

表 1 两组患者治疗前后不同时相 MMC 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	I 相(min)	II 相(min)	III 相(min)	III 相波幅(mmHg)
治疗	36	治疗前	59.04 ± 4.62 [△]	42.74 ± 5.69	6.40 ± 2.12 [△]	90.80 ± 15.61 [△]
		治疗后	46.62 ± 2.70	41.35 ± 4.70	9.80 ± 1.63 *	110.15 ± 12.75 *
对照	36	治疗前	57.96 ± 5.30 [△]	42.82 ± 5.06	6.30 ± 2.35 [△]	90.28 ± 16.03 [△]
		治疗后	46.90 ± 2.48	41.60 ± 4.08	9.68 ± 1.82 *	108.69 ± 18.72 *
健康人	20		42.30 ± 3.20	40.40 ± 2.60	9.93 ± 2.30	120.84 ± 26.10

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与健康人组比较,[△] $P<0.05$

检测胃动力障碍的方法较多,如体表胃电图、同位素法胃排空和胃肠测压观察胃窦十二指肠消化间期 MMC 等。胃肠测压观察 MMC 是其意义得到较多学者认可的方法之一。MMC 是在空腹 12~18h 后消化间期胃小肠周期性发生的移行性强烈收缩运动,其活动可分为 3 个时相。其中 III 相为强烈收缩。正常的 MMC 具有消化道清扫作用,可清扫胃肠黏液、脱落的上皮细胞及食物残渣,防止胃小肠淤滞及细菌过长;MMC III 相与胰腺、胆汁的分泌高峰同步发生,其物理及化学消化作用可为新的进餐作准备;本研究发现本病患者的 MMC 明显异常,主要表现为 MMC 的 I 相时间较健康人明显延长,III 相时间较健康人明显缩短、收缩波幅较健康人显著降低($P<0.05$);但 II 相时间较健康人无明显差异。该结果可以解释功能性消化不良患者食欲不振、上腹饱胀等胃动力障碍症状发生的部分机制。

胃肠舒由党参、炒白术、茯苓、炙甘草益气健脾;神曲、法半夏和胃降逆;柴胡、枳实、丹参、川芎行气活血;全方共奏益气健脾、和胃降逆、行气活血之功效。现代药理研究证实,大剂量白术水煎剂能促进动物的胃肠运动;党参对离体小肠肠段舒缩运动有双向调节作用;四君子汤能完全改善十二指肠和空肠 MMC 各项指标;丹芍合剂能较好地改善脾虚大鼠 MMC 各时相变化;枳实使胃壁平滑肌的电活动幅值和频率明显增大,有兴奋和增强胃运动节律作用^[4]。柴胡可促进胃肠平滑肌收缩,加强胃、十二指肠排空;半夏能减轻胃液滞留,对胃肠道各种激素的分泌起调节作用;神曲含淀粉酶,能帮助糖类食物的消化^[5]。本研究证实,应用胃肠

舒治疗功能性消化不良患者,能明显改善患者的 MMC,其疗效与贝络纳相近,且无明显毒副反应。不失为临床治疗功能性消化不良的一个有效方剂。

参 考 文 献

- 1 Diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, editors. Rome II: the functional gastrointestinal disorders. 2nd ed. USA: Allen Press, 2000: 659—668.
- 2 刘新光. 功能性消化不良与胃动力异常. 中华消化杂志 2002;22(1):44—45.
Liu XG. Relationship of functional dyspepsia and gastric motility disorders. Chin J Digestion 2002;22:44—45.
- 3 Perri F, Clemente R, Festa V, et al. Patterns of symptoms in functional dyspepsia: role of Helicobacter pylori infection and delayed gastric emptying. Am J gastroenterol 1998; 93: 2082—2088.
- 4 连至诚, 欧阳守, 许冠荪等主编. 胃肠电及胃肠动力研究在中国. 广州: 华南理工大学出版社, 1997: 545, 581, 587, 612.
Lian ZC, Ouyeng S, Xu GS, editors. Gastrointestinal motility basical research and applications. Guangzhou: Chinese South Science and Engineering University Publishing House, 1997: 545, 581, 587, 612.
- 5 李乾构, 王自力主编. 中医胃肠病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 446.
Li QG, Wang ZL, editors. Gastrointestinal disease treated by Chinese traditional medicine. Beijing: Chinese Press of Science and Technology in Medicine, 1993: 446.

(收稿: 2004-04-19 修回: 2004-08-02)

柴胡疏肝散加减治疗伴有抑郁的功能性消化不良的临床观察

詹程膈 陈建永 潘 锋

功能性消化不良(FD)是消化科常见疾病。其发病机理不十分清楚,普遍认为与胃肠运动功能障碍有

关,随着研究的深入,精神、心理异常和社会压力在 FD 的发病中起重要作用,故除了抗消化不良药物以外,心理治疗以及抗精神病药物在临床上得以应用。中医中药在 FD 的治疗中也取得了较好的疗效,笔者从 2002—2004 年用中药柴胡疏肝散加减治疗伴有抑郁

作者单位: 浙江省杭州市红十字会医院(杭州 310003)
通讯作者: 詹程膈, Tel: 0571-85186042 转 107, E-mail: cher.zh@

的 FD 患者,与黛力新加抗消化不良药对照,并用精神卫生症状自评量表(SCL-90)^[1],汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[1]和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[1],FD 症状量表观察疗效,现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 FD 患者 48 例,均为本院消化科门诊及住院患者,所有病例符合“罗马标准”^[2],即持续性或反复性的上腹不适,超过 7 个月,可包括下列症状的 1 项或数项:餐后饱胀,腹部胀气,嗝气,早饱,厌食,恶心,呕吐,烧心,胸骨后痛,反胃。所有患者经临床、实验室、胃镜和 B 超等排除了器质性疾病。且同时伴有抑郁焦虑症状,HAMD 量表评分 > 7 分,HAMA > 7 分。所有患者随机分成治疗组和对照组各 24 例,治疗组男 13 例,女 11 例;年龄 21~55 岁,平均(45.3±13.5)岁,病程 7 个月~5 年,平均 3.51 年,对照组男 12 例,女 12 例;年龄 22~57 岁,平均(44.8±14.1)岁;病程 8 个月~5 年,平均 3.49 年。两组资料比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法 治疗组:予柴胡疏肝散加减,药物组成:柴胡 12g 枳壳 12g 香附 12g 川芎 12g 白芍 12g 槟榔 12g 甘草 6g 郁金 10g 茯神 10g 淮小麦 10g 百合 12g,水煎两遍,浓缩为 150ml,早晚分服,连服 4 周;对照组:与黛力新(每片相当于 0.5mg 氟哌噻吨的二盐酸氟哌噻吨,批号:2023682)每天 1 次,每次 1 片;以腹胀嗝气等动力障碍为主的加用莫沙比利片(每片 5mg,成都大西南制药厂,批号:020613)每天 3 次,每次 5mg;以腹痛、烧心为主的加用洛赛克(每片 10mg,阿斯利康公司产品,批号:FA8408)每天 2 次,每次 10mg,连服 4 周。

3 观察项目及检测方法 采用会谈、观察、自填

量表评分,对两组患者进行自评量表(SCL-90),汉密尔顿抑郁量表(HAMD),汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和 FD 症状量表观察疗效。症状量表以主要症状上腹饱胀,上腹痛,早饱和嗝气分别进行症状评分,按严重程度分别计 0~3 分,0 分:无症状;1 分:轻度,稍加注意感到有症状;2 分:中度,自觉有症状,不影响工作;3 分:重度,明显影响生活和工作。各症状分累计为患者症状积分。

4 统计学方法 计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

结果

1 两组治疗前后临床症状积分结果比较 见表 1。两组治疗前症状积分差异无显著性($P>0.05$),治疗后积分较治疗前明显下降,且差异有显著性($P<0.01$);治疗后,治疗组早饱和嗝气症状积分较对照组下降明显,且差异有显著性($P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后主要症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	上腹饱胀	上腹痛	早饱	嗝气
治疗	24	治前	2.32±0.53	2.49±0.52	2.20±0.54	1.23±1.12
		治后	1.02±0.50*	0.69±0.53*	0.49±0.62* [△]	0.32±0.69* [△]
对照	24	治前	2.41±0.49	2.53±0.53	2.30±0.51	1.57±1.32
		治后	1.23±0.51*	0.87±0.51*	0.88±0.63*	0.69±0.50*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组同期比较,[△] $P<0.05$

2 两组治疗前后 SCL-90 评分变化比较 见表 2。两组治疗前评分比较,差异无显著性($P>0.05$),治疗 4 周后,两组评分较治疗前均明显降低,差异有显著性($P<0.05$, $P<0.01$),两组治疗后评分差异无显著性($P>0.05$)。

3 两组治疗前后 HAMA、HAMD 评分结果比较 见表 3。两组 HAMA、HAMD 的总分及各因子分治疗前差异无显著性($P>0.05$),两组经 4 周治疗后,除绝

表 2 两组治疗前后 SCL-90 症状自评比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	躯体化	强迫	人际关系	抑郁	焦虑	敌对	惊恐	偏执	精神病理	其他
治疗	治前	2.42±0.57	1.99±0.57	1.90±0.11	2.31±0.52	2.77±0.70	1.74±0.49	2.32±0.70	1.56±0.42	1.68±0.51	2.35±0.57
	(24) 治后	1.36±0.28**	1.52±0.34**	1.53±0.31**	1.37±0.27**	1.38±0.28**	1.29±0.24**	1.33±0.25**	1.18±0.24**	1.40±0.38*	1.70±0.49**
对照	治前	1.53±0.57	2.06±0.57	1.92±0.11	2.30±0.51	2.69±0.69	1.64±0.49	2.50±0.68	1.67±0.39	1.68±0.52	2.22±0.54
	(24) 治后	1.37±0.28**	1.48±0.31**	1.50±0.30**	1.42±0.26**	1.39±0.27**	1.31±0.30**	1.30±0.20**	1.20±0.24*	1.42±0.33*	1.81±0.50*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;()内数据为例数

表 3 两组治疗前后 HAMA、HAMD 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	HAMA				HAMD				
		躯体	精神	焦虑	体重	认知障碍	日夜变化	阻滞	睡眠障碍	绝望感
治疗	治前	14.56±3.12	17.68±3.25	11.46±2.57	0.90±0.18	4.57±1.00	0.21±0.04	6.53±1.26	5.98±1.12	0
	(24) 治后	3.06±0.90*	3.45±1.23*	3.12±0.88*	0.05±0.19*	0.84±0.70*	0.04±0.08*	2.03±1.01**	0.79±0.60**	0
对照	治前	15.00±3.02	16.99±3.51	12.00±2.43	0.90±0.17	4.67±1.21	0.24±0.15	6.46±1.20	5.89±0.12	0
	(24) 治后	3.14±0.90*	3.57±1.31*	3.25±0.90*	0.05±0.19*	0.86±0.68*	0.05±0.05*	2.32±0.20**	0.83±0.71**	0

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;()内数据为例数

量感外,两评分均低于治疗前,差异均有显著性($P < 0.01$),两组治疗后评分差异无显著性($P > 0.05$)。

讨 论

近年来,国内学者对 FD 患者进行调查发现,FD 患者焦虑和抑郁评分显著高于健康人群,消化不良症状与焦虑、抑郁分数呈正相关^[3],国外 Talley 的研究结果也相似^[4],所以精神心理异常与 FD 相关得到普遍认可,但各国学者对抗抑郁药及精神心理治疗的作用和适应症等未获共识,然而国内杨壁辉等^[5]及潘小平等^[6]研究认为抗抑郁药在 FD 中的应用能够明显提高疗效,笔者用黛力新治疗 FD,治疗前后 HAMA、MAMD、SCL-90 评分及症状积分明显改善也证实了这一点。

FD 属中医学的“胃脘痛”、“痞证”、“嘈杂”、“纳呆”范畴,病因多由情志不遂,或邪犯脾胃等导致脾胃气机失常^[7]。病变部位在胃,涉及肝脾两脏。脾主运化,主升清;胃主受纳,主通降,而脾胃的运化功能又有赖于肝脏的疏泄,“故病机关键在于肝失疏泄,脾失健运,胃失和降。治疗选择柴胡疏肝散疏肝理气,和胃降逆。加用茯神、淮小麦、百合镇静安神。方中主药枳壳、槟榔现代研究有促进胃肠动力的作用^[8];茯神、百合对中枢神经系统有镇静、安定作用。本临床观察表明柴胡疏肝散加减通过疏肝理气,镇静安神明显减轻 FD 患者的症状的同时,也有效改善 SCL-90、HAMA、HAMD 评分。

参 考 文 献

- 1 张明园.精神科评定量表手册.长沙:湖南科学技术出版社,1993:27—28,122,134,163.

Zhang MY. Evaluating scale manual of psychosis. Changsha:

Hunan Science and Technology Publishing House, 1993: 27—28,122,134,163.

- 2 Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al. The functional gastrointestinal disorders. Boston: Little Brown & Co, 1994: 1—74.
- 3 田虹,周汉建,戈兰,等.功能性消化不良患者焦虑和抑郁调查分析.广东医学 1999;20(11):858—859.
Tian H, Zhou HJ, Ge L, et al. Investigation of anxiety and depression in patients with functional dyspepsia. Guangdong Med J 1999;20(11):858—859.
- 4 Talley NJ, Fett SL, Zinsinger AR, et al. Gastrointestinal treat symptoms and self-reported abuse: a population-based study. Gastroenterology 1994;107:1040—1045.
- 5 杨壁辉,郑永平,高镇松,等.联合抗抑郁药治疗功能性消化不良的临床研究.中华消化杂志 2001;21(4):226—228.
Yang BH, Zheng YP, Gao ZS, et al. Antidepressants in the treatment of functional dyspepsia. Chin J Dig 2001;21(4): 226—228.
- 6 潘小平,李瑜元,沙卫红,等.抗抑郁药治疗功能性消化不良的临床研究.中华消化杂志 1999;19(3):162—164.
Pan XP, Li YY, Sha WH, et al. Clinical study on antidepressants in the treatment of functional dyspepsia. Chin J Dig 1999;19(3):162—164.
- 7 陈多,王长洪,吴春福.消化道动力药物研究进展.中国中西医结合脾胃杂志 1996;4(2):120.
Chen D, Wang CH, Wu CF, et al. Development of gastrointestinal motor medicine. Chin J Integr West Med Gastro-spleen 1996;4(2):120.
- 8 刘汶,张大炜.中药对胃肠运动功能的影响.中国中西医结合脾胃杂志 1998;6(3):191—192.
Liu W, Zhang DW. Effect of Chinese drugs on gastrointestinal motor function. Chin J Integr West Med Gastro-spleen 1998; 6(3):191—192.

(收稿:2004-04-07 修回:2004-09-29)

桂枝茯苓胶囊治疗原发性痛经 90 例临床观察

孙卫华¹ 赵琳² 田小平² 杨全庆¹ 李秀华¹

痛经是妇科临床常见的病症之一,是指妇女每遇经期及其前后即觉小腹胀痛或腰骶坠痛不适,重则可有恶心呕吐、冷汗淋漓、手足厥冷,甚至晕厥,以致妨碍生活质量。临床依据有无生殖器官器质性病变,将痛经分为原发性及继发性。2001 年 4 月—2003 年 3 月,

笔者应用桂枝茯苓胶囊对 90 例原发性痛经的临床疗效进行观察,现将观察结果报告如下。

资料与方法

1 诊断标准 参照《妇产科学》^[1]及《中药新药治疗痛经的临床研究指导原则》^[2]中诊断标准拟定原发性痛经:经妇科及 B 超检查,生殖器无明显器质性病变者,多发生于月经初潮后 2~3 年的青春期或未生育的年轻妇女。主要为行经前后和经期小腹冷痛坠胀。

作者单位:1. 江苏省连云港市第三人民医院(江苏 222006);2. 江苏省连云港市第一人民医院

通讯作者:孙卫华, Tel:0518-2890529, E-mail:sw57@126.com