

· 学术论坛 ·

功能性消化不良西医分型与中医证型的相关性研究

沈淑华 吕宾 王坤根

【摘要】 目的 探讨功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)西医分型与中医证型之间的相关性。**方法** 按照流行病学调查方法,选取在浙江中医药大学第一附属医院诊断为FD的268例患者进行西医亚型和中医证型的调查,将所得数据建立数据库,采用SPSS软件分析两种分型的相关性。**结果** FD西医分型与中医证型分布存在中度关联性($r=0.567, P<0.05$),餐后不适综合征(PDS)与脾虚气滞证存在中度关联性($r=0.519, P<0.05$),上腹痛综合征(EPS)与肝胃不和证存在中度关联性($r=0.562, P<0.05$)。**结论** FD西医分型与中医证型存在相关性。

【关键词】 功能性消化不良; 流行病学调查

【中图分类号】 R57 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.01.009

功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)是指具有餐后饱胀不适、早饱、上腹痛或上腹烧灼感,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征。根据罗马III标准,FD可分为两个亚型,即餐后不适综合征(postprandial distress syndrome, PDS)和上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS)^[1]。FD的发病率较高,根据文献报道,中医药治疗本病具有一定的优势^[2]。但由于本病的中医辨证分型繁多,不利于大规模中医药临床试验的开展。因此,探讨FD西医分型与中医证型分布的关系具有重要的临床意义。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例均来源于2010年11月至2011年4月浙江中医药大学第一附属医院消化内科及中医内科的门诊患者,共268例。其中男性80例,占29.9%;女性188例,占70.1%。年龄19~75岁,平均(46.28±11.97)岁。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照罗马III分类体系的功能性消化不良诊断标准^[3]。中医诊断标准参照2009年中华中医药学会脾胃病分会编著的《消化不良中医诊疗共识意见》^[4]。

1.3 纳入标准

作者单位:310053 杭州,浙江中医药大学研究生院[沈淑华(博士研究生)];浙江中医药大学附属第一医院消化科(吕宾、王坤根)

作者简介:沈淑华(1985-),女,2010级在读博士研究生。研究方向:中西医结合防治消化系统疾病的基础和临床研究。E-mail:linda0358@163.com

通讯作者:吕宾(1963-),主任医师,教授,博士生导师,中华医学会消化病分会委员,中国医师协会消化医师分会常委,中国中西医结合学会消化专业委员会副主任委员。研究方向:中西医结合防治消化系统疾病的基础和临床研究。E-mail:lvbin@medmail.com.cn

(1)年龄大于18岁且小于75岁者。(2)符合罗马III分类体系的功能性消化不良诊断标准。(3)患者知情,自愿参加。

1.4 排除标准

(1)有消化性溃疡、胃癌等消化系统良、恶性疾病者。(2)有糖尿病、慢性肾功能不全、充血性心力衰竭、甲状腺功能亢进以及硬皮病等疾病者。(3)有严重原发心、脑、肾、肝、肺疾病及血液、内分泌、风湿免疫系统疾病者。(4)有重度焦虑症、重度抑郁症及精神分裂症患者。(5)长期口服非甾体类抗炎药(Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs)、选择性环氧合酶(COX)-2抑制剂者。(6)病例采集前2周内应用口服抗生素及补钾剂者。

2 研究方法

2.1 调查方法

参照相关文献^[3,4]制定临床调查表,确定脾虚气滞证、肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚寒证、寒热错杂证为FD主要中医证型,PDS及EPS为FD西医疗型。由经过培训的医务工作者作为调查员现场询问浙江中医药大学第一附属医院消化科、中医内科门诊的FD患者,并客观填写临床调查表。

2.2 统计学方法

2.2.1 数据管理 原始观察资料由经治医生记录在临床调查表中,并保证记录及时、完整、准确、真实。根据研究方案及临床调查的观察项目,采用Excel 2003软件建立相应的录入程序和数据库,并设定录入时的逻辑审查限定条件。数据录入采用双份录入法,由两人独立完成。审核双份录入数据的一致性,对报告不一致的结果值,逐项核对原始临床调查表,予以更正,确认准确无误后进行统计分析。

2.2.2 统计分析 采用SPSS 13.0软件进行数据统计,计数资料采用例数和百分比进行统计学描述,两个样本比较采用四格表资料的 χ^2 检验,多个样本比较采用行 \times 列表资料的 χ^2 检验,假设检验以 $P<0.05$ 视为有统计学差异,关联性

文献索引格式:

沈淑华,吕宾,王坤根.功能性消化不良西医分型与中医证型的相关性研究[J].环球中医药,2012,5(1):33-35.

分析采用 Pearson 列联系数。

3 结果

3.1 西医分型 FD 患者的分布

在 268 例 FD 患者中,餐后不适综合征(PDS)与上腹痛综合征(EPS)的例数分别为 158 例(占 58.96%)及 110 例(占 41.04%),PDS 患者比例稍高于 EPS 患者。见表 1。

表 1 FD 西医亚型分布情况

西医分型	例数	构成比(%)
PDS	158	58.96
EPS	110	41.04
合计	268	100.00

3.2 中医证型 FD 患者的分布

在 268 例 FD 患者中,中医辨证分型以脾虚气滞证为主,为 123 例(占 45.90%),其次为肝胃不和证,为 116 例(占 43.28%),其他三种证型例数较少,依次为脾胃湿热证 21 例(占 7.83%)、脾胃虚寒证 6 例(2.24%)、寒热错杂证 2 例(0.75%)。见表 2。

表 2 FD 中医证型分布情况

证型	例数	构成比(%)
脾虚气滞证	123	45.90
肝胃不和证	116	43.28
脾胃湿热证	21	7.83
脾胃虚寒证	6	2.24
寒热错杂证	2	0.75
合计	268	100.00

3.3 中医证型在西医分型中的分布

西医分型中各中医证型的例数及比例分布见表 3,结果显示,FD 不同西医分型与中医证型之间存在关联性($P < 0.05$),且中度相关($P < 0.05, r = 0.567$)。

进一步比较 FD 不同西医分型与每种中医证型的相关性。结果显示,PDS 与脾虚气滞证存在关联性($P < 0.05$),且中度相关($r = 0.519$);EPS 与肝胃不和证存在关联性($P < 0.05$),且中度相关($r = 0.562$);脾胃湿热证、脾胃虚寒证及寒热错杂证在不同西医分型中的分布无明显差异($P > 0.05$)。

表 3 FD 不同西医分型在中医证型中的分布(例)

西医分型	中医证型					合计
	脾虚气滞证	肝胃不和证	脾胃湿热证	脾胃虚寒证	寒热错杂证	
PDS	114	26	16	5	1	162
EPS	9	90	5	1	1	106
合计	123	116	21	6	2	268

注:由于理论数小于 1,行 Fisher 精确法检验, $\chi^2 = 138.782, P = 0.000$,列联系数 = 0.567,近似 P 值为 0.000

4 讨论

罗马 III 标准对 FD 进行了修改,与之前的标准相比变化较大,尤其是在 EPS 和 PDS 分型方面。2009 年的《消化不良中医诊疗共识意见》对规范 FD 的中医证型起了一定的指导意义。这两大诊断标准的制定,有利于将不同分型的 FD 患者根据各自的中医证型采取相应的中医疗法,这对提高 FD 的整体疗效将十分有益。因此,本研究按照流行病学方法,调查 FD 中医证型的分布情况,并评价不同分型 FD 患者在中医证型分布上是否存在差异。

结果显示,FD 患者证型频率从高到低依次是:脾虚气滞证、肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚寒证、寒热错杂证。其中,脾虚气滞证、肝胃不和证、脾胃湿热证共占 97.01%,涵盖了大部分 FD 患者,与相关文献报道的结果基本相符^[5-7]。寒热错杂证比例较低,可能与未纳入重叠综合征病例有关。

餐后不适综合征(PDS)以餐后饱胀、早饱为主要症状,属中医“痞症”范畴。《伤寒论》131 条云:“病发于阴而反下之,因作痞也”,认为本病的成因为正虚邪陷,升降失调。《医方考》云:“脾主消磨,故能纳不能化者,责之脾虚,”指出餐后饱胀多由脾气虚弱、中焦气机阻滞使然。胃肠运动功能障碍是 FD 发病的重要病理生理学基础,PDS 患者胃排空延迟和近端胃扩张功能及顺应性受损更为明显^[8,9]。本研究显示 PDS 与脾虚气滞证存在中度关联性。这一结果提示,健脾理气中药可能对促进胃排空,改善近端胃容受性功能具有一定的作用。这与胡学军^[10]、冯子南^[11]、张超贤^[12]等研究结果相一致。

上腹痛综合征(EPS)以上腹痛、上腹烧灼感为主要表现,属中医“胃脘痛”范畴。《素问·六元正纪大论》曰:“木郁之发……民病胃脘当心而痛,”已认识到本病的发生与情志相关。叶天士谓:“肝为起病之源,胃为传病之所,”明确指出情志因素是本病发生的重要原因。大量研究表明 FD 与精神心理因素关系密切,抗抑郁、抗焦虑治疗对 FD 有效^[13-15]。本研究显示 EPS 与肝胃不和证存在中度关联性。这一结果提示,疏肝和胃中药可能对改善焦虑抑郁情绪、调整脑肠轴具有一定的作用。这与张春虎^[16]、张钰琴^[17]、刘汶^[18]等研究结果相一致。

总之,本文通过流行病学调查,发现 FD 西医分型与中医证型分布存在一定的相关性,这为中医分型治疗不同亚型 FD 提供了辨证依据。但尚存在样本量偏小、未纳入重叠综合征等不足,需要在今后的研究中进一步改善。

参 考 文 献

- [1] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorder and the Roma III process [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [2] 刘佳丽,张毅杰,宋永喜,等. 中西药治疗功能性消化不良随机对照试验的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(12): 1315-1322.

文献标引格式:

沈淑华, 吕宾, 王坤根. 功能性消化不良西医分型与中医证型的相关性研究[J]. 环球中医药, 2012, 5(1): 33-35.

- [3] Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders[J]. Gastroenterology,2006,130(5):1466-1479.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见 [J]. 中华中医药杂志,2010,25(5):722-725.
- [5] 张帆, 龚枚. 成都地区功能性消化不良的中医证候浅析[J]. 河南中医,2009,29(6):582-583.
- [6] 张声生, 陈贞, 许文君, 等. 基于“寒、热、虚、实”二次辨证的 565 例功能性消化不良证候分布特点研究[J]. 中华中医药杂志,2008,23(9):833-835.
- [7] 陈贞, 许文君, 张声生, 等. 功能性消化不良中医证候及症状分布特点的研究[J]. 北京中医药,2008,27(11):841-843.
- [8] 吴改玲, 蓝宇, 王圻, 等. 胃运动和感觉功能在符合罗马Ⅲ标准的功能性消化不良患者中的特点[J]. 世界华人消化杂志,2011,19(7):734-738.
- [9] 宋志强, 柯美云, 王智凤, 等. 符合罗马Ⅲ标准的功能性消化不良患者固体胃排空功能研究[J]. 胃肠病学,2008,13(9):528-531.
- [10] 胡学军, 黄德平, 邓时贵, 等. 健脾理气方对功能性消化不良大鼠胃肠运动功能及胃动素、胃泌素的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(8):214-217.
- [11] 冯子南, 徐湘江, 许迪, 等. 参苓胃消胶囊联合多潘立酮治疗功能性消化不良 108 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(2):224-226.
- [12] 张超贤, 秦咏梅, 韩宇, 等. 扶正理气合剂对实验性功能消化不良大鼠胃排空和胃动素的影响[J]. 世界华人消化杂志,2008,16(7):751-754.
- [13] 杨希林, 方秀才. 精神心理作用与功能性消化不良[J]. 中国全科医学: 医生读者版,2011.14(7):30-31.
- [14] Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, et al. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation? [J]. Gut,2008,57:1666-1673.
- [15] Haag S, Senf W, Tagay S, et al. Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy? [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2007, 25(8):973-986.
- [16] 张春虎, 胡随瑜, 李云辉, 等. 柴胡疏肝散对慢性应激抑郁模型小鼠行为与脑促肾上腺皮质激素释放激素基因表达的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2011,20(6):485-487.
- [17] 张钰琴, 凌江红, 梁纲, 等. 柴胡疏肝散对夹尾应激大鼠脑和胃组织 GASR mRNA 和 CCK-AR mRNA 表达的影响[J]. 时珍国医国药,2010,21(5):1081-1083.
- [18] 刘汶, 范萌, 陈諳, 等. 柴胡疏肝散对功能性消化不良肝气郁结证患者胃动力及胃肠激素的影响[J]. 中医杂志,2010,51(1):30-33.

(收稿日期:2011-09-01)

(本文编辑:秦楠)

脾在艾滋病中作用

徐立然 马秀霞 孟鹏飞

【摘要】 从中医学对艾滋病的认识、脾脏的作用、艾滋病中医证候学研究及脾脏在艾滋病发病、治疗中的作用展开论述,阐述了脾脏在艾滋病发生、发展及演变中不容忽视的作用。进而为中医药治疗艾滋病提供思路与有效方法。疫毒外袭、邪毒内伏、脾脏虚弱乃至五脏气血阴阳俱损,是目前中医学对艾滋病共有的认识,而脾脏在其发病及病情演变过程中起着主导作用。脾脏功能主要体现在脾气、脾阳及脾为生痰之源等方面,而脾气、脾阳及痰在艾滋病发病及病情演变中从始至终都发挥着重要作用。对艾滋病中医证候学的研究中看脾为发病关键脏腑,脾多以虚为主,与其他脏腑共同发病影响艾滋病的病情演变及治疗恢复。治疗上中医多以改善脾脏功能,提高患者的生活质量,提高免疫功能为主,多从脾脏治疗入手。

【关键词】 艾滋病; 脾的作用; 中医药治疗

【中图分类号】 R512.91 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.01.010

基金项目:国家“十一五”科技重大专项(2008ZX1005-002)

作者单位:450000 郑州,河南中医学院第一附属医院艾滋病临床研究中心

作者简介:徐立然(1959-),博士,主任医师,硕士生导师,河南省中医药学会呼吸病专业委员会主任委员。研究方向:对感染性疾病的中医药研究。E-mail:xuliran666@sina.com

艾滋病是人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染人体所引起的获得性免疫缺陷综合征(AIDS),以免疫系统功能部分或全部丧失、机会性感染和肿瘤为主要特征。作为新出现的病种,艾滋病有其特有的病因病机、传变规律及预后转归。而脾脏在艾滋病的发病及治疗中起着不容忽视的作用。

文献标引格式:

沈淑华, 吕兵, 王坤根. 功能性消化不良西医分型与中医证型的相关性研究[J]. 环球中医药,2012,5(1):33-35.