

腹泻型肠易激综合征合并功能性消化不良 肝郁脾虚证与胃肠激素相关性研究

赵 梁¹ 宋 雯¹ 朱 萍¹ 张 瑜¹ 卜 平^{1,2}

摘要 目的 探讨腹泻型肠易激综合征(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, D-IBS)合并功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)肝郁脾虚证病机与症状、精神心理及胃肠激素的相关性。**方法** 采用罗马Ⅲ标准和中医辨证标准,选取 111 例诊断为 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者为研究对象,并以 30 名健康志愿者作为对照,采用问卷调查的形式记录受访者的一般情况、消化道症状评分及肝郁脾虚证亚型分布,并应用北京惠诚成人心理测验软件完成 90 项症状自评量表(symptom check list-90, SCL-90)心理测评,同时检测血浆脑肠肽 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、生长抑素(somatostatin, SS)、血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide, VIP)、内皮素(endothelin, ET)及炎症细胞因子白介素 10(interleukin 10, IL-10)、白介素 12(interleukin 12, IL-12)水平。**结果** (1)D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型分布以脾气虚亚型比例最高(51/111, 45.9%),脾阳虚亚型次之(34/111, 30.6%);三个亚型间消化道症状评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(2)与对照组比较,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证三亚型焦虑因子评评分及总症状指数均显著升高,脾阳虚亚型及肝郁亚型抑郁因子评分亦显著升高($P < 0.05$, $P < 0.01$),肝郁亚型抑郁因子分显著高于脾气虚亚型($P < 0.01$);D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者无论是否合并焦虑和(或)抑郁,血浆 5-HT 水平均显著高于对照组,VIP、IL-10 水平均显著低于对照组($P < 0.05$),合并焦虑和(或)抑郁患者血浆 VIP 水平亦显著低于无明显心理异常患者($P < 0.01$),SS 水平显著低于对照组($P < 0.05$);各患者组血浆 ET 及 IL-12 水平与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(3)与对照组比较,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型血浆 5-HT 水平显著升高,VIP 及 IL-10 水平显著下降($P < 0.05$, $P < 0.01$),SS、ET 及 IL-12 水平无显著改变($P > 0.05$);此外,肝郁亚型患者血浆 5-HT 水平显著高于脾阳虚亚型,VIP 水平显著低于脾气虚亚型($P < 0.05$)。**结论** D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证病机有肝郁、脾虚主次之分,精神心理异常及血浆 5-HT 水平升高、VIP 水平降低可能与肝郁亚型关系密切,这为本病的中西医结合治疗及探寻中医证型客观化指标提供了一定参考。

关键词 肠易激综合征;功能性消化不良;肝郁脾虚证;胃肠激素

A Correlation Study between Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome Complicated Functional Dyspepsia Patients of Gan-stagnation Pi-deficiency Syndrome and Gastrointestinal Hormones ZHAO Liang¹, SONG Wen¹, ZHU Ping¹, ZHANG Yu¹, and BU Ping^{1,2} 1 Laboratory of Gastroenterology, Clinical Medical School, Yangzhou University, Jiangsu (225001), China; 2 Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Yangzhou University, Jiangsu (225001), China

ABSTRACT Objective To investigate the correlation between the pathogeneses of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (D-IBS) complicated functional dyspepsia (FD) patients of Gan-stagnation Pi-deficiency Syndrome (GSPDS) and symptoms, psychological states, and gastrointestinal hormones. **Methods** A total of 111 patients with confirmed D-IBS complicated FD of GSPDS were recruited as the treated group by using Rome III standard and Chinese medical syndrome standard. And 30 healthy volunteers were recruited as the control group. The general condition, scoring for digestive symptoms, and the distribution of GSPDS subtype of all subjects were recorded by a questionnaire, and assessed by

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No.81173392)

作者单位:1.扬州大学临床医学院消化病研究室(江苏 225001);2.扬州大学附属医院消化科(江苏 225001)

通信作者:卜 平, Tel:0514-87978872, Email:boping@yzu.edu.cn

DOI: 10.7661/CJIM.2014.10.1168

Symptom Checklist (SCL-90; a software for psychological test developed by Beijing Huicheng Adult Corporation). Meanwhile, plasma levels of 5-hydroxytryptamine (5-HT), somatostatin (SS), vasoactive intestinal peptide (VIP), endothelin (ET), interleukin 10 (IL-10), and interleukin 12 (IL-12) were measured in all subjects. Results (1) The subtype of D-IBS complicated FD of GSPDS was dominant in Pi-qi deficiency type (51/111, 45.9%), Pi yang deficiency type (34/111, 30.6%), and GSPDS. There was no statistical difference in the scoring of digestive symptoms among the 3 subtypes ($P > 0.05$). (2) Compared with the control group, the anxiety factor score and the total score significantly increased in all three subtypes of D-IBS complicated FD of GSPDS, and the depression score of Pi yang deficiency type and Gan-depression type also significantly increased ($P < 0.05$, $P < 0.01$); the depression score of Gan-depression type was significantly higher than that of the Pi-qi deficiency type ($P < 0.01$). Plasma 5-HT levels were obviously lower in D-IBS complicated FD patients of GSPDS accompanied with anxiety or depression than in those with no obvious psychological abnormalities, and VIP and IL-10 levels were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). Plasma VIP levels were also obviously lower in D-IBS complicated FD patients of GSPDS accompanied with anxiety or depression than in those with no obvious psychological abnormalities ($P < 0.01$), and SS levels were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). There was no statistical difference in plasma ET or IL-12 levels in each patient group, when compared with the control group ($P > 0.05$). (3) Compared with the control group, plasma 5-HT levels significantly increased, plasma VIP and IL-10 levels significantly decreased in each subtype of D-IBS complicated FD patients of GSPDS ($P < 0.05$, $P < 0.01$), and no significant change of SS, ET, or IL-12 occurred ($P > 0.05$). Besides, plasma 5-HT levels were significantly higher in Gan-depression type than in Pi yang deficiency type, VIP levels were lower in Gan-depression type than in Pi-qi deficiency type (all $P < 0.05$). Conclusions Gan stagnation and Pi deficiency were dominant in D-IBS complicated FD patients of GSPDS. Psychological abnormalities, increased plasma 5-HT levels, and decreased plasma VIP levels were closely correlated with Gan stagnation subtype, which provided some reference for looking for objective indicators of Chinese medical syndromes in treating D-IBS complicated FD patients of GSPDS.

KEYWORDS irritable bowel syndrome; functional dyspepsia; Gan-stagnation Pi-deficiency syndrome; gastrointestinal hormone

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)与功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是两种常见的功能性胃肠病,两病临床易合并起病。流行病学调查显示^[1],约 1/3 ~ 2/3 IBS 患者合并有 FD 的症状。IBS 合并 FD 机制尚未完全阐明,目前普遍认为其与精神心理异常及脑肠轴功能紊乱有一定关系。中医学理论认为,IBS 特别是腹泻型 IBS (D-IBS)及 FD 基本病机均与脾气虚弱,肝郁乘脾有密切关系,只是前者病位在肠,后者病位在胃,相同或相似的病机为两病的合并发生提供了理论基础^[2-4]。目前国内外针对两病合并证的中医、中西医结合研究鲜有报道,本课题组通过前期调查发现^[5],IBS 合并 FD 的中医证型中肝郁、脾虚、肝郁脾虚证占 60%。为此,笔者对 111 例 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者进行症状、精神心理等相关问卷调查和病机分析,同时检测血浆多种脑肠肽、细胞因子水平,以探讨 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证与精神心理、胃肠激素之间的相互关系。

资料与方法

1 西医诊断标准 D-IBS 及 FD 的诊断均参照罗马Ⅲ标准^[6]。D-IBS 诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月每月至少有 3 天出现反复发作的腹痛或不适,合并以下 2 条或多条:(1)排便后症状缓解;(2)发作时伴有排便频率改变及急迫感;(3)发作时伴有大便性状、外观改变(松散便、稀水便)。在临床试验中,筛选可评估的患者时,疼痛和(或)不适出现的频率至少为每周 2 天。FD 诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月满足以下 1 条或多条:(1)餐后饱胀不适;(2)早饱感;(3)上腹痛;(4)上腹烧灼感;并且无可以解释上述症状的器质性疾病的证据。

2 中医辨证标准 参照 2010 年中华中医药学会内科脾胃病专业委员会制定的 D-IBS 中医诊疗共识意见、2002 年中华中医药学会内科脾胃病专业委员会制定的 FD 中医诊治规范(草案)^[7,8]。肝郁脾虚证

主症:(1)腹痛即泻,泻后痛减,发作常和情绪有关;(2)胃脘胀痛或不适;(3)急躁易怒,善叹息。肝郁脾虚证次症中,肝郁见症:(1)两胁胀满;(2)失眠多梦;(3)暖气反酸;(4)口苦咽干,或咽部有异物感;(5)舌淡红,脉弦。脾气虚见症:(1)纳少或泛恶;(2)食后腹胀;(3)便溏不爽;(4)神疲乏力;(5)舌质淡,脉细。脾阳虚见症:(1)畏寒肢冷;(2)腹胀有冷感,喜热饮;(3)泛吐清水;(4)大便溏薄,小便清长;(5)舌淡胖,或有齿痕,脉细。凡具备主症和任意 3 项次症,即可诊断为肝郁脾虚证。参考《中药新药临床研究指导原则》^[9],同时为求深入探讨本病的病机特点,根据次症数量分布及病机侧重不同将肝郁脾虚证进一步分为“肝郁”、“脾气虚”、“脾阳虚”3 个亚型。

3 纳入及排除标准 纳入标准:(1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;(2)愿意加入本研究,并签署知情同意书;(3)年龄 18~80 岁。排除标准:(1)孕妇或哺乳期女性;(2)手术或其他应激情况下的患者;(3)合并严重肝、肾功能损害;(4)合并严重心脑血管疾病;(5)合并内分泌疾病;(6)合并各种急性感染性疾病。

4 一般资料 收集 2011 年 2 月—2012 年 6 月就诊于扬州大学附属医院消化科门诊符合中、西医诊断标准的患者 111 例作为治疗组,其中男 57 例,女 54 例,年龄 21~80 岁,平均 (49.40 ± 12.90) 岁;对照组为同期来自扬州市疾病预防控制中心的健康体检者 30 名,其中男 14 名,女 16 名,年龄 27~69 岁,平均 (46.80 ± 12.70) 岁。两组性别及年龄比较,差异无统计学意义($P < 0.05$)。

5 消化道症状评分 参照孙艳芳等^[10]的 IBS、FD 症状评分体系,IBS 症状评分包括腹痛时间(无, <1 h/天,1~8 h/天, >8 h/天)、腹痛频率(无, <2 天/周,2~5 天/周, >5 天/周)、大便性状异常(无, <1/4, 1/4~3/4, >3/4 时间)、排便过程异常(无, <1/4, 1/4~3/4, >3/4 时间)、黏液便(无, <1/4, 1/4~3/4, >3/4 时间)和排便时腹胀(无, <1/4, 1/4~3/4, >3/4 时间)6 项。FD 就上腹痛或不适、腹胀、暖气、食欲不振、早饱、恶心、呕吐 7 个症状填写症状评分表,每个症状按程度分为无、轻、中、重 4 级(无:无症状;轻:有症状,但不明显,需要提醒;中:症状较明显,但可耐受,对正常生活和工作没有影响;重:症状明显,影响正常生活和工作)。每个症状按上述程度不同分别计 0、1、2、3 分,症状得分相加后为该受试者的症状评分。

6 临床问卷调查 所有受试者在独立诊室接受问卷调查及心理测评。采用北京惠诚软件公司开发的

成人心理测验系统进行 90 项症状自评量表(symptom check list-90, SCL-90)心理测评^[11],如患者属文盲或对条目不理解,则由调查人员详细客观解释,直到患者理解并做出评分为止。SCL-90 心理自评量表包含 90 个项目,10 个因子,即评定 10 个方面的心理状态(躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性和其他)。每一个项目采用五级评分制(没有:自觉无该项问题;很轻:自觉有该项症状,但对受试者并无实际影响,或者影响轻微;中度:自觉有该项症状,对被试者有一定影响;偏重:自觉有该项症状,对被试者有相当程度的影响;严重:自觉该症状的频率和强度都十分严重,对受试者的影响严重),分别记 1、2、3、4、5 分,各因子总分/因子项目数即为该因子评分,总分/90 即为总症状指数,所用软件系统根据各因子评分自动进行相应心理状态评估。

7 脑肠肽及细胞因子水平检测 检测血浆脑肠肽 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、生长抑素(somatostatin, SS)、血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide, VIP)、内皮素(endothelin, ET)及炎症细胞因子白介素 10(interleukin, IL-10)、白介素 12(interleukin, IL-12)水平。采集空腹静脉血 5 mL,置于 EDTA 抗凝管中,离心 3 000 r/min, 15 min,取血浆分装后于 -80 ℃ 冻存待测。检测采用 ELISA 法,5-HT、SS、VIP 及 ET 试剂盒购自美国 Rapid bio 公司,IL-10、IL-12 试剂盒购自北京达科维生物科技公司,按说明书要求严格进行操作,酶标仪为美国伯乐公司 Bio-680 型。比较有无焦虑和(或)抑郁肝郁脾虚证患者各亚型间的差异。

8 统计学方法 所有资料采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计学分析,统计数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用 LSD 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 一般情况 111 例 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者中,城市居民 64 例,占 57.7%;农村居民 47 例,占 42.3%。形体适中者 58 例,占 52.3%;形体偏瘦者 31 例,占 27.9%;形体偏胖者 22 例,占 19.8%。病程 <1 年患者 18 例,占 16.2%;病程 1~5 年者 35 例,占 31.5%;病程 >5 年者 58 例,占 52.3%。合并焦虑和(或)抑郁患者 29 例,占 26.1%。肝郁脾虚亚型分布中,脾阳虚亚型 34 例,占 30.6%;肝郁亚型 26 例,占 23.4%;脾气虚亚型 51 例,占 45.9%。三个亚型间 FD、D-IBS 症状评分比较

(表 1), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型
症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	D-IBS 症状评分	FD 症状评分	总症状评分
脾气虚	51	6.92 ± 2.97	6.76 ± 3.14	13.61 ± 4.67
脾阳虚	34	7.41 ± 3.37	6.21 ± 3.48	13.62 ± 4.78
肝郁	26	7.46 ± 3.23	5.38 ± 2.70	12.85 ± 4.53

2 各亚型 SCL-90 评分比较(表 2) 与对照组比较,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证 3 个亚型焦虑因子评分及总症状指数均显著升高,脾阳虚亚型及肝郁亚型抑郁因子评分亦显著升高,差异均有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$);肝郁亚型抑郁因子评分显著高于脾气虚亚型($P < 0.01$),其他各因子评分组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 有和无焦虑和(或)抑郁肝郁脾虚证患者血浆脑肠肽及细胞因子含量比较(表 3) 111 例 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者无论是否合并焦虑和(或)抑郁,血浆 5-HT 水平均显著高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$),VIP、IL-10 水平均显著低于对照组($P < 0.01$);有焦虑和(或)抑郁患者血浆 VIP 水平显著低于无明显心理异常患者($P < 0.01$),SS 水平显著低于对照组($P < 0.05$),各患者组血浆 ET 及 IL-12 水平与

对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 各亚型血浆脑肠肽及细胞因子含量比较(表 4) 与对照组比较,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型血浆 5-HT 水平显著升高,VIP 及 IL-10 水平显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$),SS、ET 及 IL-12 水平无显著改变($P > 0.05$)。此外,肝郁亚型患者血浆 5-HT 水平显著高于脾阳虚亚型,VIP 水平显著低于脾气虚亚型,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

讨 论

D-IBS 属中医学“泄泻”、“腹痛”等范畴,其中医病机主要责之肝郁脾虚。脾气虚弱、肝郁乘脾是本病发生的一个主要病因病机,目前普遍认为其病在肝,其标在肠,其制在脾。FD 属于中医学“痞满”、“胃痛”、“反酸”等范畴,中医学认为其病因多为情志内伤、或饮食伤胃、劳倦伤脾、或中气不足、邪犯肠胃,基本病机为肝郁犯土、胃失和降、脾运无权,病位在胃,涉及肝脾两脏。IBS 与 FD 在西医学中虽为两种独立疾病,但其中医基本病机都与脾虚肝郁有关,脾胃虚弱则肝郁犯土、胃失和降,出现胃痛、痞满、反酸等,脾气亏虚则运化无权,出现腹痛、腹泻,若脾阳不足则伴有腹寒、肢冷等表现。《素问·阴阳应象大论》中“清气在下,则

表 2 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型 SCL-90 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体化	强迫	人际关系	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	精神病性	其他	总症状指数
对照	30	1.01 ± 0.16	1.09 ± 0.12	1.10 ± 0.11	1.25 ± 0.14	1.22 ± 0.12	1.25 ± 0.20	1.12 ± 0.11	1.12 ± 0.13	1.09 ± 0.10	1.08 ± 0.09	1.13 ± 0.03
脾气虚	51	1.29 ± 0.46	1.18 ± 0.27	1.13 ± 0.20	1.34 ± 0.33	1.47 ± 0.42 *	1.31 ± 0.46	1.06 ± 0.14	1.12 ± 0.16	1.07 ± 0.14	1.36 ± 0.56	1.24 ± 0.24 *
脾阳虚	34	1.36 ± 0.44	1.26 ± 0.33	1.20 ± 0.37	1.57 ± 0.51 **	1.61 ± 0.46 **	1.42 ± 0.42	1.11 ± 0.22	1.16 ± 0.35	1.13 ± 0.30	1.31 ± 0.34	1.33 ± 0.27 **
肝郁	26	1.23 ± 0.48	1.13 ± 0.24	1.14 ± 0.34	1.69 ± 0.59 **△	1.64 ± 0.63 **	1.46 ± 0.53	1.06 ± 0.10	1.06 ± 0.11	1.08 ± 0.23	1.19 ± 0.36	1.29 ± 0.26 **

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与脾气虚亚型比较,△ $P < 0.01$

表 3 有和无焦虑和(或)抑郁肝郁脾虚证患者血浆脑肠肽及细胞因子含量比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	5-HT	SS	VIP	ET	IL-10	IL-12
对照	30	1 289.44 ± 918.45	15.80 ± 9.04	34.25 ± 10.36	25.33 ± 6.86	23.34 ± 10.51	32.15 ± 9.33
无焦虑和(或)抑郁患者	82	1 855.40 ± 665.12 **	12.91 ± 8.53	27.16 ± 12.26 **	27.26 ± 8.97	14.58 ± 7.87 **	29.49 ± 10.29
有焦虑和(或)抑郁患者	29	1 741.92 ± 346.37 *	10.15 ± 8.38 *	17.72 ± 6.38 **△	25.24 ± 6.47	15.76 ± 6.67 **	29.19 ± 8.75

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与无焦虑和(或)抑郁患者组比较,△ $P < 0.01$

表 4 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型血浆脑肠肽及细胞因子含量比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	5-HT	SS	VIP	ET	IL-10	IL-12
对照	30	1 289.44 ± 918.45	15.80 ± 9.04	34.25 ± 10.36	25.33 ± 6.86	23.34 ± 10.51	32.15 ± 9.33
脾气虚	51	1 813.27 ± 635.96 **	11.51 ± 6.94	27.76 ± 12.89 *	27.25 ± 9.39	14.95 ± 6.85 **	28.36 ± 9.08
脾阳虚	34	1 624.25 ± 412.16 *	11.29 ± 5.24	23.28 ± 11.40 **	25.17 ± 6.65	15.47 ± 9.77 **	30.11 ± 11.71
肝郁型	26	2 095.60 ± 635.36 **△	14.56 ± 13.22	20.62 ± 8.23 **▲	27.66 ± 8.40	14.08 ± 5.74 **	30.57 ± 9.01

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与脾阳虚亚型比较,△ $P < 0.01$;与脾气虚亚型比较,▲ $P < 0.01$

生飧泄,浊气在上,则生痼胀”的论述是 D-IBS 合并 FD 基本病机的最好总结。本研究 111 例 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者中,脾气虚亚型占 45.9%,脾阳虚亚型占 30.6%,肝郁亚型占 23.4%,各亚型间 IBS、FD 症状评分及总症状指数差异无统计学意义,提示 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证与脾的关系最为密切,病机中肝郁及脾虚的主次与症状轻重无显著相关性。

大量研究表明,抑郁、焦虑障碍与 IBS 及 FD 的发生关系密切^[12]。对中国大城市 IBS 和 FD 患者焦虑、抑郁情况的调查发现^[13],IBS 和 FD 的抑郁和(或)焦虑患病率分别为 24.8% 和 23.6%。同时,中医理论认为,肝属木,主疏泄,喜条达而恶抑郁,助脾之运化;脾属土,主运化,胃主受纳腐熟,脾胃升降有赖肝气疏泄正常,因而脾胃的运化功能与肝的疏泄功能密切相关,谓之“土得木则达”,如情志失调,则肝气郁滞,肝脾不和,最终导致肝郁脾虚。本研究结果表明,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者中存在焦虑和(或)抑郁障碍者占 26.1%,三个亚型焦虑因子分及脾阳虚、肝郁亚型抑郁因子分均显著高于对照组,其中肝郁亚型抑郁因子分亦显著高于脾气虚亚型,推测大部分 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证患者处于心理亚健康状态,情致因素引起的肝气郁滞与本病症状发生可能存在密切联系,其为中医辨证治疗 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证提供了参考依据。

既往研究发现,脑肠肽 5-HT、SS、VIP、ET 及细胞因子 IL-10、IL-12 与 D-IBS、FD 症状均有密切联系^[14,15]。本研究结果表明,D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型血浆 5-HT 水平显著高于对照组,VIP 及 IL-10 水平显著低于对照组,其中,肝郁亚型患者血浆 5-HT 水平显著高于脾阳虚亚型,VIP 水平显著低于脾气虚亚型,推断血浆多种脑肠肽、细胞因子水平异常可通过全身或局部作用影响胃肠动力功能及内脏敏感性,同时或分别引起胃肠症状,脑肠轴功能紊乱及多种脑肠肽、细胞因子水平异常可能是两病共同的神经胃肠病学基础。多种胃肠激素在 D-IBS 合并 FD 肝郁脾虚证各亚型间存在显著差异,这可能为探寻本病中医分型的客观化指标提供一定参考。

肝郁脾虚证是 D-IBS 合并 FD 的最常见证型,病情复杂,临床诊断上应注意将西医辨病与中医辨证相结合,注重区分肝郁、脾虚主次,用药有所侧重,在运用西药缓解症状的同时,脾气虚为主者注重益气补中,脾阳虚为主者注重温中健脾,肝郁为主者注重舒肝理气或合用抗抑郁药物,这对于缓解本病症状及减少复发都将起到更好的效果。

参 考 文 献

- [1] Caballero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S, Valenzuela-Barranco M, et al. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: a community based study in Southern Europe[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1999, 11 (5): 517 - 522.
- [2] 任友权, 查安生, 高慧慧. 肠易激综合征重叠功能性消化不良的中医病机探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(2): 73 - 75.
- [3] 宋誉民, 阮六平, 吴中. 以罗马 III 标准诊断的功能性消化不良与肠易激综合征重叠症状的研究[J]. 赣南医学院学报, 2008, 28(4): 576.
- [4] 王亚平. 168 例功能性消化不良合并肠易激综合征患者临床症状调查[J]. 临床医学, 2006, 26(11): 6.
- [5] 卜平, 时乐, 徐敏, 等. 72 例功能性胃肠病复合型证候病机研究[J]. 中医杂志, 2005, 46(6): 451 - 453.
- [6] Rome Foundation. Guidelines-Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15(3): 307 - 312.
- [7] 张声生, 李乾构, 魏玮, 等. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062 - 1065.
- [8] 张声生, 汪红兵, 李乾构. 功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 12(6): 381 - 383.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第 1 辑)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 96 - 97.
- [10] 孙艳芳, 李延青, 王亚平. 功能性消化不良重叠肠易激综合征患者的消化道症状和生活质量特点[J]. 胃肠病学, 2006, 11(8): 492 - 494.
- [11] Harvey RF, Read AE. Effect of cholecystokinin on colonic motility and symptoms in patients with irritable bowel syndrome [J]. Lancet, 1973, 1 (7793): 1 - 3.
- [12] North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment world[J]. J Gastroenterol, 2007, 13(14): 2020 - 2027.
- [13] 付朝伟, 徐澍, 陈维清, 等. 中国大城市肠易激综合征和功能性消化不良患者抑郁、焦虑现况研究[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(3): 151 - 154.
- [14] 沈骏, 诸琦, 袁耀宗, 等. 肠易激综合征患者血浆脑肠肽水平的变化[J]. 中国胃肠病学, 2005, 10(5): 290 - 292.
- [15] Bashashati M, Rezaei N, Christopher N. Andrews, et al. Cytokines and irritable bowel syndrome: where do we stand [J]. Cytokine, 2012, 57(2): 201 - 209.

(收稿: 2013 - 02 - 17 修回: 2013 - 11 - 14)