

# 健脾和胃汤治疗脾胃气虚证功能性消化不良的疗效分析

陶鑫<sup>1,3</sup>, 董飞<sup>3</sup>, 王聪<sup>1</sup>, 王玲<sup>2\*</sup>

(1. 新疆科技学院医学院; 2. 新疆科技学院康复教研室, 新疆 库尔勒 841000; 3. 库尔勒市第一人民医院中医科, 新疆 库尔勒 841000)

**【摘要】目的** 分析针对脾胃气虚证功能性消化不良患者应用健脾和胃汤治疗对其中医证候积分和胃生化指标的影响。**方法** 选取 2023 年 1 月至 12 月库尔勒市第一人民医院收治的 80 例脾胃气虚证功能性消化不良患者, 按照随机数字表法分为对照组 (40 例, 多潘立酮片治疗) 和分析组 (40 例, 健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗)。两组患者均持续干预 1 个月。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后中医证候积分、胃泌素和胃动素水平、胃排空时间及胃肠道蠕动频率, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 分析组患者治疗后临床总有效率高于对照组, 临床疗效优于对照组 ( $P<0.05$ ); 与治疗前比, 治疗后两组患者早饱、上腹痛及上腹胀评分均降低, 且分析组均低于对照组 (均  $P<0.05$ ); 与治疗前比, 治疗后两组患者胃泌素均降低, 但分析组低于对照组; 两组患者胃动素水平均升高, 且分析组高于对照组 (均  $P<0.05$ ); 与治疗前比, 治疗后两组患者胃排空时间均缩短, 且分析组短于对照组, 两组患者肠蠕动频率均增加, 且分析组高于对照组 (均  $P<0.05$ ); 分析组不良反应总发生率低于对照组, 但差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。**结论** 针对脾胃气虚证功能性消化不良患者, 应用健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗可调节患者胃肠道相关激素, 改善患者的临床症状, 治疗效果显著, 且安全性高。

**【关键词】** 功能性消化不良; 脾胃气虚证; 健脾和胃汤; 多潘立酮; 胃泌素; 胃动素

**【中图分类号】** R256.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2024.13.0098.04

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.13.032

功能性消化不良属于临床上常见的胃肠道功能性障碍疾病之一, 患者发病后主要表现为上腹胀、上腹痛等症状, 对患者生活质量产生影响。从当前来看, 临床治疗功能性消化不良的药物主要以抑酸药、促胃动力药等为主, 其中多潘立酮作为一类外周性多巴胺受体拮抗剂, 应用后仅能起到促进食物消化的效果, 对于早饱、上腹胀等症的改善效果一般, 且患者停药后病情易复发<sup>[1]</sup>。祖国医学中尚无功能性消化不良的病名, 但从其临床表现上看, 其包含了中医脾胃系统疾病的许多病症, 其病症表现主要与“嘈杂”“胃脘痛”“痞满”等范畴相关<sup>[2]</sup>。中医认为, 该病的发生主要与气机阻滞、饮食停滞及脾胃虚弱等因素有关, 在干预时应当以消食化滞、健脾和胃为主要干预手段<sup>[3]</sup>。健脾和胃汤是中医方剂名, 该药配方因不同的医家而有所差异, 但总体上都围绕着健脾和胃、消食化积的原则进行配伍, 具有芳香醒脾、和胃畅中、调理气机之功效<sup>[4]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨健脾和胃汤对功能性消化不良患者的治疗效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2023 年 1 月至 12 月库尔勒市第一人民医院收治的 80 例脾胃气虚证功能性消化不良患

者, 按照随机数字表法分为对照组和分析组, 各 40 例。对照组患者中男性 20 例, 女性 20 例; 年龄 18~68 岁, 平均  $(41.22 \pm 9.35)$  岁; 病程 0.6~14 年, 平均  $(3.44 \pm 0.45)$  年。分析组患者中男性 19 例, 女性 21 例; 年龄 19~67 岁, 平均  $(41.25 \pm 9.34)$  岁; 病程 0.5~14 年, 平均  $(3.43 \pm 0.31)$  年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 组间可比。纳入标准: (1)符合西医《中国功能性消化不良专家共识意见 (2015 年, 上海)》<sup>[5]</sup> 中功能性消化不良的诊断标准: 餐后饱胀不适、早饱感, 即进食后不久即有饱感, 以致摄入食物明显减少、上腹痛、上腹烧灼感。(2)中医符合《消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南 (基层医生版)》<sup>[6]</sup> 中“胃脘痛”的相关诊断标准, 并辨证为“脾胃气虚证”, 主要症状: 上腹部胀满, 伴暖气、早饱感、食欲不振; 次要症状: 恶心、反酸、乏力; 舌淡苔薄白或稍腻、脉象虚弱无力;(3)病程超过 1 个月或在过去的 12 个月中累计超过 12 周。排除标准: (1)合并肝、肾功能障碍;(2)对本研究药物不耐受;(3)既往曾行消化系统疾病手术。本研究经库尔勒市第一人民医院批准实施, 且患者均签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者口服多潘立酮片 (西安杨森制药有限公司, 国药准字 H10910003, 规格: 10 mg/片), 于饭前口服, 10 mg/次, 3 次/d。分析组患者在多潘立酮

作者简介: 陶鑫, 硕士研究生, 助教, 医师, 研究方向: 方剂配伍规律临床作用机理及方证。

通信作者: 王玲, 硕士研究生, 助教, 研究方向: 中医治疗骨关节疾病。E-mail: 675594981@qq.com

片的基础上联合健脾和胃汤治疗，多潘立酮片给药方式同上，健脾和胃汤方剂如下：生黄芪 25 g，白芍、炒白术、党参各 20 g，厚朴、草豆蔻、三仙、鸡内金、柴胡、清半夏、枳壳、茯苓各 15 g，甘草 10 g。根据患者症状不同酌情对药方加减，若有便秘者加用火麻仁 20 g，有阳虚者加用肉桂和干姜各 15 g；有阴虚者加用沙参 20 g、麦冬 15 g；便色发褐者加用三七和蒲黄各 15 g、心血通 10 g；反酸者加用瓦楞子 15 g、吴茱萸 10 g；疼痛严重者加用郁金和佛手各 15 g。将上述药物统一煎制成 300 mL，100 mL/次，3 次/d，饭后给药。两组患者均持续干预 1 个月。

**1.3 观察指标** (1)临床疗效：治疗 1 个月后计算中医证候积分改善情况，中医证候积分改善率 $\geq 70\%$ 称之为显效；中医证候积分改善率为 30%~<70%称之为有效，中医证候积分改善率<30%称之为无效。中医证候积分改善率=[(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分 $\times 100\%$ ]<sup>[6]</sup>；总有效率=显效率+有效率。(2)中医证候积分：脾胃气虚证功能性消化不良主症分为 3 部分，早饱、上腹痛及上腹胀，均按照 0~3 分赋分，0 分无症状、3 分症状最严重<sup>[6]</sup>。(3)胃泌素和胃动素水平：治疗前后抽取患者晨起肘部静脉血 5 mL 行实验室指标检测，在 3 500 r/min 的转速下离心 15 min，取上层清液，应用酶联免疫吸附法测定胃泌素和胃动素含量。(4)胃排空时间及胃蠕动频率：治疗前后记录患者的胃排空时间和肠蠕动频率。胃排空时间即食物由胃排入十二指肠的过程所需要的时间，采用胃肠钡餐的形式，使用  $\gamma$  相机（北京泰坤工业设备有限公司，型号:GeI-5）持续记录胃内食物放射性核素的量及胃区放射性核素的下降情况，确定胃排空时间；胃蠕动频率为每天进餐后 2 h 测定 1 次，于腹部回肠部位应用听诊器听 1 min 内肠道蠕动次数，一共记录 7 d，计算平均值；(5)不良反应：记录两组患者用药后发生腹泻

及嗜睡的患者例数，并记录其占比，不良反应总发生率为各项不良反应发生率之和。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 26.0 统计学软件处理数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用  $\chi^2$  检验；等级资料采用秩和检验；计量资料首先采用 S-W 法检验符合正态分布，以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 示，两组间比较采取独立样本  $t$  检验，治疗前后比较采用配对  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 分析组患者治疗后临床总有效率为 97.50%，高于对比组的 85.00%，临床疗效优于对比组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 1。

**2.2 两组患者中医证候积分比较** 与治疗前比，治疗后两组患者早饱、上腹痛及上腹胀评分均降低，且分析组均低于对比组，差异均有统计学意义 (均  $P<0.05$ )，见表 2。

**2.3 两组患者胃泌素和胃动素水平比较** 与治疗前比，治疗后两组患者胃泌素均降低，但分析组低于对照组；两组患者胃动素水平均升高，且分析组高于对比组，差异均有统计学意义 (均  $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者胃泌素和胃动素水平比较 (pg/mL,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	胃泌素		胃动素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	40	134.35 $\pm$ 2.97	127.25 $\pm$ 19.28*	131.35 $\pm$ 1.74	190.52 $\pm$ 50.04
分析组	40	134.37 $\pm$ 2.41	98.25 $\pm$ 29.30*	131.37 $\pm$ 1.73	220.53 $\pm$ 53.52
$t$ 值		0.033	5.229	0.052	2.590
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P<0.05$ 。

**2.4 两组患者胃排空时间及肠蠕动频率比较** 与治疗前比，治疗后两组患者胃排空时间均缩短，且分析组短于

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对比组	40	18(45.00)	16(40.00)	6(15.00)	34(85.00)
分析组	40	29(72.50)	10(25.00)	1(2.50)	39(97.50)
$Z$ 值		2.667			
$P$ 值		<0.05			

表 2 两组患者中医证候积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	早饱		上腹痛		上腹胀	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	40	2.45 $\pm$ 0.39	1.41 $\pm$ 0.37*	2.04 $\pm$ 0.29	1.13 $\pm$ 0.17*	2.25 $\pm$ 0.49	1.35 $\pm$ 0.42*
分析组	40	2.44 $\pm$ 0.35	0.81 $\pm$ 0.25*	2.11 $\pm$ 0.28	1.41 $\pm$ 0.30*	2.37 $\pm$ 0.02	0.71 $\pm$ 0.35*
$t$ 值		0.121	8.498	1.098	5.136	1.548	7.404
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P<0.05$ 。

对比组；两组患者肠蠕动频率均增加，且分析组高于对比组，差异均有统计学意义（均  $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者胃排空时间及肠蠕动频率比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	胃排空时间 (min)		肠蠕动频率 (次/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	40	240.40 $\pm$ 12.33	201.67 $\pm$ 12.83*	1.44 $\pm$ 0.81	3.38 $\pm$ 0.63*
分析组	40	241.41 $\pm$ 12.80	185.52 $\pm$ 12.28*	1.45 $\pm$ 0.80	4.92 $\pm$ 0.93*
$t$ 值		0.359	5.751	0.056	8.671
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P<0.05$ 。

**2.5 两组患者不良反应发生情况比较** 分析组不良反应总发生率低于对比组，但差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	腹泻	嗜睡	总发生
对比组	40	2(5.00)	1(2.50)	3(7.50)
分析组	40	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)
$\chi^2$ 值				0.000
$P$ 值				>0.05

3 讨论

功能性消化不良属于因非器质性病变导致的疾病之一，指的是由于胃和十二指肠功能失常而引发的一系列症状。西医治疗该病主要以促胃动力药为主，其中以多潘立酮片为代表，该药为多巴胺受体拮抗剂，能增加胃窦和十二指肠动力，促进胃排空，有效缓解功能性消化不良症状，包括胃-食道反流、上腹部胀闷感、腹胀及各种原因引起的恶心、呕吐等，但该药仅对胃起作用，对结肠无作用，且停药后可反复发作，且长期使用西药也存在着不良反应较大等不足<sup>[7]</sup>。

中医认为，功能性消化不良病位在胃，与脾脏密切相关，脾胃虚弱是本病的病机，病因主要为饮食失常、情志失调、脾胃虚弱等，使得中焦气机不利，脾胃功能失常或气机阻滞，脾胃升降时序，出入不理，进而发病，故本病应以健脾和胃法治之，脾气得以健运，胃气得以和降，气机得以畅顺，则腑通脏安，化生有源，病症乃愈<sup>[8]</sup>。健脾和胃汤治疗作为临床多年应用组方，其化裁精妙，源于经典但又不拘泥于传统，属于四逆散与四君子汤的联合化裁药物之一。该方剂中的茯苓、炒白术、生黄芪及党参为四君子汤的核心，整体应用后可起到化湿和中、健脾益气的功效；清半夏则具有化湿和中的功效，可显著改善因脾胃气虚导致的痰湿症状；枳壳和柴胡具有疏肝理气的功效，可通畅气机使得脾胃气机运化；三仙、鸡内金具有消食导滞的功效；白芍可缓急止痛及柔肝；草豆蔻、厚朴具有温中燥湿、

消胀除满的功效，可调理患者自身的湿邪症状；甘草不仅能够和中健脾，还能起到调诸药的效果，进一步强化全方和胃健脾的功效<sup>[9]</sup>。本研究中，治疗后分析组患者的临床疗效优于对比组，治疗后两组患者早饱、上腹痛及上腹胀评分均低于对比组，这表明针对脾胃气虚证功能性消化不良患者，应用健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗可改善患者的症状，治疗效果显著。

胃肠激素有助于维持消化道的正常生理功能，功能性消化不良患者神经-内分泌系统失衡导致胃肠激素紊乱。胃泌素主要是由胃窦部位中的 G 细胞分泌的一种胃肠激素，可促进胃酸分泌，促进胃体和胃窦收缩，增加幽门括约肌的张力，延缓胃的排空；胃动素由单核细胞产生，能引起胃、小肠、结肠及食管下端括约肌收缩，从而促进胃排空、小肠及结肠蠕动，其水平下降会导致胃排空延迟，两者可反映胃功能<sup>[10]</sup>。现代药理研究表明，鸡内金中的含有胃激素、角蛋白、氨基酸、淀粉酶等，能促进胃腺分泌，增强胃的运动，加快胃排空<sup>[11]</sup>；党参其中含有党参皂苷、多糖等活性成分，可调节胃肠道的神经递质和激素，促进胃肠道平滑肌的舒张，进而改善胃肠道蠕动功能<sup>[12]</sup>。本研究中，治疗后分析组患者胃泌素水平低于对比组，胃动素水平高于对比组，胃排空时间短于对比组，肠蠕动频率高于对比组，这表明针对脾胃气虚证功能性消化不良患者，应用健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗可改善患者胃肠道相关激素，促进患者恢复，缓解患者消化不良症状。此外本研究中，分析组不良反应总发生率低于对比组，但差异无统计学意义，这表明应用健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗脾胃气虚证功能性消化不良患者不会增加不良反应的发生。分析其原因，健脾和胃汤中的黄芪、党参等成分具有抗炎、抗氧化、免疫调节等多种药理作用，这些作用不仅有助于调节机体状态，减轻西药对机体的潜在损伤，还能有效缓解其可能引发的不良反应<sup>[13]</sup>。

综上，针对脾胃气虚证功能性消化不良患者，应用健脾和胃汤联合多潘立酮片治疗可调节患者胃肠道相关激素，改善患者的症状，治疗效果显著，且安全性高，值得临床应用推广。

参考文献

[1] 闫素芳. 柴枳理中汤联合多潘立酮片治疗脾胃气虚型功能性消化不良的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2021, 29(6): 91-93.

[2] 霍涌波, 尚国涛, 任利. 四君子汤治疗脾胃气虚型胃溃疡合并功能性消化不良的效果观察 [J]. 检验医学与临床, 2019, 16(22): 3352-3354.

[3] 林博, 韩冉, 张万宇, 等. 苓桂术甘汤对老年脾胃气虚型功能型



- 消化不良患者胃蛋白酶原、胃泌素及血液流变学的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(10): 1884-1888.
- [4] 劳敏莹, 兰丽琴, 黄梦婕, 等. 健脾和胃汤加减辅助治疗功能性消化不良的效果及对患者胃泌素和胃动素水平的影响[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(5): 44-47.
- [5] 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.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8): 3619-3625.
- [7] 杨玲, 张颖. 开胃理脾丸联合多潘立酮治疗功能性消化不良的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2023, 38(4): 858-862.
- [8] 陈欢, 吕金枝, 王嘉琪, 等. 中医药治疗功能性消化不良随机对照试验结局指标现状分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(1): 28-35.
- [9] 尧应才. 健脾和胃汤联用黛力新对老年消化不良患者的治疗分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(11): 1800-1801.
- [10] 周丽, 王丹, 潘小丽, 等. 电针治疗肝胃不和型功能性消化不良的临床疗效及对血清胃泌素、胃动素水平的影响[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(4): 538-542.
- [11] 王楠, 顾笑妍, 吴怡, 等. 鸡内金的临床应用及药理作用研究概况[J]. 江苏中医药, 2021, 53(1): 77-81.
- [12] 蒙洁, 陈冬梅, 刘佳佳, 等. 基于网络药理学的党参干预肠易激综合征作用机制研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(1): 80-85.
- [13] 曹小妍. 健脾和胃汤联合刺四缝对脾胃湿热型厌食症患儿血浆胃动力指标的影响[J]. 中外医学研究, 2020, 18(26): 4-6.

## 《现代医学与健康研究电子杂志》声明

尊敬的作者和读者:

近期, 本刊编辑部接到若干咨询、求证电话, 得知有不法中介、虚假网站冒用本刊之名进行征稿、招募编委, 骗取作者审稿费、版面费及编委费等费用。同时, 有不明身份人员假借“社内编辑”之名, 以“快递杂志”为借口, 打电话至作者单位, 讨要作者手机、微信等联系方式。以上行为严重损害了本刊的权益和声誉。为防止广大作者上当受骗, 本刊在此严正声明:

本刊从未以任何方式委托或授权任何机构和个人进行征稿、组稿、招募编委、快递样刊, 上述工作均由本刊编辑部全权负责。本刊不接受纸质稿件、电子邮箱或其他渠道的投稿, <http://xdyx.bjzzcb.com> 是本刊唯一的投稿网站。本刊严格遵守《发表学术论文“五不准”》的要求, 所有稿件须由作者本人在本刊投稿网站注册后投稿, 一经发现有“代写、代投、代改”等学术不端行为一律退稿。

本刊不单独收取审稿费, 版面费和审稿费是在文章初审录用后收取, 未录用稿件不收取审稿费。发票由本刊主办单位——北京卓众出版有限公司开具, 不额外收取任何费用。

本刊从未使用个人账号或其他公司账户收取版面费, 作者可以通过以下两种方式支付版面费:

### (一) 银行转账

开户银行: 中国工商银行北京东升路支行  
户 名: 北京卓众出版有限公司  
银行账号: 0200 0062 0900 4633 979

### (二) 微信支付



现代医学杂志

文章发表后, 编辑部将按照作者所提交的地址信息通过顺丰快递样刊, 同时杂志封面、目次及文章全文会及时上传本刊网站及知网、万方、维普、超星等数据库, 读者、作者可访问本刊网站和各数据库查询下载文章。不会有“索要作者私人联系方式”“加作者 QQ 或者微信”的情况。

请广大作者和读者提高警惕, 仔细甄别, 以免上当受骗。如有任何疑问或疑问请及时与本刊编辑部联系, 电话: 010-64882183; 电子邮箱: [xdyx2020@vip.163.com](mailto:xdyx2020@vip.163.com)

特此声明!

《现代医学与健康研究电子杂志》编辑部

2024 年 6 月 18 日