

黛力新联合腹部推拿治疗功能性消化不良的临床观察

安菊燕

务川仡佬族苗族自治县中医医院 贵州 564300

【摘要】：临床观察发现，本研究系统考察了中西医结合疗法对功能性消化不良的干预效果，研究共纳入 102 例患者，均经本院及外院检查排除器质性病变，且在长期规律使用常规药物后依然持续发生胃脘部疼痛、腹胀、嗝气及灼热感等症状；患者病情易因情绪失调、饮食失宜、过度劳倦或感受寒邪等因素诱发，且常伴见烦躁易怒、失眠等情志相关表现，症状缓解效果欠佳。所有受试者被随机分配至治疗组与对照组，每组各 51 例，治疗组接受黛力新口服联合腹部推拿的整合干预方案，对照组则使用奥美拉唑肠溶片以及复方阿嗝米特肠溶片联合内服治疗，两组均完成为期 1 周的干预，同时接受后续 3 周的随访，来比较临床疗效差异。结果显示，治疗组总有效率达 96.07%，明显优于对照组的 88.23% ($P<0.05$)。结论：黛力新口服联合腹部推拿治疗治疗功能性消化不良伴有精神因素的患者有效性明显优于单纯口服药物治疗。以期在当地功能性消化不良患者的临床治疗提供有效的治疗方案。

【关键词】：黛力新，腹部推拿，胃痛腹胀，功能性消化不良

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.015

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究收集了 2024 年 1 月至 12 月务川自治县中医医院脾胃病科门诊与住院部收治的 102 例功能性消化不良患者，所有受试者均经本院或外院系统检查排除器质性病变，且在长期规律接受西药常规治疗后，依然有胃脘部疼痛，兼见腹胀、灼热感、嗝气、情绪烦躁易怒及睡眠障碍等，临床改良不明显。患者中女性 68 例，男性 34 例；年龄 22 至 78 岁，病程 6 个月至 20 年以上，按随机分配的原则，患者分为治疗组（51 例，男 19 例、女 32 例）以及对照组（51 例，男 22 例、女 29 例），经统计学检验，两组性别构成、年龄分布、疾病类型、病情严重程度、生活习惯、家族遗传史及相关辅助检查结果等差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具备良好的临床可比性。

1.2 纳入及排除标准

(1) 纳入标准：1) 依照中医证候诊断，患者须符合《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2023)》关于胃痛—肝胃气滞证的界定，具体表现为：上腹部疼痛，兼有胀满感以及不适，频繁嗝气，肋肋部胀痛；胸部闷塞不畅。上述症状可因情绪波动诱发，或者情绪波动时明显加重，舌象特征为苔薄且色白，脉象呈弦状。

西医诊断标准内，功能性消化不良的重点临床表现需符合罗马 IV 诊断准则，详细含有：(a) 餐后持续性饱胀感；(b) 进食少量即感饱足，(c) 上腹部疼痛；(d) 上腹区域烧灼样不适，另外，部分患者亦可出现反酸、嗝气、恶心及呕吐等伴随症状，且常合并情绪烦躁、易激惹及睡眠障碍等精神神经相关表现。此类症状一般因心理状态与饮食习惯而发生明显改变，可诱发或加重病情，上述症状须持续发作至少六个月，且近三个月内呈持续性发作，同时，纳入标准还囊括：①过去四

周内，经单独使用西药（如激素类药物、抗生素、抑酸剂或促胃肠动力药）或仅服用中成药治疗后，症状未见明显改善，②入院前后已完成全面检查，排除器质性病变可能，且幽门螺杆菌检测结果为阴性，③患者具备良好依从性，可以主动配合医疗团队完成全程治疗、护理干预及后续随访安排。

(2) 排除标准：①罹患可解释前述症状的器质性病变，如消化性溃疡、胃部肿瘤、肝胆胰系统的疾病或全身性疾病者；②合并严重原发性疾病，含有心血管系统、肝脏、肾脏或造血系统的功能障碍，以及罹患精神障碍者；③处于妊娠期或哺乳期的女性；④无法全程配合临床观察者，囊括未依方案接受治疗、疗效无法判定、临床资料缺失以致妨碍结果判定者，在干预期间发生明显不良反应者，或于观察期内新发其他需药物干预的疾病者；⑤对本项研究持质疑态度或非自愿加入研究者。

1.3 治疗方法

对照组采用西药口服治疗：奥美拉唑肠溶片 20mg po bid、复方阿嗝米特肠溶片 150mg po tid；治疗组：黛力新（氟哌噻吨美利曲辛片丹麦灵北制药公司，进口药品注册证号 H20130126）早晨及中午各口服一片联合《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2023)》中腹部推拿治疗操作：顺时针摩腹，揉腹，点中脘、天枢、章门、足三里，搓摩肋肋，推揉胃脘，点按气海、关元，振腹，每次共 25min，每日上午 7-11 时每次共 25min，每日一次。

两组均治疗 1 周为 1 个疗程，随后间隔一周回访一次，共 3 次，根据症状酌情减量或停药。本次研究共用时四周。患者在入组后观察期间停用其他药物，对照组常规饮食；治疗组清淡饮食，避免刺激性食物，如辛辣、肥甘厚味之品；忌浓茶、咖啡、吸烟、酒和非甾体抗炎药 (NSAIDs)。定时定量，避免暴饮暴食。保证睡眠。向患者解释病情，进行健康教育，消除紧张、恐惧等不良情绪，帮助患者树立积极乐观的生活态度。

治疗结束后，对两组患者治疗前后效果进行评价分析。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS17.0 进行文本数据分析与处理，均数±标准差表示计量资料，采用 χ^2 检验比较计数资料，当 $p<0.05$ 时为差异显著。

1.5 疗效观察

观察指标包含以下三个维度：第一，评定两组患者的总体疗效有效率，第二，对比两组受试者治疗前后中医证候积分的变化情况，依据《中药新药临床研究指导原则》，把胃痛、腹胀、烧灼感、暖气、心烦易怒及失眠等六项症状实行量化评分，按症状严重程度由无至重度依次赋值为 1 至 4 分。第三，分析两组患者治疗前后的心理状态差异，抑郁以及焦虑水平分别凭借包含 20 个条目的自评量表实行测量，每项条目按症状频率或强度划分为 1 至 4 分，总分越高说明情绪障碍越明显；其中，焦虑自评量表（SAS）原始总分需乘以 1.25，且保留小数点后两位，把 53 分当成临界值，53–62 分界定为轻度焦虑，63–72 分为中度焦虑， ≥ 73 分则判定为重度焦虑，抑郁自评量表（SDS）则把 50 分当成分界点， < 50 分视为无抑郁症状，50–59 分为轻度抑郁，60–69 分为中度抑郁， ≥ 70 分归类为重度抑郁。

1.5 疗效判定标准判定疗效时，依据《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见 2023》实行考量，详细的分级如下：显效指患者原有的临床症状完全消退，且症状积分降幅不低于 70%，有效表示症状有所缓解，积分下降幅度介于 30%至 70%之间；无效则界定为症状及体征未见改良甚至恶化。总有效率由显能力以及有效率相加得出。

1.6 结果

（1）两组总体疗效的对比结果见表 1，治疗组的总体有效率为 96.07%（49/51），对照组为 88.23%（45/51），统计分析表明，治疗组的总体有效率明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。

表-1 两组总有效率比较

组别	治疗组	对照组
例数	51	51
显效	33(64.70)	18(35.29)
	16(31.37)	27(52.94)
有效无效总有效率	2(3.92)96.07%	6(11.76)88.23%

注：与对照组比较， $P<0.05$ 。

（2）两组患者治疗前后中医证候积分的对比（见表 2）治疗前，两组在胃痛、腹胀、灼热感、暖气、心烦易怒及失眠等证候评分均无统计学的明显差异（ $P>0.05$ ）；经干预后，两组上述各项症状评分均呈下降趋势，其中评分情况显示，治疗组

的评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表-2 两组患者接受干预前后的中医证候评分对比分析结果如下

组别	治疗组		对照组	
例数	51		51	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃痛	3.29±0.0	1.16±0.71	3.31±0.0	1.29±0.0
腹胀	3.47±0.71	1.18±0.71	3.33±0.0	1.59±0.0
灼热	3.49±0.71	1.29±0.0	3.53±0.71	1.78±1.41
心烦易怒	3.51±0.71	1.89±0.71	3.55±0.71	1.82±0.71
暖气	3.57±0.0	1.27±0.0	3.33±0.71	1.12±0.0
失眠	3.39±0.0	1.24±0.71	3.53±1.41	1.97±0.71

注：与本组治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组相比，② $P<0.05$ 。（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

（3）两组患者干预前后心理状态评分对比（见表 3）

干预前基线状况，实验组同对照组于焦虑自评量表（SAS）及抑郁自评量表（SDS）得分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；经干预后，两组 SAS 同 SDS 评分均呈下降趋势，且实验组 SAS 以及 SDS 评分明显低于对照组，差异有着统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表-3 两组患者治疗前后心理评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	治疗组		对照组	
例数	51		51	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SAS	51.69±2.12	39.63±5.66	49.29±5.66	39.26±0.71
SDS	46.92±2.83	34.06±2.83	44.80±0.71	35.84±2.83

注：与本组治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组相比，② $P<0.05$ 。

2 讨论

功能性消化不良（FD）的致病机制有着高度复杂性，诱因包含胃酸过度分泌、内脏高敏感性、幽门螺杆菌感染、胃肠动力紊乱、遗传易感偏好，以及心理与社会环境等多重因素，本院近一年就诊患者的病因调查更深一步说明，该地区 FD 患者的部分临床表现常由焦虑、紧张及抑郁等负面情绪引发，然后让胃肠神经调控失衡与胃肠激素分泌异常，最终表现为胃排空功能受损。依据这一病理生理基础，临床常使用神经调节药物用来缓解相关症状，但在“脑-肠轴”理论越来越受到重视的背景下，怎样专业地选择适宜药物仍为临床实践的重点难题，本

研究选用黛力新充当干预方案,重点依据它具备多靶点药理特性。该制剂为氟哌噻吨以及美利曲辛的复方片剂,每片含0.5 mg 氟哌噻吨及10 mg 美利曲辛,其中,氟哌噻吨属神经阻滞类药物,在小剂量范围可发挥抗焦虑以及抗抑郁效应,而美利曲辛则属于双相作用型抗抑郁药,低剂量使用时表现中枢兴奋作用。药理作用上,二者协同配伍后,同时拥有抗抑郁、抗焦虑及轻度兴奋的融合药效,现代药理学研究证实,该药物可借助调节自主神经系统,主动地作用于胃肠道的运动功能,借此缓解由心理应激或原发疾病所诱发的功能性消化不良的相关症状;同时,此药亦能有效减轻患者的失眠、焦虑及抑郁等情绪障碍,继而协同改良整体的消化功能。

传统中医学的诊断体系里,没有及功能性消化不良(FD)完全对应的病名,但依据临床表现及发病特征,可把该病归入“胃脘痛/胃痛”“胃痞/痞满”等的证候范畴,此类疾病也是本院中医诊疗的优势病种之一,现代著名医家董建华提出,FD发病机制涉及情志郁结、外邪内侵及脾胃虚弱三处,病位重点始终不离肝、脾、胃三脏腑。其中,脾气亏虚构成发病的内在

基础,肝气郁滞是重要的诱因,胃失和降则是症状显现的直接病理环节,故而,治疗FD要把健运脾气、疏解肝郁、以及降胃气当作基本治则,主张把恢复气机调畅当作重点目标,近期,中医适宜技术里的腹部推拿疗法因遵循辨证施治以及个体化原则,且具备“简、便、效、廉”的特点,越来越地得到临床认可。就作用机制来说,该疗法用指代针,有效缓解患者对针刺的恐惧心理,契合调理脾胃升降及疏理肝胃气机的治疗理念,凭借手法刺激,可激活中枢神经系统,加强迷走神经兴奋性,助推神经调节功能复衡,继而纠正胃肠激素分泌异常与胃动力节律紊乱,同时改良患者精神状态,使焦虑、抑郁等负面情绪可以缓解并且恢复正常。

综上所述,临床治疗功能性消化不良时应充分考虑到现代社会多精神心理因素致病的特点,辅以腹部推拿以机械力作用于胃肠促使胃肠蠕动加快以缓解临床症状,两法并用,切合病机,互补协同,功效明显。以此治疗功能性消化不良具有一定的临床价值,值得推广应用。同时在治疗期间应注意节制饮食、精神调摄;慎起居、适寒温、防六淫;适当锻炼、增强体质。

参考文献:

- [1] 倪浩然,包永欣,陈明森,刘思然,基于脑肠轴理论探讨针灸治疗功能性消化不良作用机制[J].辽宁中医药大学学报,2022,3,(24):137.
- [2] 曾玉麟,复方阿嗝米特联合马来酸曲美布汀治疗胆囊术后功能性消化不良的临床分析[J].世界临床医学,2016,10,(24):115.
- [3] 潘金红,黛力新治疗功能性消化不良疗效观察[J].浙江临床医学杂志,2008,10(9):1209.
- [4] 赵鲁卿等,功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2023),《中华中医药杂志》2024年3月第39卷第3期.
- [5] 吴舸,推拿疗法辅助治疗功能性消化不良研究概况[A].中国民族民间医药,1007-8517(2014)04-0023-02..
- [6] 张党升,薛卫国,李建辉腹部推拿治疗功能性消化不良的临床观察[J].北京中医药,2010,8,(29):619-621.