

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	24	24	12	80.00
观察组	60	28	30	2	96.67 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表2 2组不良反应发生率比较

组别	n	腹泻	恶心	便秘	总发生率(%)
对照组	60	5	4	1	16.67
观察组	60	2	1	0	5.00 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

消化性溃疡是一种反复性发作的慢性病, 病程较长, 易复发。在临床中患者一旦出现大出血现象, 就会导致病情凶险, 如果不采取治疗措施进行处理, 死亡率达到35%。

消化性溃疡属于中医学胃脘痛范畴, 大多数由于饮食不节、肝胃不和而导致的发病。临床中主要表现为心情郁闷、咽干、口苦、呕吐等。中医学认为, 脾胃作为人体升降枢纽, 该枢纽的运化将会直接影响到人体气机的调畅与否。中医学相关理论认为, 脾胃类疾病的病变和肝胆有着非常密切的关系, 其他脏器的病变, 也可能会影响到脾胃的健康。同时, 脾胃疾病

还可能对其他脏器造成严重影响。脾胃的升降过程需要在肝胆的疏泄功能下实现, 如果肝胆功能不强, 脾胃就没有升清降浊的作用, 于是就会导致肝郁气滞、饮食不节等常见的脾胃类症状^[3]。小柴胡汤起源于《伤寒论》, 方由柴胡、生姜、甘草、大枣等组成。其中, 柴胡具有舒畅气机的功能; 黄芩具有安胃除烦之功效; 生姜、大枣具有生津补气、健脾胃等功效, 还能够通血脉、止痛; 甘草起到补虚作用。体现了和解的治疗思想, 不但能够治肝, 还能够治胃, 又恢复气机升降。本次研究60例患者中, 总有效率96.67%, 不良反应总发生率5.00%, 1年随访复发率5.00%, 各项指标显示均优于常规西医疗, 可见临床疗效具有极大的优势。

[参考文献]

- [1] 王飞. 小柴胡汤加减治疗消化性溃疡临床研究[J]. 河南中医, 2014, 26(4): 589-590.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 杨秀兰, 姜春. 小柴胡汤加减治疗消化性溃疡的临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2013, 16(19): 13-14.

(责任编辑: 马力)

中西医常规治疗联合氟哌噻吨美利曲辛治疗功能性消化不良上腹痛综合征临床研究

夏敏

苍南县马站中心卫生院内科, 浙江 苍南 325809

[摘要] 目的: 观察在中西医常规治疗上联合氟哌噻吨美利曲辛对功能性消化不良上腹痛综合征临床疗效。方法: 将120例患者根据治疗方法不同分为2组。对照组给予中西医常规治疗; 观察组在中西医常规治疗基础上加用氟哌噻吨美利曲辛治疗。比较2组患者临床疗效、临床症状评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑情绪评分(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)。结果: 总有效率观察组91.67%, 对照组76.67%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后与治疗前比较, 临床常见症状均有改善, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗后, 观察组腹痛、腹胀、反酸、嗝气评分明显低于对照组($P < 0.05$)。2组治疗后与治疗前比较, 各项评分均有缓解, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗后, 观察组HAMA评分、HAMD评分、SAS评分、SDS评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论: 功能性消化不良上腹痛综合征患者加用氟哌噻吨美利曲辛治疗有助于改善临床症状、缓解负面情绪, 提高治疗效果。

[关键词] 功能性消化不良; 上腹痛综合征; 氟哌噻吨美利曲辛

[中图分类号] R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0055-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.027

[收稿日期] 2014-08-22

[作者简介] 夏敏 (1972-), 男, 主治医师, 研究方向: 内科。

功能性消化不良是临床常见疾病,严重者可表现为上腹痛综合征,出现中上腹部间断性疼痛或烧灼感。在临床实践中,多采用中西医结合的方法治疗,但仍有部分患者的疗效并不理想。近年来,临床学者认识到精神心理因素异常在疾病的发生过程中发挥了重要作用,因此,应该针对精神心理异常采取治疗措施^[1-2]。氟哌噻吨美利曲辛是由氟哌噻吨和美利曲辛组成的复合制剂,同时具有抗抑郁和抗焦虑的作用。笔者采用中西医结合联合氟哌噻吨美利曲辛治疗功能性消化不良上腹痛综合征患者,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自2011年1月—2012年12月本院功能性消化不良上腹痛综合征患者,共120例,根据治疗方法不同分为2组,每组60例。观察组男38例,女22例;年龄(49.3±6.3)岁;病程(2.8±1.2)年。对照组男37例,女23例;年龄(48.9±7.1)岁;病程(2.7±1.2)年。2组患者性别、年龄、病程等资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照功能性消化不良罗马Ⅲ标准^[3]:①包括餐后胀满、早饱、上腹疼痛、上腹烧灼感一项或多项;②经胃镜检查未发现可能解释症状的器质性疾病证据;③病程超过半年,近3月来症状持续。

1.3 中医诊断标准 参照中华中医药学会内科脾胃病专业委员会《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》^[4]标准,①自觉胃脘部痞塞、胀满、胀痛;②起病缓慢,轻重不一、反复发作2月以上;③病因与饮食、情志、起居、寒温等有关。

1.4 纳入与排除标准 纳入标准:①存在餐后饱胀不适、早饱感、上腹痛、上腹烧灼感;②没有可以解释上述症状的结构性疾病证据;③出现中等程度以上的中上腹部间断性疼痛或烧灼感,疼痛不向周围放射,并且在排便排气后不能缓解;④接受中西医常规治疗后效果不佳;⑤取得知情同意。排除标准:①年龄>60岁;②妊娠及哺乳期妇女;③对本次试验药物过敏者;④合并心、脑、肝、肾、内分泌系统、造血系统原发性疾病与精神类疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用中西医常规治疗,口服莫沙比利5mg,每天3次,中医方案为柴胡疏肝散(处方:陈皮、枳壳、柴胡各10g,川芎、香附各8g,芍药6g,甘草5g),水煎服、餐前30min服用,每天2次,每次150mL。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予氟哌噻吨美利曲辛片(黛力新,丹麦H.Lundbeck A/S公司,注册证号:H20080175,每片10mg)10mg,口服,每天3次。

2组均以4周为1疗程,治疗2疗程。治疗期间禁服其它药物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗8周时,腹痛、腹胀、反酸、嗝气等临

床症状的评分方法如下:无症状为0分;症状较轻、不影响正常的工作和生活为1分;症状明显、一定程度上影响正常的工作和生活为2分;症状严重、需药物治疗方能缓解为3分。抑郁情绪评分采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS),焦虑情绪评分采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)。

3.2 统计学方法 采用SPSS16.0软件统计分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)》^[5]拟定。痊愈:主要症状、体征消失或基本消失、总积分减少 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,总积分减少 $\geq 70\%$;有效:主要症状、体征好转,总积分减少 $\geq 30\%$;无效:主要症状、体征无改善或加重,总积分减少 $<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组91.67%,对照组76.67%,2组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	12(20.00)	30(50.00)	13(21.67)	5(8.33)	91.67 ^①
对照组	60	8(13.33)	16(26.67)	22(36.67)	14(23.33)	76.67

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组患者临床症状评分比较 见表2。2组治疗后与治疗前比较,各项症状均有改善,差异均有显著性意义($P<0.05$);治疗后,观察组腹痛、腹胀、反酸、嗝气评分低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组患者临床症状评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腹痛	腹胀	反酸	嗝气
观察组	治疗前	2.36±0.25	2.08±0.31	1.83±0.24	1.45±0.13
	治疗后	0.63±0.09 ^{①②}	0.34±0.08 ^{①②}	0.32±0.05 ^{①②}	0.31±0.05 ^{①②}
对照组	治疗前	2.42±0.31	1.99±0.25	1.78±0.19	1.38±0.24
	治疗后	1.12±0.21 ^①	1.01±0.19 ^①	0.96±0.20 ^①	0.78±0.11 ^①

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P<0.05$

4.4 2组治疗前后情绪评分比较 见表3。2组治疗后与治疗前比较,各项评分均有缓解,差异均有显著性意义($P<0.05$);治疗后,观察组HAMA评分、HAMD评分、SAS评分、SDS评分均低于对照组($P<0.05$)。

5 讨论

功能性消化不良是指患者存在餐后饱胀不适、早饱感、上腹痛、上腹烧灼感,且没有可以解释上述症状的结构性疾病证据,可在此基础上出现餐后不适综合征或上腹痛综合征。上腹痛综合征患者的临床症状较为严重,表现为中等程度以上的中

表3 2组治疗前后情绪评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	HAMA评分	HAMD评分	SAS评分	SDS评分
观察组	治疗前	21.81±4.23	23.22±3.18	65.24±8.62	63.21±8.11
	治疗后	12.24±2.11 ^{①②}	14.18±2.32 ^{①②}	40.85±5.24 ^{①②}	41.16±5.27 ^{①②}
对照组	治疗前	22.11±3.91	23.14±3.37	64.82±7.39	63.47±7.78
	治疗后	19.23±3.21 ^①	22.72±3.41 ^①	51.13±7.61 ^①	50.81±6.47 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

上腹部间断性疼痛或烧灼感, 疼痛不向周围放射, 并且在排便排气后不能缓解^[6]。发生功能性消化不良上腹痛综合征的患者多在进食后存在胃底容受舒张发生障碍、胃窦十二指肠运动协调紊乱、内脏敏感性增高病理生理变化^[7]。

西医治疗该病的基本思路是促进胃肠蠕动, 莫沙比利是新一代的胃肠动力药物, 能够特异性的激活5-羟色胺受体并促进消化道的胆碱能中间神经元产生并释放递质, 促进胃肠道平滑肌的蠕动。中医学认为功能性消化不良属于胃痞、胃脘痛的范畴, 其病在胃, 且与肝脾密切相关, 属于肝气郁结之证。柴胡疏肝散出自《景岳全书》, 以柴胡为君药来发挥疏肝解郁、调理气机的作用, 以川芎为臣要, 芍药、甘草、陈皮、枳壳为佐药, 可以养血柔肝、缓急止痛^[8]。中西医结合治疗也是临床上处理功能性消化不良上腹痛综合征最常用的方法, 取得了较为确切的疗效。

尽管如此, 临床上仍存在相当一部分功能性消化不良上腹痛综合征患者在接受中西医常规治疗后效果不佳, 表现为上腹痛综合征持续存在甚至加重。近年来关于该病的研究发现, 心理精神因素异常在功能性消化不良的发生过程中发挥了重要作用, 超过50%的患者存在不同程度的焦虑和抑郁情绪^[9]。根据现代医学理论, 临床上的躯体症状如疲倦、失眠、思维迟钝、食欲不振、腹胀腹痛等可以与焦虑、抑郁等情绪症状相互叠加并加重患者对躯体症状的主观感受。曾庆枝等^[10]的研究发现, 存在焦虑、抑郁的患者发生胃炎、胃食管反流症、胃溃疡的风险高于正常者的2~3倍。就功能性消化不良患者而言, 负面情绪的存在可以持续对大脑皮层造成不良刺激, 造成植物神经功能紊乱、消化道蠕动功能异常^[11]。

基于精神心理因素在疾病发生中的重要作用, 采用合适的药物来调节精神心理状态对于疾病的治疗就具有现实的临床价值。氟哌噻吨美利曲辛是由氟哌噻吨和美利曲辛2种化学成分组成的复合制剂^[12], 其中氟哌噻吨属于神经阻滞剂类药物, 小剂量服用具有抗焦虑和抗抑郁的作用; 美利曲辛属于双相抗抑郁剂, 小剂量服用具有即时的神经兴奋作用。2种成分的合剂能够取得抗抑郁和抗焦虑的临床效果^[13]。在本研究中, 笔者采用氟哌噻吨美利曲辛治疗中西医常规治疗效果不佳的功能性消化不良上腹痛综合征患者。首先, 通过比较2组患者临床症状发现, 观察组患者的临床症状评分低于对照组。进一步通过比较2组患者的负面情绪情况可知, 观察组患者的负面情

绪评分低于对照组。这就说明观察组患者的临床症状得到了改善、负面情绪得到了缓解。

[参考文献]

- [1] Lee YY, Wahab N, Mustaffa N, et al. A Rome III survey of functional dyspepsia among the ethnic Malays in a primary care setting [J]. BMC Gastroenterol, 2013, 13: 84.
- [2] 胡锋. 体重指数、生活满意度和负性生活事件对功能性消化不良的影响[J]. 中国乡村医药, 2013, 20(13): 14-15.
- [3] Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional Gastrointestinal Disorders. In: Drossman DA, eds. Rome III: the functional gastrointestinal disorders[M]. Mclean VA: Degnon and Associates, 2006: 419-486.
- [4] 张声生, 王红兵, 李乾构. 功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10(4): 194.
- [5] 张万岱, 危北海, 陈治水, 等. 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] 李效荣, 武天翔, 张佳. 黛力新治疗功能性消化不良临床疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2013, 17(23): 3044-3045.
- [7] 黄德峰, 郭秀丽, 王艳卿. 联合用药治疗功能性消化不良合并焦虑抑郁疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16(1): 77-78.
- [8] 刘汶, 范萌, 陈詒, 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.
- [9] 张丽. 莫沙比利与黛力新和四磨汤口服液联用治疗功能性消化不良临床探讨[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(12): 66-67.
- [10] 曾庆枝, 何燕玲, 刘哲宁, 等. 综合医院抑郁焦虑障碍患者躯体症状与躯体疾病诊断分布研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(8): 2656-2661.
- [11] 陈长春, 李维郑. 氟哌噻吨美利曲辛治疗胃食管反流病效果观察[J]. 中国乡村医药, 2013, 20(13): 26-27.
- [12] 孟凡冬, 宗晔, 杨迅, 等. 氟哌噻吨美利曲辛片联合常规治疗对功能性消化不良疗效的临床研究[J]. 临床消化病杂志, 2013, 25(3): 134-137.
- [13] 尚惺杰, 任玲玲, 王立明, 等. 氟哌噻吨美利曲辛联合奥美拉唑治疗上腹痛综合征84例[J]. 医药导报, 2013, 32(7): 889-891.

(责任编辑: 马力)