

断问题;(8)敏感性、非创伤性诊断方法研究力度尚不足(如 PET);(9)治疗药物开发投入力度明显不足;(10)应将神经细胞/神经突触可塑性观念引入新药研制策略;(11)中医药治疗开发研究停留在一般水平上的问题;(12)社会/家庭照料体系的建立问题;(13)统筹规划安排问题。

(本文为香山科学会议第 91 次学术讨论会“跨世纪脑科学:老年性痴呆致病机理和防治”的主评述报告)

参 考 文 献

1. Rowe JW. The new gerontology. Science 1997;278:367.
2. Hiroshi N. Towards healthy old age. World Health 1997;4:3.
3. 耿德章主编. 中国老年保健全书. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社, 1994:354.

4. O'Brien C, Auguste D and Alzheimer's Disease. Science 1996; 273:28.
5. Erkinjun T, Ostbye T, Steenhuis R. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. New England Journal of Medicine 1997;337(23):1667—1674.
6. Morrison JH, Hof PR. Life and death of neurons in the aging brain. Science 1997;278:412—418.
7. 董 郡主编. 病理学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1996: 845.
8. Reakum RV, Black SE, Conn D. Cognition-enhancing drugs in dementia: A guide to the near future. Can J Psychiatry 1997; 42(suppl-1):35s—49s.

(收稿:1998-02-11 修回:1998-03-09)

慢性胃炎胃气上逆证患者血浆胃动素改变的研究

赵英恒 于 宪

为了解胃肠激素与某些脏腑证候的关系,1994 年 3 月~1996 年 12 月我们测定了胃气上逆证患者血浆胃动素含量,现报告如下。

临床资料 观察组为我院住院患者,均符合有关诊断标准(赵金铎. 中医证候鉴别诊断学. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1987:1—8),治疗前(指近 1 周未用过影响胃肠动力的中、西药)60 例,其中男 43 例,女 17 例,年龄 20~56 岁,平均 40.12 岁。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 18~40 岁,平均 30.21 岁,为无任何消化系统症状的家属或体检职工。所有患者主要临床表现概括为食欲不振、脘腹胀痛、恶心、呕吐、嗳气、呃逆,脉弦滑、舌苔薄白或白腻,符合中医胃气上逆证。并经纤维胃镜或 X 线、B 超检查,西医诊断为慢性胃炎。

检测方法 观察组选用胃肠动力药吗丁啉片 10mg,每日 3 次;或普瑞博思片 5mg,每日 3 次,以上两药均为西安杨森制药有限公司生产,餐前 15min 服用。服至第 7 天症状缓解者接受复查有 40 例。所有接受检测对象均停用可能影响胃动力的药物 3 天以上,空腹肘静脉采血 1 次,然后早餐进食 200g 面包加 250ml 饮用水,0.5h 后第 2 次抽静脉血。所有标本加用 EDTA-Na₂1.5mg/ml 抗凝,另加抑肽酶(150kIU/ml)防止胃动素酶解。标本离心后于 -20℃ 以下保存,用北京解放军总医院提供的胃动素药盒分批检测。统计学方法采用 *t* 检验。

结 果 无论空腹或餐后观察组血浆胃动素含量均明显高于对照组,但同一组内用餐前后无显著性差异($P>0.05$)。治疗 7 天症状缓解后观察组空腹血浆胃动素仍高于对照组,但餐后则无显著性差异,见附表。

附表 两组治疗前后胃动素变化比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别 例数	胃动素	
	空腹	餐后
观察 60 治前	509.43 ± 138.00**	515.54 ± 178.78*
40 治后	417.24 ± 129.60*	341.98 ± 102.34
对照 30	254.38 ± 63.19	315.53 ± 80.13

注:与对照组比较,* $P<0.01$,** $P<0.001$

讨 论 慢性胃炎是胃粘膜慢性炎性病变,常见餐后饱胀,无规律性腹痛、嗳气、反酸、恶心呕吐等症状,与中医胃气上逆证有很多相同之处,这是启发作者选取胃镜确诊胃炎且具上述症状患者作为观察组的临床理论依据。本组结果显示:出现症状时胃动素空腹及餐后均明显上升,推测与分布在胃窦及十二指肠肠壁肌间神经丛的胃动素神经元及纤维所产生的胃肠消化间期移行复合运动(MMC)周期延长,时相紊乱、甚至 MMCⅢ期缺失,从而消化管下行移动障碍有关。小肠 Mo 细胞释放出的胃动素异常可能是“胃失和降而上逆”则产生“胃气上逆证”的发病机制之一。当然,单纯以西医慢性胃炎作为“胃气上逆”证候来研究,未能完全反映该证的真实内涵。值得注意的是餐后胃动素降至正常可能成为“胃气上逆证”动态变化的一个参考指标。

(收稿:1997-06-06 修回:1998-01-20)