

肠易激综合征中医证型与胃肠激素关系的探讨^{*}

陈芝芸 严茂祥 项柏康

内容提要 目的 探讨肠易激综合征(IBS)不同中医证型血浆胃肠激素的变化及其临床意义。方法 选择符合罗马 II 诊断标准的 IBS 患者 94 例,按中医分型标准分为肝郁脾虚组 42 例,脾胃虚弱组 30 例,脾胃阴虚组 22 例,采用放免法检测患者血浆神经肽 Y(NPY)、P 物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)、胰高糖素(Glu)的含量。结果 肝郁脾虚组患者血浆 VIP、Glu 含量较健康对照组增高, NPY、SP 含量与健康对照组比较差异无显著性,但 NPY 含量明显高于脾胃阴虚组, SP 含量则显著低于脾胃阴虚组;脾胃虚弱组患者血浆 VIP、Glu 含量高于健康对照组, SP 低于健康对照组和脾胃阴虚组, NPY 与健康对照组比较差异无显著性;脾胃阴虚组患者血浆 SP、Glu 较健康对照组增高, NPY 则低于健康对照组,而 VIP 与健康对照组比较差异无显著性。结论 不同中医证型 IBS 患者血浆胃肠激素有一定的变化。其中 NPY 和 SP 的变化有证型的特异性,而 VIP、Glu 的变化无明显的证型特异性。

关键词 肠易激综合征 中医分型 胃肠激素

Study on Relationship between TCM Syndrome Type of Irritable Bowel Syndrome and Gut Hormones CHEN Zhi-yun, YAN Mao-xiang, XIANG Bo-kang *Department of Digestive Disease, Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Hangzhou (310006)*

Objective : To explore the changes of gut hormones in various TCM Syndrome types of irritable bowel syndrome (IBS) patients and its significance. **Methods :** Ninety-four patients with IBS, whose diagnosis conformed to the Rome II diagnostic standard, were divided into three groups according to TCM Syndrome typing, i. e. the 42 patients in the Liver-Stagnancy with Spleen Deficiency (LSSD) group, 30 in the Spleen-Stomach Deficiency (SSD) group and 22 in the Spleen-Stomach Yin-Deficiency (SSYD) group. Plasma contents of neuro-peptide Y (NPY), substance P (SP), vascular active intestinal peptide (VIP) and pancreatic glucagon (Glu) of patients were determined by radioimmunoassay (RIA), and compared with those of the healthy persons. **Results :** Blood contents of VIP and Glu in LSSD patients were higher than those in the healthy control, NPY and SP were similar to those in the healthy control, while NPY was higher and SP lower than that of SSYD patients respectively. In the SSD group, VIP and Glu were higher than those of the healthy control, SP was lower than that in the control and in SSYD group, and NPY was different from the control insignificantly. In the SSYD group, SP and Glu was higher and NPY lower than those of control, while VIP was not significantly different from the control. **Conclusion :** Some changes of gut hormones were presented in patients with IBS of various TCM Syndrome types, among them, the changes of NPY and SP showed Syndrome specificity, but changes of VIP and Glu did not show.

Key words irritable bowel syndrome, TCM syndrome-typing, gut hormones

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是指一组包括腹部不适或腹痛、排便习惯改变(腹泻或便秘)、粪便性状异常(稀便、粘液便或硬结便)等临床表现的症候群,持续存在或间歇发作,但缺乏形态学、细菌学和生化指标的异常。胃肠动力异常和内脏感觉异常是 IBS 症状发生的主要病理生理学基础。胃肠激素是调节胃肠运动的重要因素,因此胃肠激素在 IBS 的

发病中可能发挥着重要作用。本研究观察不同中医证型 IBS 患者血浆神经肽 Y(NPY)、P 物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)、胰高糖素(Glu)的含量,探讨 IBS 不同中医证型间胃肠激素的变化规律及其临床意义。

资料与方法

1 研究对象

1.1 IBS 组 符合罗马 II 诊断标准⁽¹⁾,共 94 例,均为本院门诊病例,经大便常规及培养、血液生化、肠镜或钡剂灌肠造影和腹部 B 超等检查,未发现足以解

^{*} 浙江省自然科学基金资助项目(No. 396417)

浙江省中医院消化研究室(杭州 310006)

释其消化道症状的器质性病变。根据中医辨证分型标准分为肝郁脾虚、脾胃虚弱和脾胃阴虚 3 组。其中肝郁脾虚组 42 例,男 23 例,女 19 例,年龄 27~60 岁,平均 40.52 岁。脾胃虚弱组 30 例,男 16 例,女 14 例,年龄 22~60 岁,平均 41.90 岁。脾胃阴虚组 22 例,男 11 例,女 11 例,年龄 21~59 岁,平均 40.54 岁。

1.2 健康对照组 健康体检者 30 名,男 16 名,女 14 名,年龄 21~58 岁,平均 34.8 岁,各项体检指标均正常,无胃肠道病史及症状体征,无近期服药史。

2 中医分型标准 肝郁脾虚型:常因抑郁恼怒或精神紧张而发病或加重,腹痛即泻,泻后痛减,肠鸣矢气,伴少腹拘急,胸胁胀满,噎气少食,便下粘液,舌淡红,苔薄白,脉弦或弦细。脾胃虚弱型:常以餐后即泻,大便秘时溏时泻,夹有粘液,便次增多,腹痛隐隐,肛门坠胀,食后腹胀,脘闷不舒,纳差肢倦,面黄无华,舌淡,舌体胖有齿痕,苔薄白,脉细弱。脾胃阴虚型:腹痛不甚,便秘难下,粪如羊矢,外裹粘液,大便数日一行,少腹结块,聚散无常,按之胀痛,饥不欲食,口干喜饮,常伴失眠、焦虑,舌红,苔黄少津,脉细数。

3 试剂及仪器 NPY 试剂盒由北京东亚免疫技术研究所提供;SP、VIP 试剂盒由北京海科锐生物技术有限公司提供;Glu 试剂盒由中国原子能科学研究所提供。采用中国科学院上海原子能研究所日环仪器一厂的 SN-682B 型放射免疫 γ 测定仪进行测定。

4 血浆 NPY、SP、VIP 及 Glu 检测 采用放免法,严格按照试剂盒说明书进行操作。测定结果由放免检测仪自动计算并打印。

5 统计学方法 以 SPSS 9.0 统计软件进行统计。采用单因素方差分析,组间比较采用 t 检验。

结 果

各组血浆胃肠激素的变化,见表 1。NPY 含量脾胃阴虚组明显低于健康对照组和肝郁脾虚组($P < 0.05$)。肝郁脾虚组、脾胃虚弱组与健康对照组之间差异无显著性($P > 0.05$)。SP 含量脾胃虚弱组显著低于健康对照组($P < 0.05$)。脾胃阴虚组较健康对照组、肝郁脾虚组及脾胃虚弱组均明显增高($P < 0.05$)。肝郁脾虚组与健康对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。VIP 含量肝郁脾虚组、脾胃虚弱组均较健康对照组明显增高($P < 0.05$)。脾胃阴虚组与健康对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。3 型之间差异无显著性($P > 0.05$)。Glu 含量肝郁脾虚组、脾胃虚弱组和脾胃阴虚组均较健康对照组明显增高($P < 0.05$)。3 型之间差异无显著性($P > 0.05$)。

表 1 各组血浆胃肠激素的变化 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	NPY	SP	VIP	Glu
健康对照	30	190.82 \pm 29.50	54.93 \pm 16.20	26.91 \pm 16.04	89.82 \pm 22.18
肝郁脾虚	42	194.62 \pm 50.46 Δ	47.14 \pm 18.12 Δ	35.36 \pm 15.89*	109.17 \pm 47.21*
脾胃虚弱	30	176.11 \pm 47.23	40.79 \pm 23.43*	42.97 \pm 32.41*	115.71 \pm 51.85*
脾胃阴虚	22	164.01 \pm 44.95*	70.81 \pm 30.66*	31.24 \pm 25.07	111.05 \pm 41.69*

注:与健康对照组比较,* $P < 0.05$;与脾胃阴虚组比较, $\Delta P < 0.05$

讨 论

以往的一些研究发现,IBS 患者血浆胃肠激素的含量有改变^(2,3)。本研究结果显示不同中医证型的 IBS 患者存在着胃肠激素的变化。

NPY 属于肽类一族,交感、副交感神经兴奋均可使 NPY 释放,尤以迷走神经作用为强。NPY 对感觉、运动、分泌、吸收主要起抑制作用,它可抑制平滑肌收缩和水电解质分泌。本研究结果显示,脾胃阴虚型 IBS 患者血浆 NPY 含量较健康对照组及肝郁脾虚型患者明显降低;其他两型与健康对照组之间差异无显著性。脾胃阴虚患者临床表现为便秘,大便干结,胃肠运动减慢,分泌减少。该类患者一般迷走神经功能较低⁽⁴⁾,可能影响 NPY 水平。研究表明 IBS 各型临床症状的产生与血浆 NPY 含量的改变关系不大,脾胃阴虚证患者血浆 NPY 的降低可能属于反馈控制效应,是机体产生的一种保护性反应。

SP 为肠道兴奋性神经递质,有强烈促消化道平滑肌收缩作用,并可能与肠感觉传导有关⁽⁵⁾。本研究结果显示,脾胃虚弱组血中 SP 含量较健康对照组明显降低,而脾胃阴虚组则较对照组和其他两组均明显升高。脾胃虚弱型 IBS 患者有大便次数增多,大便溏泻或排便无力,食后腹胀,脘闷不舒等临床症状,可能与血浆 SP 含量减少引起胃肠张力减低有关。而脾胃阴虚证 IBS 患者出现大便干结难下,少腹结块,聚散无常,按之胀痛等临床症状,可能与 SP 血浓度增高导致结肠收缩增强,肠壁紧张性增加,肠内容物通过阻力加大,或 SP 的增加导致结肠袋状往返运动增加,促进水分吸收有关。

VIP 为肠道抑制性神经递质,可引起胃肠道平滑肌松弛,抑制结肠和直肠的紧张性,并刺激大、小肠分泌⁽⁶⁾。我们研究发现肝郁脾虚组及脾胃虚弱组 IBS 患者血浆 VIP 含量均较健康对照组明显增高。有研究^(3,7)发现,腹泻型 IBS 患者血浆 VIP 含量较健康人明显增高,肝郁脾虚型及脾胃虚弱型 IBS 均以腹泻为主要症状。VIP 增高可促进肠液分泌,这可能是该两型患者临床上出现腹泻、便下粘液等症状的病理生理基础之一。

Glu 主要以内分泌方式起作用。各种应激状态、低血糖、胆囊收缩素(CCK)、抑胃肽(GIP)、VIP、交感、副交感神经兴奋均可使 Glu 分泌增加。Glu 的生物学活性主要是升高血糖、刺激儿茶酚胺类释放、降低胃肠道等多种平滑肌活动张力、抑制肠道水和电解质吸收^[8]。本研究结果显示 3 型 IBS 患者血浆 Glu 含量均较健康对照组明显增高。其原因可能与 IBS 患者普遍存在焦虑、紧张、抑郁等情绪障碍和精神性疾病^[1],从而促进 Glu 的分泌有关。当然, Glu 升高在不同证型的 IBS 病理生理机制中起何作用还有待深入研究。本研究发现 IBS 各中医证型之间无明显差异,提示 IBS 患者 Glu 的变化可能无证型的特异性,其结果有待进一步验证。

参 考 文 献

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999; 45(Suppl 2): II 43—47.

2. Morise K, Furusawa A, Yamamoto H, et al. Role of gut hormones in irritable bowel syndrome. Nippon Rinsho 1992; 50(11): 2697—2702.
3. 桂先勇, 柯美云, 潘国宗, 等. 肠易激综合症的结肠动力及胃肠激素变化. 中华消化杂志 1994; 14(增刊): 50—53.
4. Avanish A, Teras FC, Thmas LA, et al. Predominant symptoms in irritable bowel syndrome correlate with specific autonomic nerve system abnormalities. Gastroenterology 1994; 106: 945—950.
5. Gronstad K, Dahlstrom A, Zinner MJ, et al. Regulatory mechanism in endoluminal release of serotonin and substance P from feline jejunum. Dig Dis Sci 1987; 32(4): 393—400.
6. 张经济, 连至诚, 许冠荪, 等主编. 消化道生理及病理生理—基础与临床. 广州: 广东科技出版社, 1997: 68.
7. 陈芝芸, 严茂祥, 占宏伟, 等. 肠易激综合征患者胃胃肠激素的变化. 浙江中医学院学报 2000; 24(3): 18—20.
8. 杨 钢主编. 内分泌生理与病理生理学. 天津: 天津科学技术出版社, 1996: 428—431.

(收稿 2002-04-01 修回 2002-06-01)

复方柴枳黄汤治疗胆汁返流性胃炎患者 209 例

李克强

2000 年 3 月~2002 年 3 月,笔者应用复方柴枳黄汤治疗胆汁返流性胃炎患者 209 例,取得了较好的疗效,现报告如下。

临床资料 本组均为经电子胃镜诊断为胆汁返流性胃炎的本院门诊及住院患者,符合 2000 年中华医学会消化病分会在井冈山召开的全国慢性胃炎研讨会拟定的诊断标准[中华消化杂志 2000; 20(3): 199]。采用随机数字表法分成两组,中药组 209 例,男 127 例,女 82 例,年龄 14~69 岁,平均(46±21)岁,病程 1 个月~20 年,平均(11±8)年,伴有消化性溃疡者 59 例,浅表-萎缩性胃炎者 38 例,返流性食管炎 26 例,有胆道疾患 125 例,HP 阳性 89 例。西药组 60 例,男 36 例,女 24 例,年龄 14~70 岁,平均(47±22)岁,病程 1 个月~19 年,平均(10±9)年,伴有消化性溃疡者 12 例,浅表-萎缩性胃炎者 9 例,返流性食管炎 7 例,有胆道疾患 35 例,HP 阳性 25 例。两组一般资料有可比性。

治疗方法 治疗组服用复方柴枳黄汤:柴胡 12g 枳壳 10g 大黄 10g 栀子 12g 香附 12g 丹皮 10g 陈皮 10g 黄连 10g 鸡内金 15g 半夏 12g 甘草 6g,每天 1 剂,水煎服,服药期间停用其他任何药物。西药组口服吗丁啉 10mg,1 天 3 次,氢氧化铝凝胶 20ml,1 天 3 次口服,并对症治疗。两组患者均服药 2~4 周为 1 个疗程,由专人负责统计治疗结果。观察两组患者疗效。胃镜下观察胆汁返流情况:胃镜下胆汁返流情况分为 3 级,即少量、中量、大量[周大业. 胆汁返流性胃炎 113 例分析. 天津医药 1984; 3(3): 162]。统计学处理采用 χ^2 检验。

结 果 疗效判定标准 治愈 临床主要症状消失,胃镜下大、中量胆汁返流消失或粘液池黄绿色消失;有效 临床主要症状缓解或部分消失,胃镜下大量返流转为中量,中量转为少量或少量返流消失,粘液池黄绿色转为淡黄色;无效 临床主要症状无改善,胃镜下胆汁返流无变化。结果:中药组 209 例,治愈 87 例(41.6%),有效 105 例(50.2%),无效 17 例(8.1%),总有效率 91.9%;西药组 60 例,分别依次为 19 例(31.7%),23 例(38.3%),18 例(30.0%)及 70.0%,两组总有效率比较,差异有显著性($P<0.05$)。中药组 109 例和西药组 31 例治疗前后两次胃镜观察胆汁返流量对比分析,中药组治疗前大、中、少量例数分别为 41 例(37.6%),37 例(33.9%),31 例(28.4%)治疗后依次为 3 例(2.8%),5 例(4.6%),29 例(26.6%),消失 72 例(66.1%);西药组治疗前大、中、少量例数分别为 10 例(32.3%),12 例(38.7%),9 例(29.0%);治疗后依次为 5 例(16.1%),6 例(19.4%),5 例(16.1%),消失 14 例(45.2%)。两组胆汁返流消失率比较,差异有显著性($P<0.05$)。

讨 论 中医学认为,胆之与胃,同属六腑,其气皆以通为用,以降为顺。因胆之实火或虚火胆胆汁上逆,或因胆气横逆犯胃,胃失和降,挟胆气上逆,均可导致胆汁返流入胃,灼伤胃络而致本病发生。复方柴枳黄汤以柴胡、枳壳、香附、陈皮等疏利肝胆,和胃行气,除胀止痛;用大黄、黄连、栀子以清泄胆胃,通腑泄热;用半夏、鸡内金和胃降逆;用丹皮清肝凉血,甘草调和诸药。全方疏利肝胆、清热泄下、和胃止痛。本结果表明,复方柴枳黄汤治疗胆汁返流性胃炎确有较好的疗效。