

# 乌香理气方联合莫沙必利 治疗功能性消化不良临床研究

张玉磊<sup>1</sup> 周文旭<sup>1</sup> 徐蕾<sup>1\*</sup> 韦要杰<sup>2</sup>

(1. 西安交通大学医院, 陕西 西安 710049; 2. 洛阳市第一中医院, 河南 洛阳 471000)

**摘要:**目的 为了观察乌香理气丸治疗功能性消化不良的疗效。方法 将132例患者随机分为三组, 西药组使用莫沙必利进行治疗, 中药组使用乌香理气丸治疗, 联合组使用莫沙必利加乌香理气丸治疗。均连续治疗4周。在治疗前后对患者进行症状评分及使用SF-36生活质量评定表进行生活质量评定, 并对总体疗效进行统计。结果 乌香理气方总体疗效为86.54%, 联合用药组总体疗效为92.45%, 和莫沙必利组疗效相比较, 均有显著差异( $P < 0.05$ ); 中药组和联合用药组治疗后症状积分情况明显较西药组治疗后低, 经统计学比较有显著差异( $P < 0.05$ ); 在生活质量改善方面联合用药组优于中药组, 中药组优于西药组( $P < 0.05$ )。结论 中药治疗FD疗效较佳, 尤其是联合用药不仅疗效好, 能解除主要症状, 而且可以显著提高患者的生活质量, 利于身心康复。

**关键词:** 乌香理气方; 功能性消化不良; 临床研究; 生活质量

**中图分类号:** R289.51 **文献标识码:** A **文章编号:** 2096-1340(2019)06-0126-05

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2019.06.034

功能性消化不良(Functional dyspepsia, FD)是消化内科常见疾病, 该病的发生主要与胃酸分泌异常以及精神心理因素有关。FD的主要临床表现为食欲不振、早饱感、餐后腹胀、恶心呕吐、嗝气、上腹灼痛等。现代社会人们工作、生活节奏逐年升高, 该病的发病率也随之升高, 有研究显示我国目前FD发病率高达23.5%<sup>[1]</sup>。在全球可达10%~30%, 因患该病导致患者情绪低落, 生活质量下降, 社会负担较重<sup>[2]</sup>。根据FD的临床表现及病情发展规律, 中医认为该病主要病机为肝郁横逆乘脾, 导致脾失健运所致。隶属于中医“胃痛”“胃痞”范畴。FD由于发病机制比较复杂, 临床常采用药物治疗结合改善生活方式、饮食结构、心理干预治疗等综合疗法为主<sup>[3-4]</sup>, 近些年对该病研究力度加大, 中医药治疗该病逐渐引起人们的重视<sup>[5]</sup>。自2017年9月~2018年12月, 我院消化门诊使用乌香理气方联合莫沙必利治疗该病132例, 取得满意疗效, 现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 将我院消化门诊诊治的137例患

者随机分为中药组、西药组及中西联合用药组, 其中中药组52例, 男性24例, 女性28例; 年龄( $40.83 \pm 11.68$ )岁; 病程( $7.11 \pm 3.76$ )年。西药组32例, 男性14例, 女性18例; 年龄( $41.17 \pm 12.41$ )岁; 病程( $7.24 \pm 3.46$ )年。中西联合用药组53例, 男性25例, 女性28例; 年龄( $40.96 \pm 11.84$ )岁; 病程( $7.18 \pm 3.55$ )年。三组患者在年龄、性别、病程等方面经统计学比较, 无显著差异( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①西医诊断符合2006年颁布的罗马Ⅲ标准; ②年龄介于20~65岁之间; ③一般情况良好, 能坚持治疗及各项检查; ④无严重的心脑血管疾病、免疫疾病、血液系统等重大疾病, 无精神类疾病; ⑤知情并签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** ①不符合纳入标准及辨证标准者; ②罹患胃、十二指肠溃疡、消化道出血及胰腺、肝胆相关疾病者; ③对治疗用药过敏者; ④妊娠及哺乳期妇女; ⑤未能坚持治疗, 无法判断疗效及临床资料不全者。

**1.4 辨证标准** 参照2009年颁布的《功能性消

化不良中医诊疗共识意见》<sup>[6]</sup>中肝胃不和证的辨证标准。其主症为：①胃脘胀痛；②两胁胀满不舒。次症：①随情志波动而波动；②烦躁易怒；③胃脘痞满不舒；④善太息；⑤舌脉：舌淡红、苔薄白，脉弦。主症必备，同时具有 2 项以上次证者可诊断为肝胃不和证。

2 方法

2.1 治疗方法 西药治疗组采用枸橼酸莫沙必利分散片(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字:H20031110)进行治疗,5mg/次,3 次/d,饭前服用。中药治疗组采用乌香理气方治疗,中药组成分:乌药、麸炒枳实、合欢皮、党参各 15g,白术、佛手、木香、柴胡各 10g,炙甘草 6g。每日 1 剂,150mL/次,2 次/d,饭前温服。联合用药组在服用枸橼酸莫沙必利分散片基础上服用乌香理气方。所有患者均连续治疗 4 周。治疗期间忌食肥甘厚味,生冷刺激等食物,调畅情绪,禁烟酒。

2.2 观察指标 观察三组患者治疗前后临床疗效、症状积分以及生活质量变化情况,并分析三组之间的有无差异。治疗前后对患者的主症如早饱感、胃脘灼热、胃脘疼痛、食后胀满等症状进行评分,主要症状评分标准:无症状者记 0 分;症状轻微,不影响日常生活者记 1 分;症状中等,部分影响日常生活者记 2 分;症状严重,影响日常生活,甚至难以坚持工作者记 3 分。

2.3 疗效评价标准 疗效标准参考 2009 年颁布的《消化不良中医诊疗共识意见》制定,具体如下:疗效评判以疗效指数减少幅度为依据,疗效指数=(治疗前症状评分-治疗后症状评分)/治疗前症状评分×100%。痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数大于等于 95%;显效:主要症状、体征明显改善,疗效指数大于等于 70% 小于 95%;有效:主要症状、体征明显改善,疗效指数大于等于 30% 而小于 70%;无效:主要症状、体征无明显改善甚至加重,疗效指数小于 30%。

生活质量评定标准评定采用汉化版 SF2—36 健康调查量表进行对治疗前后的患者进行评价,比较前后差异并分析其中的临床意义。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件包对所有数据进行统计分析。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 t 检验;计数资料用率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验进行分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 总体疗效 三组总体疗效情况见表 1。中药组和联合用药组与西药组比较,均有显著性差异( $P < 0.05$ ),说明这两组的疗效明显优于西药组;而联合用药组疗效达 92.45%,与中药组比较有显著差异( $P < 0.05$ ),说明联合用药疗效明显优于单纯中药治疗。

表 1 三组总体治疗效果比较表[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
西药组	32	5(15.63)	7(21.88)	11(34.38)	9(28.13)	71.89
中药组	52	10(19.23)	18(34.62)	17(32.69)	7(13.46)	86.54 <sup>△</sup>
	53	12(22.64)	21(39.62)	16(30.19)	4(7.55)	92.45 <sup>△*</sup>

注:△与西药组比较( $P < 0.05$ );\*与中药组比较( $P < 0.05$ )。

3.2 治疗前后症状积分变化对比 三组患者的主要症状有胃脘胀满、两胁胀痛、痞塞不舒及心烦,经过治疗后症状积分状况见表 2。三组患者治疗后均较治疗前有明显改善,经统计学比较有显著差异( $P < 0.05$ ),而中药组和联合用药组治疗后症状积分情况明显较西药组治疗后低,经统计学

比较有显著差异( $P < 0.05$ ),提示中药组和联合用药组在改善胃脘胀满、两胁胀痛、痞塞不舒及心烦等症状方面疗效明显优于西药组;联合组治疗后在改善胃脘胀满及心烦方面较之于中药组为佳,经统计学比较,两组具有明显差异( $P < 0.05$ ),说明联合用药改善症状效果更优。

表 2 三组主症治疗前后积分情况表( $\bar{x} \pm s$ )

组别		西药组(32)	中药组(52)	联合组(53)
胃脘胀满	治疗前	1.82±0.73	1.79±0.65	1.81±0.71
	治疗后	1.27±0.68	1.06±0.77 <sup>△</sup>	0.69±0.54 <sup>△</sup>
两胁胀满	治疗前	1.51±0.69	1.53±0.74	1.55±0.71
	治疗后	1.26±0.73	0.95±0.61 <sup>△</sup>	0.93±0.53 <sup>△</sup>
痞塞不舒	治疗前	1.88±0.73	1.85±0.89	1.88±0.92
	治疗后	1.53±0.74	0.75±0.52 <sup>△</sup>	0.75±0.68 <sup>△</sup>
心烦	治疗前	1.64±0.63	1.67±0.59	1.69±0.71
	治疗后	1.21±0.71	0.95±0.78 <sup>△</sup>	0.73±0.52 <sup>△*</sup>

注:△与西药组治疗后比较( $P<0.05$ );\*与中药组比较( $P<0.05$ )。

**3.3 生活质量评定** 患者治疗前后生活质量评定后发现,西药组有 3 项,中药组有 6 项,联合用药组有 8 项与同组治疗前相比较有显著差异( $P<0.05$ );治疗后生活质量评定显示,中药组有 2 项,联合用药组有 7 项较西药组有明显改善( $P<0.05$ );联合用药组有 6 项较中药组有显著改善( $P<0.05$ )。结果,见表 3。

表 3 三组 SF-36 生活质量评定表( $\bar{x} \pm s$ )

组别		西药组(32)	中药组(52)	联合组(53)
生理机能	治疗前	69.17±14.88	68.29±15.34	70.04±17.58
	治疗后	71.93±15.22	72.51±15.82 <sup>*</sup>	77.84±14.95 <sup>**△</sup>
生理职能	治疗前	47.58±13.72	49.18±14.25	48.37±12.65
	治疗后	49.28±14.13	50.98±14.75	54.25±13.67 <sup>**△</sup>
躯体疼痛	治疗前	77.42±11.09	77.53±12.33	76.94±13.62
	治疗后	81.15±12.27 <sup>*</sup>	83.83±12.29 <sup>*#</sup>	86.82±13.17 <sup>*#</sup>
一般健康	治疗前	36.53±17.41	37.44±16.23	36.96±16.98
	治疗后	39.24±16.37	41.94±17.85 <sup>*</sup>	46.29±16.83 <sup>**△</sup>
精力情况	治疗前	44.83±15.21	45.23±14.86	44.92±15.11
	治疗后	47.23±15.41 <sup>*</sup>	49.55±15.16 <sup>*</sup>	51.39±14.53 <sup>*</sup>
社会能力	治疗前	66.58±17.12	67.41±16.12	67.13±15.94
	治疗后	68.67±16.91	70.32±16.52 <sup>*</sup>	73.16±14.55 <sup>**△</sup>
情感职能	治疗前	68.27±22.34	68.33±21.91	68.25±21.83
	治疗后	71.54±21.03 <sup>*</sup>	71.88±21.25	78.35±21.58 <sup>**△</sup>
精神健康	治疗前	59.19±14.98	60.11±15.04	59.74±15.13
	治疗后	61.32±15.03	64.84±16.53 <sup>*#</sup>	68.96±16.22 <sup>**△</sup>

注:\*和同组治疗前相比较,有显著差异( $P<0.05$ );#和西药组治疗后相比较,有显著差异( $P<0.05$ );△和中药组治疗后相比较,有显著差异( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

功能性消化不良的病因尚不清楚,有研究认为该病的主要病因为多因素共同作用,如胃肠动力异常、胃肠高敏感、胃肠激素改变、精神心理因素及生活方式等<sup>[7]</sup>。其中胃肠动力异常和胃肠高敏感被公认为是致病的主要因素<sup>[8]</sup>。该病病程较长,严重影响病人的生活质量。西医治疗该病主要应用抗酸药以及胃肠动力类药品,但效果并不理想<sup>[9]</sup>。中医认为该病主要病机为肝郁乘脾,脾失健运所致<sup>[10]</sup>。如汪龙德<sup>[11]</sup>等人认为该病脾虚为本,肝郁为关键条件,总属本虚标实之证。中医治疗该病主要应用疏肝健脾法,乌香理气方就是以疏肝健脾理气为大法,方中乌药、木香温脾行气为君药,党参、白术健运脾胃,柴胡、枳实助君疏肝行气,四味共同为臣药;合欢皮、佛手行气解郁为佐助之品,炙甘草调和诸药为使。全方疏肝行气,健脾养胃,促进FD的好转。谭树慧<sup>[12]</sup>等研究发现木香和乌药组合能有效提高血清胃动素和胃泌素的水平,能降低胆囊收缩素水平,还可以加速肝郁气滞型FD模型大鼠的胃排空及小肠推进率,促进该病好转,而且效果优于两药单用。刘晶莹<sup>[13]</sup>等通过对木香、乌药和药对木香-乌药挥发油定性鉴定的组分进行分析发现,除了大部分来自单味药木香或者乌药之外还有7种新化合物产生。本研究以乌香理气方为主进行治疗,分别设置了西药莫沙必利以及乌香理气方联合莫沙必利治疗组,观察了三组的总体疗效、治疗前后症状积分变化以及患者的生活质量情况,结果提示乌香理气方总体疗效为86.54%,联合用药组总体疗效为92.45%,和莫沙必利组疗效相比较,均由有显著差异( $P < 0.05$ );说明乌香理气方在治疗FD方面疗效较佳。联合用药组和乌香理气方组疗效比较亦有显著差异( $P < 0.05$ ),提示莫沙必利联合乌香理气方疗效更佳。

在改善症状方面,三组患者经过不同治疗以后胃脘胀满、两胁胀痛、痞塞不舒及心烦等症状均明显改善,三组患者治疗后均较之于治疗前有明显改善,经统计学比较有显著差异( $P < 0.05$ ),而中药组和联合用药组治疗后症状积分情况明显较西药组治疗后低,经统计学比较有显著差异( $P < 0.05$ ),提示中药组和联合用药组在改善胃脘

胀满、两胁胀痛、痞塞不舒及心烦等症状方面疗效明显优于西药组;联合组治疗后在改善胃脘胀满及心烦方面较之于中药组为佳,经统计学比较,两组具有明显差异( $P < 0.05$ ),说明联合用药改善症状效果更优。

SF-36生活质量量表是目前世界上公认的具有较高信度和效度的普适性生活质量评价量表之一<sup>[14]</sup>,它具有简便、操作性强、兼顾生理和心理健康等优点<sup>[15]</sup>。本研究对患者治疗前后评定后发现,中药组及联合用药组有大部分评定项目与同组治疗前相比较有显著差异( $P < 0.05$ );治疗后生活质量评定显示,中药组在身体疼痛、心理健康方面,联合用药组在除了精力状况外的项目中均较西药组有明显改善( $P < 0.05$ );联合用药组大部分项目较中药组有显著改善( $P < 0.05$ )。提示中药治疗FD,尤其是联合用药可以显著提高患者的生活质量,解除患者因长期胃脘疼痛、泛酸、纳差等症状而导致生活质量低下的状态,促进患者身心健康。

## 参考文献

- [1] 由欣鹏,孙大娟,迟莉丽.基于“脑肠互动紊乱”理论辨治功能性胃肠病验案[J].山东中医杂志,2019,38(3):275-278.
- [2] 谢晓妹,刘力.功能性消化不良从肝论治探析[J].现代中医药,2019,39(1):18-20.
- [3] 郭先文,黄丹,左国文,等.精神心理因素与老年功能性消化不良研究进展[J].临床荟萃,2014,29(6):717-719.
- [4] 奚锦要,朱永钦,朱永革,等.功能性消化不良中医药临床研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(2):83-86.
- [5] KIM JB, SHIN JW, KANG JY, et al. A traditional herbal formula, Hyangsa-Pyeongwi san (HPS), improves quality of life (QoL) of the patient with functional dyspepsia (FD): randomized double-blinded controlled trial[J]. J Ethnopharmacol, 2014, 151(1): 279-286.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见(2009)[J].中国中西医结合杂志,2010,30(5):533-537.
- [7] 岳斌,唐晓丹,鲁仲巧.功能性消化不良胃肠运动研究进展[J].医学理论与实践,2019,32(5):654-656.
- [8] 邓小月,徐天舒.加味甘麦大枣汤联合胰酶肠溶胶囊和多潘立酮片治疗功能性消化不良伴焦虑抑郁的临床研究[J].河北中医,2018,40(11):1687-1696.

《内经》教学片、大型电视片《黄帝内经》等,通过视频可以让学生亲耳聆听《内经》大家精彩的内容解读,形象生动地了解《内经》理论形成的文化、社会背景,进一步深化《内经》课程学习。

⑧精选案例:在前期《内经》案例教学基础上,选择古今医案中领悟《内经》经旨,运用《内经》理论指导辨证的典型病案,建立《内经》理论案例素材库,让学生在掌握古典理论基础,以案研理,以理论案,开展学习讨论。

⑨课后习题:编写与讲授内容相应的训练习题,建立课后习题练习库,让学生课后自我测试,自我检查,起到促进复习、加深理解、强化记忆、减少遗忘的作用,亦能巩固教学大纲中掌握和理解的内容,达到学会弄通的要求<sup>[5]</sup>。

⑩模拟试题:从单项选择题、多项选择题、填空题、名词解释、原文默写、简答题、论述题等方面建立模拟试题测试库,让学生在课程学习完成后,进行自我测试,检查自己内容掌握程度,寻找不足,强化记忆。

⑪交流园地:设立交流园地,建立师生交流与互动平台,及时发布学科最新研究动态和学生学习状态,增强师生之间的交流互动,提高课堂教学

(上接第 129 页)

[9]曾俊,唐亮,郭泽映. 功能性消化不良患者血清白介素-6 浓度与焦虑抑郁评分的相关性研究[J]. 现代医院,2019,19(2):306-308.

[10]邢磊,郑亮. am 郑亮教授运用加味抑肝散治疗功能性消化不良的经验[J]. 现代中医学,2015,35(3):9-17.

[11]汪龙德,杜晓娟,刘俊宏,等. 基于脑肠互动探讨疏肝健脾法治疗功能性消化不良的研究思路[J]. 中医研究,2019,32(4):1-3.

[12]谭树慧,任卫琼,夏伯候,等. 醋灸乌药-木香对肝郁气滞型功能性消化不良模型大鼠胃排空及胃肠激素的

的针对性和有效性。

《内经》网络课程教学平台的建设,突破了目前课堂教学模式的时空限制,优化了教学资源,发挥了学生学习的主体地位,为学生自主学习提供了更广阔的空间,更好地提高了教学效果与质量。

总之,通过精品课程建设,促进了教学内容、教学方法及考核评价方式的综合改革,建设了高质量的网络课程教学平台,培养和锻炼了青年教师,提高了教师教学研究及科研水平,促进了教学质量的提高,为培养高层次中医药创新人才奠定了良好的基础。

参考文献

[1]邢玉瑞. 内经选读[M]. 北京:人民卫生出版社,2012.

[2]邢玉瑞. 内经选读[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.

[3]李翠娟. 《内经》网络课程教学平台的构建及其意义[J]. 陕西中医学院学报,2014,37(6):118-119.

[4]李翠娟,孙理军. 谈多元化教学法在《内经》课程教学中的应用[J]. 陕西中医药大学学报,2016,39(3):117-118,121.

[5]叶庆莲. 《中医基础理论》课程结构及教学内容改革的思考[J]. 广西中医学院学报,2001,4(3):90-92.

(收稿日期:2019-06-23 编辑:巩振东)

影响[J]. 中国药房,2019,30(5):684-688.

[13]刘晶莹,方洪壮. 药对木香-乌药与其单味药挥发油化学成分 GC-MS 的比较分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(9):1123-1125.

[14]罗伦,杜少辉,余听,等. 扶助元阳法对肾阳虚证老年人 BI 及 SF-36 的影响[J]. 新中医,2014,46(2):80-82.

[15]赵艳芳,姚英,钱治军,等. SF-36 量表用于海勤人员健康生命质量评价[J]. 第二军医大学学报,2018,39(8):1385-1389.

(收稿日期:2019-05-05 编辑:方亚利)