21±0.24 ^{2,3)}	0.89±0.13 ^{2,3)}	0.84±0.12 ^{2,3)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P<0.01$ 。

表3 两组患者治疗前后胃排空率,GOSS评分和肝胃不和证积分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 3 Comparison of gastric emptying rate, GOSS score and liver-stomach disharmony syndrome score between in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	胃排空率/%	GOSS /分	肝胃不和证 /分
对照	56	治疗前	43.81±6.49	46.74±6.39	24.10±3.18
		治疗后	50.05±7.96 ¹⁾	40.92±6.21 ¹⁾	21.22±2.85 ¹⁾
观察	57	治疗前	44.17±5.56	47.09±6.74	23.95±3.09
		治疗后	73.24±10.07 ^{1,2)}	13.75±3.83 ^{1,2)}	4.81±0.94 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.01$ (表4~6同)。

表4 两组患者治疗前后FDDQL各因子评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 4 Comparison of FDDQL factor scores before and after treatment between in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	日常活动	焦虑	饮食	睡眠	不适症状	疾病处理	疾病控制	压力
对照	56	治疗前	75.25±9.34	53.64±6.76	59.30±6.78	65.42±7.57	45.39±5.68	52.64±6.42	56.02±6.89	57.32±6.49
		治疗后	78.16±9.61	58.32±7.41 ¹⁾	66.16±7.85 ¹⁾	71.85±8.48 ¹⁾	48.51±6.49	58.02±7.23 ¹⁾	60.46±7.30	63.06±7.81 ¹⁾
观察	57	治疗前	74.37±9.16	53.89±6.53	58.45±6.82	64.27±7.35	46.07±5.76	53.09±6.31	55.85±6.74	57.15±6.77
		治疗后	89.48±10.27 ^{1,2)}	80.65±8.95 ^{1,2)}	87.38±9.56 ^{1,2)}	82.62±9.09 ^{1,2)}	85.28±9.13 ^{1,2)}	86.95±9.58 ^{1,2)}	87.78±9.23 ^{1,2)}	86.29±9.82 ^{1,2)}

表5 两组患者治疗前后CCK,GAS和MTL水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

Table 5 Comparison of CCK, GAS and MTL levels before and after treatment between in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CCK	GAS	MTL
对照	56	治疗前	245.75±50.14	48.72±6.44	213.74±31.76
		治疗后	219.63±45.72 ¹⁾	45.86±5.85 ¹⁾	232.42±38.91 ¹⁾
观察	57	治疗前	242.58±49.36	49.03±6.35	214.81±34.59
		治疗后	160.37±28.43 ^{1,2)}	35.48±4.26 ^{1,2)}	256.75±42.37 ^{1,2)}

2.5 两组患者治疗前后5-HT, VIP和SP水平变化比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者5-HT, VIP均显著下降($P<0.01$),SP水平均显著升高($P<0.01$);治疗后,观察组5-HT, VIP均显著低于对照组($P<0.01$),SP显著高于对照组($P<0.01$)。见表6。

2.6 两组患者临床疗效比较 治疗后观察组临床疗效总有效率为(51/57)89.47%,显著高于对照组的

2.3 两组患者治疗前后FDDQL各因子评分比较

与本组治疗前比较,治疗后,对照组除日常活动、不适症状、疾病控制外,其他因子评分均有显著升高($P<0.01$),观察组FDDQL各因子评分均显著升高($P<0.01$);治疗后,观察组FDDQL各因子评分均显著高于对照组($P<0.01$)。见表4。

2.4 两组患者治疗前后CCK,GAS和MTL水平变化比较 与本组治疗前比较,两组患者CCK,GAS均显著下降($P<0.01$),MTL水平均显著升高($P<0.01$);治疗后,观察组CCK,GAS均显著低于对照组($P<0.01$),MTL显著高于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表5。

表6 两组患者治疗前后5-HT, VIP和SP水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

Table 6 Comparison of changes of 5-HT, VIP and SP before and after treatment in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	5-HT/ $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	VIP/ $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$	SP/ $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$
对照	56	治疗前	145.92±20.86	35.41±4.79	31.72±4.57
		治疗后	130.47±18.29 ¹⁾	32.01±4.14 ¹⁾	34.68±4.99 ¹⁾
观察	57	治疗前	146.38±21.15	35.83±4.64	32.16±4.78
		治疗后	78.83±13.24 ^{1,2)}	21.96±3.17 ^{1,2)}	45.82±6.33 ^{1,2)}

(15/56) 26.79%,比较差异有统计学意义($\chi^2=45.696, P<0.01$)。见表7。

2.7 安全性评价 研究期间未发现与服用中药相关不良反应。

3 讨论

FD是一种慢性、高复发的临床常见疾病,现代医学主要治疗措施是给予抑酸剂和促胃肠动力药

表7 两组患者临床疗效比较

Table 7 Comparison of clinical efficacy between in two groups of patients

组别	例数	临床治愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /例(%)
对照	56	0	2	13	41	15(26.79)
观察	57	26	15	10	6	51(89.47) ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾P<0.01。

对症处理,但临床疗效欠佳,中成药也成为西医临床选择重要手段,但使用存在诸多的不规范^[11]。中医没有FD的病名记载,但对其类似的临床表现的相关论述颇为丰富,《黄帝内经·素问》曰:“太阳之复,厥气上行,心胃生寒,胸膈不利,心痛痞满”。《黄帝内经·灵枢》有言:“胃病者,腹胀,上支两胁,膈咽不通,饮食不下”。《伤寒论》有云:“胃中不和,心下痞硬,干噎食臭”。《三因极一病证方论》云:“饮食劳逸,脏气不平,痞膈于中”,饮食不节,劳倦失调,使脾胃受损,气机升降失常,发为痞满。《三因极一病证方论》:“夫心痛者,以其痛在中脘,实非心痛也”,并指出外感六淫,其气闭塞,郁于中焦或五脏内动,汨以七情,其气痞结,聚于中脘或除食劳逸,触件非类,脏气不平,痞膈于中,均可使中焦胃之和降失职,气机郁滞,不通则痛。情志失调,肝气失于疏泄,肝以所胜传脾,使中焦气机郁滞,胃失和降,从而导致胃脘痞满、疼痛。可见本病病位在胃,与肝、脾密切相关,感受外邪、饮食失调、情绪障碍、过度疲劳等是常见病因,使胃失和调、中焦气滞是病机关键^[4-5,12]。因此治疗上要注重理气解郁、和胃降逆之法;叶天士有云:“培土必先制木”“醒胃必先制肝”,因此,应注意调肝,使肝脾(胃)调和。

和胃汤中香附疏肝解郁、理气宽中止痛,厚朴湿消痰、下气除满,砂仁行气宽中,健脾化湿,陈皮理气健脾、燥湿化痰,广藿香醒脾化湿和胃,炒山楂、炒神曲健脾消食,炙甘草健脾益气,笔者以北柴胡以疏肝解郁,枳壳理气宽中、行气消胀,萆澄茄温中散寒、行气止痛,延胡索理气活血止痛,乌贼骨制酸敛疮,以麸炒白术替代苍术以健脾益气化湿。全方共奏疏肝健脾,宽中和胃,理气止痛之功。药理研究显示北柴胡有镇痛、抗炎和抗抑郁作用,能降低胃蛋白酶活性、抑制胃液分泌,能改善消化不良症状,特别是伴郁症状以及焦虑情绪者^[13]。香附有镇痛、止泻作用,能调节5-HT起到抗抑郁效果^[14]。枳壳具有调节胃肠功能和抗抑郁作用^[15]。厚朴能改善胃肠运动障碍、抗腹泻、抗抑郁及抗炎、镇痛等

作用^[16]。砂仁能保护胃黏膜,有促进胃肠蠕动、镇痛、止泻及促进消化液的分泌、排除消化管内的积气等作用^[17]。陈皮能调节胃肠平滑肌运动,有促消化作用,可改善功能性消化不良症状^[18]。延胡索具有镇痛、抗炎、免疫调节作用,对胃液及胃酸分泌均有抑制作用,对胃黏膜起到保护作用^[19]。

FD主要目的是在于控制临床症状,提高患者生活质量,本研究评价了和胃汤加减方治疗FD肝胃不和证患者的临床疗效。结果显示治疗后观察组餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感等主要症状积分均低于对照组,GOSS评分和肝胃不和证积分均低于对照组,胃排空率和FDDQL各因子评分均高于对照组,观察组临床疗效总有效率高于对照组,临床上未发现不良反应,提示了和胃汤加减方治疗有效缓解FD主要症状和相关症状,促进胃排空率,减轻中医证候,提高了生活质量,临床疗效高于对照组,且安全。

胃动力异常包括胃排空延迟和胃舒张功能受损,与胃肠激素的异常表达有密切关系。CCK可抑制胃液的分泌,刺激胰液分泌和胆囊收缩,抑制胃排空,促进幽门括约肌收缩,引起消化不良,抑制食欲等^[20]。MTL可促进平滑肌收缩、小肠分节运动及胃强力收缩,加速肠道蠕动,分泌不足可导致胃排空延迟、收缩减弱,引起消化不良;GAS可增加幽门括约肌的张力,延缓胃的排空^[21]。脑-肠轴功能紊乱,引起内脏高敏感性,也是引起消化不良的重要机制,除了GAS,MTL等外,5-HT,VIP,SP等神经肽也参与了FD的功能性胃肠疾病的调节。5-HT的含量增加使内脏敏感性升高,肠道分泌液吸收减少,引起胃痛、腹痛、腹泻等症状;VIP使胃平滑肌的舒张、抑制消化道平滑肌收缩、减慢胃排空;SP可加强肠道平滑肌收缩、肠蠕动和胃排空,是胃肠运动调节中主要的兴奋性神经递质^[22-23]。本组资料显示治疗观察组CCK,GAS,5-HT,VIP均低于对照组,MTL,SP均高于对照组,提示了和胃汤加减可调节胃肠激素和脑肠肽的分泌,改善了胃肠动力,降低了内脏敏感性,从而有利于减轻FD相关症状。

综上,和胃汤加减治疗FD肝胃不和证可有效缓解主要症状和相关症状,减轻中医证候,提高了生活质量,并可调节胃肠激素和脑肠肽的分泌,促进胃排空率,临床疗效好,且安全。下一步课题组将开展与阳性药物对照的多中心研究,并观察其远期的临床疗效,以为FD提供一种安全、有效的中医药防治措施。

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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.
- [3] WAUTERS L, TALLEY N J, WALKER M M, et al. Novel concepts in the pathophysiology and treatment of functional dyspepsia [J]. Gut, 2020, 69(3): 591-600.
- [4] 唐燕,唐梅文,楼茜欣,等. 功能性消化不良的中医治疗进展[J]. 中医学报,2020,35(2):299-303.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [6] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京:人民卫生出版社,1963: 171-172.
- [7] 李添楠,丁珍. 三棱汤联合和胃汤治疗小儿乳食积滞型呕吐疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(10):1955-1957.
- [8] 王丽红. 和胃汤对功能性消化不良患者胃动素和胃泌素的影响[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(6): 182-183.
- [9] 袁星星,王炳予,杨磊,等. 针刺公孙、内关穴对伴心理因素功能性消化不良患者临床疗效的观察[J]. 针灸临床杂志,2015,31(4):52-55.
- [10] 张欣,杨静雯,邹璇,等. 功能性消化不良常用评价指标的比较与分析[J]. 中华消化杂志,2020,40(12): 887-890.
- [11] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华中医药学会脾胃病分会. 西医合理使用中成药治疗功能性消化不良临床指南[J]. 中华消化杂志, 2020,40(2):83-86.
- [12] 陈晨,杨谢安. 功能性消化不良肝胃不和证的中医治疗研究进展[J]. 中医药信息,2019,36(3): 122-126.
- [13] 孙晓卉,张量. 柴胡药理作用的研究进展[J]. 中国医药导报,2017,14(10):52-55.
- [14] 李英霞,侯立静,严军,等. 近5年国内外香附化学成分及药理作用研究新进展[J]. 现代中药研究与实践,2013,27(2):80-83.
- [15] 李陈雪,杨玉赫,冷德生,等. 枳壳化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(2): 158-161.
- [16] 谭珍媛,邓家刚,张彤,等. 中药厚朴现代药理研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(22):228-234.
- [17] 郝彦雷. 砂仁对胃肠作用的现代认识[J]. 亚太传统医药,2011,7(8):157-158.
- [18] 梅全喜,林慧,宋叶,等. 广陈皮的药理作用与临床研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析,2019,19(8): 899-902.
- [19] 冯自立,赵正栋,刘建欣. 延胡索化学成分及药理活性研究进展[J]. 天然产物研究与开发,2018,30(11):2000-2008.
- [20] 王鑫,陈京,白波. 胆囊收缩素及受体调节食欲研究进展[J]. 济宁医学院学报, 2015, 38(4): 278-280,285.
- [21] 胡雄丽,陈峭,李力. 背俞指针疗法联合半夏泻心汤治疗寒热错杂证功能性消化不良疗效及对胃肠激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11):1157-1161.
- [22] 高飞,刘铁钢,白辰,等. 脑肠轴与胃肠动力之间相关性的研究进展[J]. 天津中医药大学学报,2018,37(6):520-524.
- [23] 林柳兵,沈艳婷,阙任焯,等. 疏肝健脾养心法对功能性消化不良伴焦虑抑郁状态患者血清5-HT,SP, VIP,NPY的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2019,14(7):966-969.

[责任编辑 何希荣]