

伴抑郁焦虑状态的功能性消化不良中医证型研究[※]

● 林平^{1*} 黄铭涵¹ 黄小燕²

摘要 目的:探讨伴抑郁焦虑状态的功能性消化不良中医证型情况。方法:按照流行病学调查方法,对诊断为功能性消化不良(FD)的患者进行心理测评,并随机抽取158例患者作为研究对象进行中医证型调查,研究各证型分布并与FD症状谱比较,以及各证型抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分差异。结果:1、中医证型分布以脾虚气滞证最为常见(54.4%);2、中医各证型与功能性消化不良症状谱比较:餐后饱胀感、上腹痛以脾虚气滞证明显;早饱以脾胃气虚证明显;上腹烧灼感以湿热滞胃证明显;3、中医各证型与SDS、SAS量表评分比较:脾虚气滞证患者抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)分值均最高,而湿热滞胃证在两个自评量表中评分均最低。结论:伴抑郁焦虑状态的功能性消化不良中医各证型分布及症状差异明显,脾虚气滞证型最为常见;基本病机为本虚标实,本虚以脾虚为主,标实以胃气失降、肝气郁结、湿阻气滞为主,病位以脾、胃、肝为主。

关键词 抑郁焦虑状态 功能性消化不良 中医证型 基本病机 主要病位

功能性消化不良(functional dyspepsia,简称FD)是临床常见病、多发病,占胃肠病患者的20%~30%,在接受胃镜检查的患者中其多达40%~70%^[1]。随着社会生活节奏的加快和生物医学模式的转变,社会心理因素在FD发病中的作用已逐渐为人们所重视和认识。多项研究发现,心理因素是影响FD患者症状严重性和就诊行为的重要因素,FD患者常伴有抑郁、焦虑等心理异常,但其与中医辨证分型之间的关系则少见报道。为此,我们选取伴抑郁焦虑状态的功能性消化不良患者作为研究对象,探讨其中医证型分布及症状谱特点,以及与抑郁焦虑状态病情之间的相关性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 西医诊断标准 参照罗马III功能性消化不良

※基金项目 2006年福建中医学院科研项目(No:XB2006022)

*作者简介 林平,男,主任医师、教授、硕士研究生导师。主要研究方向为消化系统疾病的中医临床诊断和治疗。发表临床研究论文42篇、出版专著2部,获政府科技进步奖6项次,近年主持福建省科技厅、教育厅及福建中医药科研课题7项。

•作者单位 1.福建中医学院附属第二人民医院(350003);
2.福建中医学院2008级中医内科学研究生(350003)

诊断标准^[3](1)以下1条或多条:a.餐后饱胀不适,b.早饱感,c.上腹痛,d.上腹烧灼感;(2)没有可以解释上述症状的功能性疾病;(3)诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上标准。

1.2 中医诊断及证型诊断标准 参照《中医内科学》“胃脘痛”、“痞满”等中医诊断^[4],以及中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2004年通过的《功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)》^[5],分为脾胃气虚证(症见脘腹痞满隐痛,劳累后加重或饥饿时疼痛,纳差而饱,大便溏软,舌质淡,舌体胖有齿痕,苔薄白或白腻,脉细弱等)、湿热滞胃证(症见胃脘痞满,闷胀不舒,恶心欲吐或呕吐,纳呆食少,嗳气不爽,舌质红,苔黄腻,脉滑数等)、脾虚气滞证(症见脘腹痞满,纳呆易饱,食后胃脘闷痛,饱胀不舒,舌质淡,苔薄白或薄黄,脉弦细等)。

1.3 一般资料 全部病例来自于2006年8月~2009年5月福建中医学院附属第二人民医院消化内科门诊。按照流行病学调查方法,对诊断为功能性消化不良(FD)的患者进行心理测评,并随机抽取158例伴抑郁焦虑状态患者作为研究对象进行中医证型调查。其中脾胃气虚型32例,男14例,女18例,年

龄 21~54 岁,平均年龄(36.2±9.3)岁;湿热滞胃型 40 例,男 17 例,女 23 例,年龄 23~59 岁,平均年龄(35.6±9.7)岁;脾虚气滞型 86 例,男 40 例,女 46 例,年龄 21~58 岁,平均年龄(36.8±9.2)岁。3 组性别及年龄均无统计学差异($P < 0.05$)。

1.4 消化道症状评分标准 对典型消化道症状进行程度和频率评分。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。

1.5 观察内容 包括(1)一般资料:性别、年龄、职业等;(2)抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)测评;(3)中医辨证诊断,需经两名中医师进行辨证,并获得一致结论后入选;(4)典型 FD 症状谱评分:餐后饱胀、早饱、上腹痛、上腹烧灼感。测评结束后及时进

行数据统计分析并制表。

1.6 统计学处理 用 Excel 软件将调查内容做成数据库,应用 SPSS 11.0 统计软件处理。计量结果均用 $\bar{x} \pm s$ 表示;计量资料差异比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 伴抑郁焦虑状态功能性消化不良患者中医证型分布分析 见表 1。

表 1 伴抑郁焦虑状态 FD 患者中医证型分布分析(n)

组别	n	比例(%)
脾胃气虚证	32	20.3
湿热滞胃证	40	25.3
脾虚气滞证	86	54.4

2.2 伴抑郁焦虑状态功能性消化不良患者中医各证型症状谱积分比较 见表 2。

表 2 伴抑郁焦虑状态 FD 患者中医各证型症状谱积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	餐后饱胀	早饱	上腹痛	上腹烧灼感
脾胃气虚证	32	3.27±0.69	4.39±0.92	3.03±0.80	1.85±0.91
湿热滞胃证	40	3.16±0.72	2.53±0.84 [▲]	3.22±0.87	4.54±0.89 [▲]
脾虚气滞证	86	3.92±0.84 ^{▲△}	3.13±0.87 ^{▲△}	4.53±1.06 ^{▲△}	3.35±0.82 ^{▲△}

注:与脾胃气虚证比较,▲ $P < 0.01$;与湿热滞胃证比较,△ $P < 0.01$

2.3 伴抑郁焦虑状态功能性消化不良患者各证型抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)比较 见表 3。

表 3 伴抑郁焦虑状态 FD 患者各证型 SDS、SAS 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SDS	SAS
脾胃气虚证	32	60.56±9.80	56.64±7.96
湿热滞胃证	40	56.31±8.91	54.39±7.22
脾虚气滞证	86	65.52±9.92 ^{▲△}	59.23±8.12 [△]

注:与脾胃气虚证比较,▲ $P < 0.05$;与湿热滞胃证比较,△ $P < 0.01$

3 讨论

功能性消化不良在中医古籍中无此病名,综合其临床特点,当属中医之“痞满”、“纳呆”、“胃脘痛”等病症范畴,在病机及辨证分型的探析上,历代医家阐述颇详。《素问·五运行大论》曰:“思伤脾”,已认识到 FD 的发病与精神等因素相关。《孟伯雄先生医案·肝气肝风》云:“脾为湿土,以升为健,胃为燥土,以

降为和,肝木横亘于中,上犯胃经,下克脾土,以致胸腹不舒,甚则吐作泻”,认为其发病与肝关系密切。根据历代医家对该病的认识,结合临床经验,笔者认为 FD 的基本病机为本虚标实。本虚以脾虚为主,一则素体不足,或久病脾胃受损,或肾阳不足,失于温煦,或心气亏虚,母病及子,均可引起脾胃虚弱,脾气亏虚,二则 6 个月以上病程,久病必虚;标实以气滞为主,或胃中气机壅滞,不通则痛,不降则痞,或肝失条达,肝胃不和,郁滞化火,或见湿热中阻,或寒邪客胃、郁而化热,或气滞血瘀、胃络瘀阻等标实兼证(本观察病例未见胃络瘀阻者,考虑抽样误差所致)。故病机上虽有虚、实、寒、热之不同,但与脾、胃、肝等脏腑关系密切。在前期研究中,我们以疏肝理气健脾法立方治疗 FD,临床疗效显著^[6],证实 FD 基本病因为肝气郁滞、脾胃虚弱。从本研究 158 例患者中医证型分布情况来看,也以脾虚气滞证最为常见,高达占 54.4%,证实了脾虚气滞为伴抑郁焦虑状态 FD 的基本病机。

在西医发病机制研究方面,有大量研究提示 FD 发病与多种致病因素相关,包括消化道运动异常、胃

酸、HP感染、内脏感觉异常、精神及心理因素等,可能是多种因素的综合作用^[7]。近年来先后颁布罗马I~罗马III标准,积极反映了国内外对其流行病学、发病机制、分类诊断标准、治疗等研究的进展。2006年颁布的功能性胃肠病(FGIDs)罗马III标准对功能性消化不良(FD)的症状谱和分型作了较大的修改^[3]。对于符合罗马III标准的伴抑郁焦虑状态FD患者,在新的FD症状谱和分型与中医各证型之间的关系,目前尚不明确。本研究表明餐后饱胀感、上腹痛以脾虚气滞证明显,早饱以脾胃气虚证明显,上腹烧灼感以湿热滞胃证明显,提示中医各证型之间的FD症状谱存在显著差异。

在发病机制的研究方面,已有大量学者就精神心理因素与FD间的关联性进行了大量的调查研究,证实FD与精神心理因素关系密切,特别在罗马III标准中得到集中体现。多项临床研究^[8~10]表明心理及抗抑郁治疗有利于FD患者症状及病理生理的改善,尤其适用于那些常规治疗无效的顽固性消化不良的患者。本研究结果表明脾虚气滞证患者抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)分值均最高,而湿热滞胃证在两个自评量表中评分均最低,提示伴抑郁焦虑状态的FD病位与脾、胃、肝关系最为密切,抑郁焦虑等心理异常导致的肝气郁结,横逆犯脾,肝脾不和,脾胃气虚,胃气失于和降,湿热滞胃,是FD发病的重要中

医病机,本观察研究为中医分型治疗功能性消化不良提供辨证依据。

参考文献

- [1] Witterman EM, Tytgat GN. Functional dyspepsia[J]. Neth J Med, 1995, 46:205.
- [2] Haug TT, Wilhelmsen I, Ursin H, et al. What are the real problems for patients with functional dyspepsia[J]. Sc and J Gastroenterol, 1995, 30:97-100.
- [3] 孙菁袁, 耀宗. 对功能性消化不良罗马III标准的浅识[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(11):764-765.
- [4] 王永炎主编. 中医内科学[M]. 上海科学技术出版社, 1997:161-167.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(6):381-383.
- [6] 林平, 黄铭涵, 张强. 鸡矢藤与柴芍六君子汤合用治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(12):1134-1135.
- [7] 李国华, 侯晓华. 功能性消化不良的研究进展[J]. 胃肠病学与肝病杂志, 2002, 11(4):370-373.
- [8] 李红露, 钟英绮, 裴新明. 功能性消化不良的精神心理因素及治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2002, 10(4):484-485.
- [9] 李章, 高镇松, 林和文. 功能性消化不良与心理因素的关系及抗抑郁药辅助治疗效应[J]. 中国临床康复, 2004, 8(24):4953-4955.
- [10] 韩志斌, 陈丽霞, 陈毅斌. 抗抑郁治疗对功能性消化不良患者精神心理因素的调节作用[J]. 中国临床康复, 2005, 9(8):16-17.

(上接第46页)

血生肌。后期是长皮敛疮阶段,这时患者往往正气已虚,气虚血滞,伤口难敛,治疗容易功亏一篑,故此期重点在扶正补虚,用益气滋阴,养血活血之剂,内服八珍汤合补阳还五汤加减。方中黄芪、太子参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气,当归、赤芍、川芎、补血活血,桃仁、地龙活血通络,血竭活血祛瘀、敛疮生肌,共奏益气补血、活血生肌之功。外用紫草油,其中紫草、赤芍凉血活血解毒,血竭敛疮生肌,采用油剂更有保护创面的功效。

在糖尿病足的治疗过程中,中药在改善全身症状和促进伤口愈合方面都起了重要的作用。各期的临

床表现、病机不同,所以治法和治疗重点也要相应调整,只有一环紧扣一环,正确辨证施治,方能取得理想的疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会糖尿病学会. 糖尿病临床指南[M]. 北京:北京医科大学出版社, 2000:12.
- [2] 李仕明. 糖尿病足(坏疽)检查方法及诊断标准(草案)[J]. 中国糖尿病杂志, 1996, 4(2):102.
- [3] 刘继前, 曹建春. 糖尿病足研究进展[J]. 医学研究杂志, 2006, 35(6):96-99.