

证的研究 ·

功能性消化不良中医证型与情绪的关系

刘 汶¹ 范 萌¹ 王仲霞¹ 韩偎偎¹ 夏志伟²

(1. 首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 北京市东城区美术馆后街23号, 100010; 2. 北京大学第三医院消化科)

[摘 要] **目的** 探讨功能性消化不良(FD)中医辨证分型与情绪状况的关系。**方法** 随机抽取于2001~2006年北京中医医院和北京大学第三医院消化科门诊、病房就诊的患者1000例, 其中FD患者267例, 采用问卷调查方式调查患者的性情及相关症状、舌脉。**结果** FD各中医证型中情绪分布差异均有统计学意义($P < 0.01$), 肝郁气滞证和肝郁脾虚证多与情绪不佳有关。**结论** 功能性消化不良可能主要与肝失疏泄有关。

[关键词] 功能性消化不良; 中医证型; 情绪

Correlation between TCM Syndromes and Emotional Status of Functional Dyspepsia Patients

LIU Wen, FAN Meng, WANG Zhong-xia, et al.

(Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT **Objective** To discuss the correlation between TCM syndromes of functional dyspepsia (FD) and the emotional status of patients. **Methods** During 2001 to 2006, the 1000 patients of the peptic departments in Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital and the Third Hospital of Beijing University, of them, 267 FD patients, were randomly selected for observation. Questionnaire-investigation was employed to get their data on temper, related symptoms, as well as manifestations of tongue and pulse. **Results** The emotional status of FD patients in all TCM syndromes were statistically significant ($P < 0.01$). The liver qi stagnation syndrome and the liver qi stagnation with spleen deficiency syndrome were mostly related with emotional depression. **Conclusion** FD possibly relates mainly with the function of liver in dominating the free flow of qi.

Key Words Functional dyspepsia (FD); TCM syndromes; Emotions

功能性消化不良(FD)是消化系统的常见病、多发病。西方国家资料表明,FD约占内科患者总数的2%~3%,占胃肠病患者的20%~30%,在接受胃镜检查的患者中更多达40%~70%^[1]。据国内统计,FD约占消化科就诊人数的50%^[2]。由于社会的发展及生活节奏的加快,人们所承受的精神压力增加致使其发病率有继续升高的趋势。本研究探讨FD中医辨证分型与情绪的关系,为中医药治疗功能性消化不良提供理论依据。

1 资料

1.1 西医诊断标准

参照1999年世界胃肠病大会罗马Ⅱ标准^[3]:在过去1年中至少有12周(不必连续)出现下述症状:(1)持续或反复性上腹中部疼痛或不适;(2)症状与排便无关;(3)没有可以解释症状的器质性疾病(包括内镜检查),如在以后的随访中发现相关的器质性病变更应及时更正诊断。

1.2 中医诊断及辨证标准

参照2001年中华医学会内科脾胃病专业委员会通

过的《功能性消化不良(FD)中医诊治规范(草案)》^[4]分为:(1)肝郁气滞证:主症:胃脘胀痛,胸胁痞满。次症:脘腹或胸胁窜痛,嗳气呃逆,自觉咽中有物,不思饮食,喜叹息,烦躁易怒,气怒怔忡,舌边尖红,脉沉弦;凡具备主症和任意2项次症即可诊断。(2)肝郁脾虚证:主症:胃脘胀痛或不适,纳少便溏。次症:脘腹胀痛,烦躁易怒,失眠多梦,嗳气反酸,食后腹胀,神疲乏力,便溏不爽,舌胖大,脉弦细。凡具备主症和任意2项次症即可诊断。(3)脾虚痰湿证:主症:胃脘痞满,舌苔白腻。次症:餐后早饱,食后腹胀,呃逆嗳气,大便溏黏,疲乏无力,痰涎量多,脉象细滑。凡具备主症和任意2项次症即可诊断。(4)饮食积滞证:主症:胃脘痞满,嗳腐酸臭。次症:厌恶饮食,胃胀拒按,恶心呕吐,吐后症减,矢气臭秽,舌苔垢腻,脉弦滑。凡具备主症和任意2项次症即可诊断。(5)寒热错杂证:主症:脘痞畏寒,胃中灼热。次症:畏寒肢冷,嘈杂反酸,口干口苦,心烦燥热,肠鸣便溏,遇冷症重,舌淡苔黄,脉沉细数。凡具备主症和任意2项次症即可诊断。

1.3 纳入标准

符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者,年龄65~90岁。

表1 267例患者不同证型症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	上腹中部疼痛	腹胀	早饱	恶心
肝郁气滞证	83	4.96 $\pm$ 0.99	4.28 $\pm$ 0.85	3.05 $\pm$ 0.91	2.24 $\pm$ 0.93
肝郁脾虚证	73	4.34 $\pm$ 0.77*	5.12 $\pm$ 0.83*	3.00 $\pm$ 0.97	2.38 $\pm$ 0.94
脾虚痰湿证	57	2.88 $\pm$ 1.00* Δ	3.00 $\pm$ 0.78* Δ	5.23 $\pm$ 0.73* Δ	3.07 $\pm$ 1.83* Δ
饮食积滞证	33	1.52 $\pm$ 0.91* $\Delta\blacktriangle$	3.64 $\pm$ 0.82* $\Delta\blacktriangle\#$	2.97 $\pm$ 0.95 $\blacktriangle\#$	5.24 $\pm$ 0.87* $\Delta\blacktriangle\#$
寒热错杂证	21	1.10 $\pm$ 1.09* $\Delta\blacktriangle$	1.24 $\pm$ 1.20* $\Delta\blacktriangle$	2.14 $\pm$ 1.11* $\Delta\blacktriangle$	2.67 $\pm$ 1.15

与肝郁气滞证比较, * $P<0.01$; 与肝郁脾虚证比较, $\Delta P<0.01$; 与脾虚痰湿证比较, $\blacktriangle P<0.01$; 与寒热错杂证比较, $\#P<0.01$

1.4 排除标准

(1) 合并严重心、肝、肾等脏器疾患;(2) 合并高血压及糖尿病者;(3) 腹部手术史;(4) 妊娠及精神疾患;(5) 长期服用对胃肠动力有影响的药物者。

1.5 一般资料

从2001年1月~2006年1月间在北京中医医院和北京大学第三医院消化科门诊及住院患者,采用单纯随机抽样(随机数字表法)方法随机抽样1000例,其中诊断为功能性消化不良的患者267例(占26.7%),男94例,女173例,年龄15~89岁,平均51岁;病程1~20年,平均(3.68 $\pm$ 2.06)年。

2 方法

2.1 问卷调查

由经过培训的医务工作者作为调查员询问患者并完成标准化问卷(参考《中药新药临床指导原则》^[6]中的证候评定标准及功能性消化不良罗马Ⅱ诊断标准^[3]制定)的填写、评分,问卷内容包括:(1) 一般资料:性别、年龄、性情、生活习惯等;(2) 典型消化道症状^[5]:上腹中部疼痛、腹胀、早饱、恶心;(3) 辨患者舌脉并辨证。

2.2 评价方法

症状评分标准^[5]:分别作程度和频率评分。程度0分:无症状;1分:轻度,症状轻微,需注意才感到症状的存在;2分:中度,自觉症状明显,但不影响工作、生活和睡眠;3分:重度,症状明显,影响工作、生活和睡眠。频率0分:不发作;1分:每周发作1~3次;2分:每周发作4~5次;3分:每天发作。程度与频率之和为合计积分。

2.3 统计学方法

采用SPSS 11.5统计软件进行数据分析。计数资料采用卡方检验,计量资料比较采用两两比较的方差分析。

3 结果

3.1 证型分布特点

267例功能性消化不良患者中,肝郁气滞证83例占31.1%,肝郁脾虚证73例占27.3%,脾虚痰湿证57例占21.3%,饮食积滞证33例占12.4%,寒热错杂证21例占7.9%。

3.2 各证型中症状分布

表1示,各证候群的上腹中部疼痛、腹胀、早饱和恶心差异均有统计学意义($P<0.01$)。上腹中部疼痛除寒热错杂证与饮食积滞证之间外,余各证型两两之间差异均有统计学意义($P<0.01$),提示上腹部疼痛多见于肝郁气滞证。腹胀的各证型之间两两比较均有统计学意义($P<0.01$),提示腹胀多见于肝郁脾虚证。早饱的各证型之间两两比较,肝郁气滞证与脾虚痰湿证、寒热错杂证有统计学意义;脾虚痰湿证与饮食积滞证、寒热错杂证有统计学意义;饮食积滞证与寒热错杂证有统计学意义(P 均 <0.01);提示早饱多见于脾虚痰湿证。恶心的各证型两两比较,除肝郁气滞证与肝郁脾虚证、肝郁气滞证与寒热错杂证、肝郁脾虚证与寒热错杂证、脾虚痰湿证与寒热错杂证外,其余两两证型之间差异均有统计学意义($P<0.01$),提示恶心多见于饮食积滞证。

3.3 中医证型与情绪

参照心理学对情感的二分法^[6],按开朗、温和、急躁、焦虑、抑郁将患者的性情分为五类,将性情开朗、温和合并为情绪佳,急躁、焦虑、抑郁合并为情绪差。表2示,不同证型情绪分布的差异有统计学意义($P<0.01$)。各证型之间两两比较,除寒热错杂证与脾虚痰湿证外,其余各证型之间的情绪分布皆有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表2 267例患者各证型在不同性情中的分布[例(%)]

证型	例数	性情	
		情绪佳	情绪差
肝郁气滞证	83	4(4.8)	79(95.2)
肝郁脾虚证	73	17(23.3)	56(76.7)
脾虚痰湿证	57	30(52.6)	27(47.4)
饮食积滞证	33	28(84.8)	5(15.2)
寒热错杂证	21	10(47.6)	11(52.4)

4 讨论

《金匱要略》曰:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾,四季脾旺不受邪,即勿补之。”中医认为,肝的疏泄功能既与机体情志活动关系密切,又能助脾胃运化。情志不畅伤肝,肝气郁结,肝失疏泄,乘脾犯胃,除有精神情志异常外,常出现纳呆、噯气、腹胀、脘腹痛、腹泻等消化不良症状,分别与FD的精神心理失衡和消化不良的

临床表现相符。研究结果显示,FD 各中医证型中情绪分布具有统计学意义。并且FD 肝郁气滞证、肝郁脾虚证中情绪差的构成比高达95.2%及76.7%。精神因素对FD 发病的作用,国际上有一定的共识,大约30% FD 患者的发病与焦虑或抑郁等精神因素及精神应激状态有关。功能性消化不良和抑郁、焦虑情绪障碍之间可能有两类不同的情况:一类是心理异常为主因,胃肠症状是其躯体症状的一部分,称“原发性”心理异常;另一类是胃肠病症状为主导,经久不愈后引起心理异常称“继发性”心理异常。

我们推测,情志不遂—精神心理失衡,导致肝气郁结,肝失疏泄,肝气不能正常升发,津血不能正常为五脏六腑及脑所用,以致脑失所充、脾失所养,终致消化不良。

参考文献

- [1] Witterman EM, Tytgat GN. Functional dyspepsia. Neth J Med, 1995, 46(4): 205~211.
- [2] 陈健芳,袁楚明.功能性消化不良346例临床分析.中国实用内科杂志,2004,24(1): 37~38.
- [3] 孟宪镛.实用消化病诊疗学.2版.上海:上海世界图书出版公司,2006:214,249.
- [4] 中华中医药学会内科脾胃病专业委员会.功能性消化不良(FD)中医诊治规范(草案).中国中西医结合脾胃杂志,2002,10(4): 3~4.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:124~155.
- [6] Jerry M. Burger 著.陈会昌等译.人格心理学.6版.北京:轻工业出版社,2004:157.

(收稿日期:2007-10-22;修回日期:2008-01-14)

[编辑:邓媛]

解郁活血宁神汤治疗中风后抑郁症50例

关群 雷华涛

(湖北省孝感市中医医院,孝感市槐荫大道249号,432100)

中风后抑郁症(PSD)是中风的重要并发症之一,可明显影响患者康复锻炼的主动性和神经功能的恢复,增高卒中患者的病死率。我们采用解郁活血定神汤治疗中风后抑郁50例,效果良好,现报道如下。

1 临床资料

本组病例共100例。随机分成2组。治疗组50例,男30例,女20例;平均年龄(65.5±10.6)岁;脑出血30例,脑梗死20例。对照组50例,男31例,女19例;平均年龄(64.8±14.6)岁;脑出血29例,脑梗死21例。两组性别、年龄、病程、抑郁量表评定总分等资料经统计学处理,差异无显著性意义,具有可比性($P>0.05$)。

西医诊断标准参考美国精神病协会《精神障碍诊断统计手册》DSM-IV 抑郁诊断标准及《汉密尔顿抑郁量表(HAMD)》评分标准,并经头部CT或MRI证实为脑梗死或脑出血。

2 治疗方法

两组均给予常规治疗:控制血压,降低颅内压,调整血脂、血糖,改善脑微循环等,酌情进行康复锻炼和配合心理治疗,鼓励、支持、安慰,提高患者的认知功能,纠正其不合理的观念,帮助患者进行主动或被动功能锻炼。对照组每次口服西药阿米替林25mg,每日3次。治疗组口服解郁活血宁神汤:桃仁12g,红花10g,当归15g,川芎12g,柴胡10g,陈皮、半夏、枳实、竹茹、郁金、胆南星各12g,远志、合欢皮各15g,石菖蒲30g。加减:偏气虚者加黄芪、党参;血虚明显者加肉桂、当归加至30g;肾精不足者加何首乌、枸杞子;失眠重者加龙骨、牡蛎。情绪不宁者加青皮、紫苏梗;性情燥怒、口苦目赤、舌红者加牡丹皮、栀子、夏枯草;失眠健忘者加茯神、珍珠、龙齿。每日1剂,水煎早晚分服,4周为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 治疗结果

3.1 临床疗效评价标准

汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的减分率 $\geq 75\%$ 为临床痊愈, $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$ 为显效, $\geq 25\%$ 但 $< 50\%$ 为有效, $< 25\%$ 为无效。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组50例,痊愈17例,显效14例,有效10例,无效9例,总有效率为82%;对照组50例,分别为19例、11例、12例、8例、84%。两组比较,疗效差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 副作用

对照组口干11例,心悸6例,便秘7例,视力模糊4例,头晕3例;排尿困难者8例;转氨酶升高5例。治疗组未发现明显不良反应。

4 讨论

目前抑郁症的治疗方法主要为心理治疗、药物治疗和电休克治疗三方面。电休克治疗风险较大,几乎很少应用。对于心理治疗,由于中风患者经常存在语言和理解能力方面的缺陷,单独应用心理治疗较少能奏效。所以对于中风后抑郁症的药物治就显得非常重要,但是目前抗抑郁西药存在一些不足之处,常用的抗抑郁药如三环类不良反应明显,使临床应用受到限制。中医学早在《金匱要略》中就有类似抑郁症的描述,如不寐、善忘、惊恐、心悸等病证。其病机特点是:既有中风之瘀血阻滞脉络;又有肝气郁结,情志不畅,并且气滞与血瘀互为因果。现代药理实验证实,柴胡具有抗焦虑及镇静作用,石菖蒲能明显促进小鼠记忆的获得和巩固,有胆碱能样神经功能作用,调节脑内5-羟色胺水平。我们的临床观察表明,应用中药治疗抑郁症疗效确切,未发现明显毒副作用。