· 临床报道 ·

四磨汤治疗便秘型肠易激综合征患者肠道气体的临床观察

曹曙光　王建崞　蔡振寨　吴　昊　徐昌隆　郑　波

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴排便改变为主要特征的功能性肠病,无任何器质性改变和生化指标的异常。IBS 是临床上最常见的功能性胃肠病之一,在欧美等发达国家发病率为 10% ~15%,在国内亦有较高的发病率[1]。近来发现,IBS 患者常主诉腹痛、腹胀、肠胀气等肠气相关症状,肛门排气后这些症状常能得到暂时的缓解。已有研究表明肠道气体与 IBS 的发病有一定的关联[2],IBS 患者肠道气体较正常人增多[3,4],导致腹痛、腹胀及肠胀气等肠气相关症状的出现,肠道气体增多的原因可能与 IBS 患者肠道推进运动减慢、肠道细菌过度生长有一定的关系,目前尚缺乏有效可靠的治疗肠道气体的药物。四磨汤具有理气、降逆、消胀、散结、和胃止痛等作用,可快速恢复胃肠动力、促进消化、全面改善消化功能,临床主要用于婴幼儿及成年人功能性消化不良、腹部手术后胃肠功能的恢复。

本研究旨在通过观察四磨汤治疗前后便秘型肠易激综合征(constipation of irritable bowel syndrome, IBS-C)患者立位腹部平片肠道气体容积积分(gas volume score, GVS)及肠气相关症状的变化,探讨四磨汤对便秘型肠易激综合征患者肠道气体的治疗效果。

资料与方法

1　临床资料　肠易激综合征罗马Ⅲ诊断标准[5]:病程半年以上且近 3 个月来持续存在腹部不适或腹痛,并伴有下列特点中至少 2 项:(1)症状在排便后缓解;(2)症状发生时伴随排便次数改变;(3)症状发生时伴随排便性状改变;同时缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常。纳入标准:(1)符合罗马Ⅲ诊断标准诊断为肠易激综合征,并按照大便性状分型确定为便秘型。(2)入组前 2 个月内未使用过影响胃肠运动及感觉的药物。(3)以前使用非药物疗法至少 2 个月,IBS-C 症状未得到改善者。排除标准:(1) 严重肝肾功能不全;(2)治疗中使用了影响胃肠动力或感觉的其他药物、抗生素;(3)孕妇和哺乳期妇女;(4)结肠镜或钡灌肠检查证实的肿瘤、炎性肠病、先天性肠道闭锁、肠道狭窄或其他器质性疾病。65 例均为 2007 年 9 月—2009 年 2 月在温州医学院附属第二医院消化内科就诊的 IBS-C 患者,其中男 27 例,女 38 例,年龄 17 ~46 岁,平均年龄 42.47 岁;按就诊顺序分为两组,四磨汤组(治疗组)35 例,男 15 例,女 20 例,平均年龄 43.16;莫沙必利组(对照组)30 例,男 12 例,女 18 例,平均年龄 41.67,两组性别、年龄构成相近,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2　研究方法　于治疗前 1 天,两组均在空腹状态下摄立位腹部平片,之后治疗组给予四磨汤口服液 (10 mL/支,湖南益阳汉森制药有限公司生产,批号:Z20025044),每次 2 支,每天 3 次, 共 4 周。对照组给予莫沙比利片(瑞琪,5 mg/片江苏豪森制药有限公司,批号:H19990315)5mg,每天 3 次,饭前 30 min 口服,共 4 周。并在治疗结束后第 1 天,于空腹状态下再次摄立位腹部平片。同时,在治疗前后记录所有受试者腹痛、腹胀症状情况。

3　肠道气体定量分析　将数字化腹部平片照片输入计算机,采用 Photoshop 7.0 处理照片,在双肋弓外缘垂直线相交于膈顶水平线、耻骨联合上缘水平线形成的矩形框内,标出肠道内气体范围,分别计算整个矩形框及肠气范围的像素值,最后结果用气体容积积分表达(gas volume score, GVS),即肠气范围像素值与矩形框像素值之比[6]。

4　疗效分级及疗效评定标准[7]　疗效分级:腹痛按严重程度依次分为 0 级,无症状,记 0 分;1 级(轻度),对日常生活和睡眠无影响,记 1 分;2 级(中度),日常活动有一定程度受限,记 2 分;3 级(重度),不能从事日常活动,记 3 分。腹胀按频率分为 0 级,无症状,记 0 分;1 级,偶尔(一天内 1% ~24% 的时间内出现),记 1 分;2 级,经常(25% ~50% 的时间内出现),记 2 分;3 级,持续(>50% 的时间出现),记 3 分。腹痛、腹胀疗效评定标准:主要症状完全消失为显效;主要症状均有明显改善为有效;主要症状缓解不明显或短期缓解,很快又重现为无效。

5　统计学方法　采用 t 检验和 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结　果

1　两组治疗前后 IBS-C 患者 GVS、相关症状比较(表 1)　GVS 两组治疗后较治疗前均明显减少($P<0.05$);治疗后两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。腹痛症状积分腹胀频率积分治疗组治疗后与治疗前比较有明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1　两组治疗前后 IBS-C 患者肠道 GVS 及相关症状积分比较　(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	GVS	腹痛	腹胀频率
对照	30	治疗前	0.075 ±0.042		
		治疗后	0.053 ±0.028*		
治疗	35	治疗前	0.076 ±0.035	1.85 ±0.82	1.96 ±0.91
		治疗后	0.058 ±0.026*	1.26 ±0.72*	0.98 ±0.69*

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$

2　两组腹痛、腹胀症状疗效比较(表 2)　两组腹痛、腹胀症状有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

基金项目:温州市科技局课题(No. Y20060141)

作者单位:温州医学院附属第二医院消化内科(浙江 温州 325027)

通信作者:曹曙光, Tel: 0577 - 88879022, E-mail: letous2002@163.com

万方数据

表 2 两组 IBS-C 患者腹痛、腹胀症状疗效比较 (例)

组别	例数	腹痛				腹胀			
		显效	有效	无效	有效率(%)	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗	35	4	19	12	65.7	6	20	9	74.3
对照	30	4	18	8	73.3	5	16	9	70.0

讨 论

四磨汤方中木香、枳壳、槟榔、乌药四味药对消化功能有明显的影响,木香能使肠蠕动幅度和肌张力明显增强,对乙酰胆碱、组织胺与氯化钡所致的肠痉挛有对抗作用;枳壳能增强小肠平滑肌紧张程度和位相性收缩功能,对乙酰胆碱和组织胺所致肠管收缩有明显的拮抗作用,对非生理性收缩具有抑制作用;槟榔可兴奋 M—胆碱受体引起腺体分泌增加,特别是唾液分泌增加,还可增加胃肠平滑肌张力,增加肠蠕动,使消化液分泌旺盛,食欲改善;乌药在组方中起重要的作用,它能兴奋胃肠平滑肌使其收缩活动加强,又能增加消化液分泌,还与其他药配合增强作用力;乌药与枳壳的水煎液对家兔胃功能活动有明显的影响,能使胃电图幅值、频率明显增高[8-10]。

IBS 是临床上最常见的功能性胃肠病之一,其发病机制尚未明了,IBS-C 患者肠道积气是一个客观存在的事实,并出现腹痛、腹胀、肠胀气等肠气相关症状,有关 IBS 患者肠道积气的发生机制及其治疗一直是近年来研究的热点,许多研究已表明 IBS-C 患者肠道积气与肠道运动功能紊乱及肠道细菌过度生长有一定的关系。目前对 IBS-C 患者肠道气体的治疗尚缺乏可靠、有效、安全的药物。已有研究表明促胃肠动力药莫沙必利能加速肠道运动功能,促进肠道气体的排出,对 IBS-C 患者肠道气体的治疗有较好的疗效,同时能明显改善 IBS-C 患者肠道气体相关症状[11]。本研究发现,四磨汤口服液治疗 4 周后,IBS-C 患者肠道气体容积积分较治疗前明显减少,治疗后肠道气体容积积分,治疗组与对照组无差异,说明四磨汤对 IBS-C 患者肠道气体治疗的临床疗效明显,与莫沙必利无差异;本研究还发现,四磨汤对 IBS-C 患者腹痛有效率为 65.7%,对腹胀有效率为 74.3%,其临床疗效与莫沙必利比较,差异无统计学意义($P>0.05$),同时能明显改善腹痛程度积分及腹胀频率积分,其可能机制是四磨汤兴奋胃肠道平滑肌,增强 IBS-C 患者肠蠕动及肠道推进运动,促进肠道气体向远端推进及排出,减少肠道气体的潴留,减轻对肠壁内感受器的扩张牵拉,从而缓解肠道积气相关症状;此外,四磨汤尚有可能改善肠道消化功能,促进食物在肠道内的消化分解,使肠道内高蛋白物质经肠道细菌腐败分解产生气体减少,从而缓解肠道积气相关症状。Caldarella 等[12]也发现,刺激小肠推进运动能有效地治疗肠道气体潴留,为能取得满意的治疗效果,刺激的强度要达到小肠对气体的清除能力,给予新斯的明可促进 IBS 患者肠道气体的排出,能明显减少肠道气体的潴留,缓解腹痛症状。

四磨汤为性质温和的中药制剂,对胃肠神经、胃肠平滑肌及消化液多方面起作用,且不良反应少,医疗成本低,可作为 IBS-C 患者肠道气体的一种有效而安全的治疗药物。

参 考 文 献

[1] 尉秀清,陈旻湖,王锦辉,等. 广州市居民肠易激综合征及功能性便秘的流行病学调查[J]. 中华内科杂志, 2001,40(8):517-520.
Wei XQ, Chen MH, Wang JH, et al. The epidemiology of irritable bowel syndrome and functional constipation of Guangzhou residents [J]. Chin J Intern Med, 2001,40(8):517-520.

[2] Pimentel M, Lin HC, Enayati P, et al. Methane, a gas produced by enteric bacteria, slows intestinal transit and augments small intestinal contractile activity [J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2006,290(6):G1089-1095.

[3] 张厚德,高燕,彭柯文,等. 肠易激综合征病人肠道气体定量分析[J]. 中华消化杂志, 2002,22(4):217-219.
Zhang HD, Gao Y, Peng KW, et al. Quantitative analysis of bowel gas in patients with irritable bowel syndrome [J]. Chin J Digestion, 2002,22(4):217-219.

[4] 曹曙光,吴昊,徐昌隆,等. 肠易激综合征患者肠道气体的研究[J]. 实用医学杂志, 2009,25(8):1234-1235.
Cao SG, Wu H, Xu CL, et al. Study of bowel gas in patients with irritable bowel syndrome [J]. J Pract Med, 2009,25(8):1234-1235.

[5] George F, Longstreth W, Grant Thompson, et al. Functional bowel disorders [J]. Gastroenterology, 2006,130(5):1480-1491.

[6] Koide A, Yamaguchi T, Odaka T, et al. Quantitative analysis of bowel gas using plain abdominal radiograph in patients with irritable bowel syndrome [J]. Am J Gastroenterol, 2000,95(7):1735-1741.

[7] 卜召祥,吴萍. 替加色罗治疗便秘型肠易激综合征的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2007,11(6):96-99.
Piao ZX, Wu P. Effect of tegaserod on patients with constipation-dominant of irritable bowel syndrome [J]. J Clin Med in Pract, 2007,11(6):96-99.

[8] 朱金照,冷恩仁,陈东风. 木香对大鼠胃肠运动的影响及其机制探讨[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000,8(4):236-237.
Zhu JZ, Leng ER, Chen DF. Effects and the mechanism of radix aucklandiae on gastrointestinal motility in rats [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2000,8(4):236-237.

[9] 张汶,张大炜. 中药对胃肠运动功能的影响[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998,6(3):191-192.
Zhang W, Zhang DW. Effects of the Chinese traditional medicine on gastrointestinal motility[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 1998,6(3):191-192.

万方数据

[10] 孙清元,王晓岳,罗长青.四磨汤、吗叮啉、红霉素治疗糖尿病胃轻瘫的疗效比较[J].中医药导报,2007,13(5):43-44.
Sun QY, Wang XY, Luo CQ. Comparison of therapeutic effects among simotang, dompendone tablets and erycin on gastroparesis of diabetes mellitus [J]. Guiding J Tradit Chin Med, 2007,13(5):43-44.
[11] 曹曙光,徐昌隆,吴昊,等.促胃肠动力药对便秘型肠易激综合征患者肠道气体治疗的临床研究[J].中国医师进修杂志,2009,32(4):36-37.
Cao SG, Xu CL, Wu H. et al. Effects of prokinetic on bowel gas of constipation-dominant irritable bowel syndrome [J]. Chin J Postgrad Med, 2009,32(4):36-37.
[12] Caldarella MP, Serra J, Azpiroz F, et al. Prokinetic effects in patients with intestinal gas retention[J]. Gastroenterology, 2002,122(7):1748-1755.

(收稿:2009-09-23　修回:2009-10-25)

91 例肝郁气滞及肝郁脾虚型抑郁症患者脑功能 S-ET 临床研究报告

相田园　李跃华　金京南　张占强

抑郁症(depression),是一种由心境低落、情绪压抑为中心的自我体验的临床症状群。它是一种高患病率、高复发率、高致残率和高自杀率的严重精神疾患,患病率高达 20%,已经成为危害人类健康的主要疾病之一[1]。

抑郁症与中医狭义的郁证有诸多相似之处[2],关于其中医辨证,各家意见不一。本文依据首次国内抑郁症中医证候类型流行病学调查结果[3],结合西苑医院老年病科多年治疗抑郁症的经验,将其分为肝郁气滞、肝郁脾虚、肝郁痰阻、心脾两虚、心肾不交 5 型。鉴于肝郁气滞、肝郁脾虚型患者发病率居前两位,且肝郁气滞易于向肝郁脾虚证型传变[4],也为了发挥中医"未病先防,既病防传"治未病的优势,因此选择此两证型患者共 91 例与 48 名健康人的脑功能 S-ET 进行了对照研究,目的是找出两型患者脑功能 S-ET 的不同及与健康人的差异,为诊断此病提供客观依据。

资料与方法

1　西医诊断标准及中医辨证分型标准　西医诊断标准:参照"中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)"(CCMD-3)相关诊断标准[5]。量表诊断标准:(1)SDS 抑郁自评量表的自评分≥40 分;(2)HAMD24 项量表评分,其中总分≥20 分且≤35 分者入选[6]。中医辨证分型标准:参考中国中西医结合学会精神病专业委员会 1991 年昆明会议制定的"躁郁证的中西医结合辨证分型标准"及国家"十一五"科技攻关项目"抑郁症中医证治规律研究"诊断标准[7],结合西苑医院老年科治疗抑郁症的临床经验,按照病情由实到虚,由轻到重的演变规律,分为 5 个证型,本证候由特异证候+精神症状(2 项或 2 项以上)+躯体证候(3 项或 3 项以上)组成:特异症状:以情绪低落为主要特征,持续至少 2 周以上。基本症状:精神症状为多愁善感、易哭善太息、情绪低落、抑郁悲观厌世、思维迟缓或思维困难、动作减少或迟缓或多动、睡眠障碍、焦虑、易激动;躯体症状为头晕、头痛、气短、胸闷、心悸、心烦、腹胀、胁痛、呃逆、纳呆、便秘或腹泻。具体分型为:(1)肝郁气滞型:情绪抑郁,表情沮丧,急躁易怒,面红目赤,善太息,胸闷,胁痛,胸胁乳房胀满,腹胀,便秘,口苦,舌边尖红,脉弦。(2)肝郁脾虚型:情绪抑郁,表情沮丧,气短,纳呆,倦怠乏力、大便溏泻,形体消瘦,面色萎黄,懒言声低,舌体胖大或有齿痕,脉弦细。(3)肝郁痰阻型:情绪抑郁,表情沮丧,恶心欲吐、泛吐痰涎,咽有梗阻感,口中粘腻,头晕目眩,肢体沉重,心烦,脘腹胀闷,大便不爽,舌质淡,苔厚腻,脉弦滑。(4)心脾两虚型:情绪抑郁,心悸,健忘,少寐多梦,心神不定易惊恐,纳呆,腹胀,大便溏,形体消瘦,声音低弱,面色萎黄,舌体瘦小,脉沉细。(5)心肾不交型:情绪抑郁,心悸心慌,健忘,失眠多梦,烦躁多汗,五心烦热,性欲减退或遗精,腰膝酸软,尿频尿急,肢体颤抖,舌红少津,脉细数。以上 5 型均为情绪抑郁必备,且其他项中具有 4 项者。

2　纳入标准　年龄 18~85 岁,性别不限。符合西医诊断标准及中医辨证分型标准,自愿参加研究,依从性较好,签署知情同意书。未服用抗抑郁或镇静的药物,如有服用上述药物,需要进行药物洗脱 2 周。

3　排除标准　排除器质性精神障碍,HAMD 抑郁量表评分>35 分者,有严重自杀行为者;严重脑血管及脑部严重器质性疾患;合并有严重肝肾疾患(失代偿期);严重心脏疾患的患者,包括急性心肌梗死,心功能不全(心功能不得低于Ⅱ级),不稳定性心绞痛患者,风湿性心脏病,肺心病等;糖尿病患者。

4　一般资料　91 例均为 2008 年 5 月—2009 年 4 月西苑医院门诊及住院抑郁症患者,男 24 例,女 67 例,年龄 18~85 岁,其中肝郁气滞组 43 例,女 30 例,男 13 例,平均年龄(54.6±16.2)岁,中医症状积分(58.5±16.5)分,HAMD(25.2±11.1)分;肝郁脾虚组 48 例,男 11 例,女 37 例,平均年龄(55.5±15.9)岁,中医症状积分(64.3±14.6)分,HAMD(26.4±9.5)分,两组年龄、性别比、HAMD 比较,差异无统计学意义($P>0.05$),中医症状积分方面,肝郁脾虚组积分明显高于肝郁气滞组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

5　健康人选择标准　平素体健,无情绪障碍及精神疾病病史,脑电图检查前后 2 周未服用任何药物且脑电图正常者,同时 HAMD24 项量表评分<8 分,且 SDS 量表评分<35 分,共

基金项目:国家"十一五"科技支撑计划项目(No. 2007BAI120B052)

作者单位:中国中医科学院西苑医院老年病科(北京 100091)
通讯作者:李跃华,Tel:010-62875599,E-mil:shanzhuyu@126.com

万方数据