

# 中医药治疗功能性消化不良疗效评价指标分析

吕林<sup>1</sup> 唐旭东<sup>2</sup> 王静<sup>3</sup> 黄穗平<sup>3</sup> 王凤云<sup>2</sup> 陈婷<sup>2</sup> 马祥雪<sup>4</sup>

(1 中国中医科学院博士后流动站,北京,100700; 2 中国中医科学院西苑医院消化科,北京,100019;

3 广东省中医院消化科,广州,510105; 4 北京中医药大学研究生院,北京,100029)

**摘要** 目的:寻找能够准确评价中医药治疗功能性消化不良临床疗效的方法。方法:综合目前国内外采用的功能性消化不良疗效评价常用方法,并对不同的方法进行了相应的分析。结果:由于功能性消化不良与精神心理因素有密切联系,因此对其疗效评价通常需要纳入焦虑和抑郁症状的改善情况。不同的症状积分量表虽然有自己的优势,但是还是存在一定的缺陷。结论:鉴于目前医学模式的改变,有必要将临床症状和精神心理因素融合于一个量表中,寻找能够更好的评价中医药治疗功能性消化不良的临床疗效需要进一步的探索。

**关键词** 中医药;功能性消化不良;疗效评价;焦虑抑郁;量表

## Literature review of Efficacy Evaluation Parameters for Treatment of Functional Dyspepsia by Traditional Chinese Medicine

Lyu Lin<sup>1</sup>, Tang Xundong<sup>2</sup>, Wang Jing<sup>3</sup>, Huang Suiping<sup>3</sup>, Wang Fengyun<sup>2</sup>, Chen Ting<sup>1</sup>, Ma Xiangxue<sup>4</sup>

(1 Post-doctorAL research center of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 2 Digestive department of Xi Yuan Hospital, Beijing 100091, China; 3 Digestive department of Guangdong Provincial Traditional Chinese Medical Hospital, Guangzhou 510105, China; 4 Graduate school of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract Objective:** To explore efficacy evaluation parameters for treatment of functional dyspepsia by Traditional Chinese Medicine. **Methods:** We compared a variety of common used methods home and abroad. **Results:** Since functional dyspepsia is closely related to mental factors, improvement of anxiety and depression symptoms should be taken into account. Different symptoms score scales have their own advantages, but still need to be enhanced. **Conclusion:** In light of change of the current medical model, it is necessary to integrate clinical symptoms and mental factors into one scoring scale to evaluate more accurately efficacy of TCM for functional dyspepsia.

**Key Words** Traditional Chinese Medicine; Functional Dyspepsia; Curative effect evaluation; Anxiety and Depression; Scale

中图分类号:R573.9 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.07.005

罗马Ⅲ诊断标准将功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)定义为必须包括: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。按照症状分类,前两个症状属于餐后不适综合征。支持诊断的标准:1)上腹部胀气或餐后恶心或过度打嗝;2)可能同时存在上腹疼痛综合征。后两个症状属于上腹疼痛综合征。对于疼痛的定义包括:1)中等程度以上的上腹部疼痛或烧灼感,每周至少1次;2)间断性疼痛;3)不是全腹痛,不位于腹部其他部位或胸部;4)排便或排气后不能缓解;5)不符合胆囊或Oddi括约肌疾病的诊断标准。支持诊断的标准:1)疼痛可能为烧灼样,但不包括胸骨后疼痛;2)疼痛通常由进食诱发或缓解,但也可能在禁食时发

生;3)可能同时存在餐后不适综合征。上述都需诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上标准,常规检查未发现能够解释症状的器质性疾病。根据其症状特点,可以归结为中医的“嘈杂”“痞满”和“胃脘痛/胃痛”范畴<sup>[1]</sup>。由于FD是功能性疾病,因此对其疗效评价无法通过胃黏膜修复和HP清除等客观指标来做为依据,我们在本文将对目前FD的临床疗效评价指标系统进行论述。

### 1 症状积分量表

1.1 中医证候积分量表 由于FD可以归属为中医的“痞满”疾病,根据2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》中“痞满”的症状分级量表中的胃脘或脘腹胀满、胃脘疼痛、嗝气反酸、饮食减少、疲倦乏力、口苦口干、恶心呕吐、胃中嘈杂、胸闷、喜太息、

基金项目:2013年国家重点基础研究发展计划(973计划)(编号:2013CB531703)

通信作者:唐旭东(1963.3—),男,主任医师,教授,博士研究生导师,中国中医科学院西苑医院首席研究员,地址:北京市海淀区西苑操场1号,Tel:(010)62882389,E-mail:txdly@sina.com.cn

大便不畅、身重困倦、大便不畅、小便短黄、大便稀溏症状,按照轻、中、重程度分别赋予一定的数值,计算治疗前后症状积分改善情况。该症状评分量表是从中医病证诊断的基础上,将不同的症状赋予相应的分值,具有相应的权威性,但是由于条目是以中医学术语为主,因此很难在国际上得到承认和应用。

1.2 胃肠症状等级评估量表(Gastrointestinal Symptom Rating Scale, GSRS) GSRS包含反流、腹痛、消化不良、腹泻、便秘5种消化道症状,等级从“无症状”到“非常严重”;评分越高,症状越严重,量表等级内相关系数为0.42~0.60,内部一致性信度为0.61~0.83,量表积分标准化反应均值为0.42~1.43,是一个简洁、公正、全面性评估普通胃肠道症状的量表,但是其侧重点是针对胃食管反流病<sup>[2]</sup>。Tally NJ等<sup>[3]</sup>也认为适用于肠易激综合征和溃疡性消化不良的症状轻重,不能有效用于评价功能性消化不良症状评价。但是Kulich KR等<sup>[4]</sup>对853名来自德国、意大利、匈牙利等6国的具有消化不良症状的人进行问卷调查后发现内部一致性信度为0.43~0.87,认为该量表具有很好的信度和效度,能够很好的评估消化不良症状和及其对患者日常生活的影响,适合于多中心临床研究。

1.3 Leeds消化不良问卷(Leeds Dyspepsia Questionnaire, LDQ) LDQ共含9个问题,前8个问题涉及8个症状:上腹不适、胸骨后疼痛、反酸、吞咽困难、嗝气、恶心、呕吐以及早饱或餐后不适,前5个问题用于诊断消化不良,每项包括2个子条目,即询问过去4周内症状的发生频率和轻重程度;最后1个问题是问所有症状中最严重的一个。问卷总分从0到40,低分表示症状出现少或轻,高分则反之。询问时,若过去四周无问题中的症状发生,则直接进入下一问题。一次完整的执行需6个月时间,每月完成一次问卷<sup>[5]</sup>。HP感染与否、胃组织学提示胃炎与否均不影响LDQ评分<sup>[6]</sup>。Sanjiv等<sup>[7]</sup>对166名受试者进行马来语版本和154受试者采用马来西亚英语版本的LDQ进行调查,结果得出两种语言版本的信度分别为0.8和0.74,效度分别为0.71和0.77,并认为马来西亚版本是适合多民族的亚裔人口中患有消化不良的症状评估。但是,LDQ所涉及的症状与罗马Ⅲ中所定义的功能性消化不良主症有所差异,缺少对上腹胀,上腹部烧灼感的评价<sup>[8]</sup>。

1.4 尼平消化不良指数(Nepean Dyspepsia Index, NDI) NDI分为尼平消化不良症状指数(NDSI)和尼平消化不良生活质量指数(NDLQI)两部分。其

中,NDSI用于评定患者过去2周内出现症状的严重程度,涉及上腹痛、上腹不适、上腹烧灼感、胸部烧灼感、上腹部痉挛性疼痛、胸部疼痛、不能按规律进食、口或喉的反酸或反苦、餐后胀满或者消化缓慢、上腹部压迫感、上腹部胀气、恶心、嗝气、呕吐、口臭15个临床症状;NDLQI则用于评估消化不良患者的生活质量,涉及干扰、认识和控制、饮食、睡眠打扰4个领域<sup>[9]</sup>。NDI总规模改变至少10个点才能对应于患者状态临床有意义的变化<sup>[10]</sup>。NDI症状积分的部分没有合格的效度、信度,因此NDI主要评价生活质量而非症状<sup>[11]</sup>。

1.5 香港消化不良指数(HongKong Index of Dyspepsia, HID) HID是唯一一个适用于以汉语为主要语言工具的人群,包含的项目涉及胃痛、上腹胀、上腹部饱满、腹痛钝痛、食物不消化感、早饱、餐前胃痛、进餐中胃痛、餐后胃痛、饮冷水后胃痛、心情不好时胃痛、焦虑时胃痛、呕吐、恶心、嗝气、反酸、烧心、胃中酸感、腹泻、排便不畅感、黏液便、食欲不振、体重减轻、吞咽困难24个条目,是一个只评价症状严重程度的量表,信度和效度合格,但是缺乏良好的应答性,但是其优势在适用于中国患者<sup>[12]</sup>。

1.6 功能性消化不良生存质量量表(Functional dyspepsia quality of live, FDQOL) FDQOL专用于评价功能性消化不良患者的生活质量,包含43个条目,涉及日常活动、忧虑、饮食、睡眠、不适、疾病处理、疾病控制和压力8个维度。在43个条目中,第5,8,11,14,19,23,27条目是具有六个等级,各维度得分相加产生总积分,得分越高则生活质量越高<sup>[13]</sup>。吴宇航等<sup>[14]</sup>对300例FD患者进行了中文版FDQOL调查,结果发现标FDDQL中文版除健康感觉领域相关系数相对较小( $r=0.738$ )外,总量表及各领域其相关系数均大于0.95,表示量表具有良好的重测信度。准效度方面FDDQL中文版有注意外界压力、烦恼等因素对患者生存质量影响的特异性,该量表可以用于测定FD患者这一特定人群的生存质量。结构效度方面FDDQL中文版的拟合优度指数(Goodness-of-Fit Index, GFI)为0.89,尚可接受。量表的变化值的均数与治疗前标准差的比值=0.49,变化值的均数与变化值标准差的比值=1.04,具有良好的接受率和完成率,完成时间中位数为12min。认为该量表能够较好的反应FD患者的生存质量变化,适用于FD生存质量和临床疗效的评定。

## 2 精神心理量表

FD与精神心理因素密切相关,客观评估FD患

者的心理状态对理解消化不良症状产生的机制、指导选择综合治疗方案、客观评估疗效均具有重要意义。

2.1 心理学症状自评量表(Symptom Check List 90, SCL-90) FD的发生与生活满意度可能相关,负性生活事件可能是FD的危险因素<sup>[15]</sup>。

SCL-90包括90个项目,包括感觉、思维、情感、行为、人际关系、生活习惯等内容,可以评定一个特定的时间,通常是评定一周以来的心理健康状况。分为五级评分(从0~4级),量表涉及躯体性、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性等9个症状因子。具有容量大,反映症状丰富,能更准确刻画患者的自觉症状特性等优点。其填写内容较多,因此量表的填写与教育程度有关,并且需要专业的心理学知识,对临床医生来说用处不大,因此只作为心理方面的治疗前后对照,临床药物对功能性胃肠病的治疗疗效不采用这种量表。

2.2 汉密尔顿焦虑、抑郁量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA/Hamilton depression scale, HAMD)

FD患者的人格因素和述情方式有明显异常,存在抑郁焦虑等负性情绪<sup>[16]</sup>。

HAMA包含焦虑心境、紧张、害怕、失眠、认知功能、抑郁心境、肌肉系统症状、感觉系统症状、心血管系统症状、呼吸系统症状、胃肠的系统症状、生殖泌尿系统症状、植物神经系统症状、会谈时行为表现14个项目;HAMD包含抑郁情绪、有罪感、自杀、入睡困难、失眠不深、早醒、工作和兴趣、迟缓、激越、精神性焦虑、躯体性焦虑、胃肠道症状、全身症状、性症状、疑病、体重减轻、自制力、日夜变化、人格解体或现实解体、偏执症状、强迫症状、能力减退感、绝望感、自卑感24个条目。所有项目采用0~4分的5级评分法。HAMA由于涉及到失眠情况,会影响症状积分<sup>[17]</sup>。刘芳宜等<sup>[18]</sup>共纳入134例FD患者,比较HAMA/HAMD、Zung焦虑/抑郁自评量表(SAS/SDS)和罗马Ⅲ心理社会警报问卷(RPAQ)对FD患者焦虑、抑郁状态的检出一致性,结果发现HAMA/HAMD更易检出重度FD患者合并的焦虑和抑郁。

2.3 焦虑/抑郁自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS/Self-rating Depression Scale, SDS) SAS包含20个条目,涉及焦虑、害怕、惊恐、发疯感、不幸预感、手足颤抖、乏力、静坐不能、心悸、头晕、晕厥感、呼吸困难、手足刺痛、胃痛或消化不良、尿意频数、多汗、面部潮红、睡眠障碍、恶梦,采用4级评分,将各项得分相加后乘以1.25以后取得整数部分,得到标

准分,分数越高,表示症状越严重;SDS含有精神性、躯体性障碍、精神性运动障碍、抑郁的心理障碍4组特异性症状,涉及抑郁心境、哭泣、情绪的日夜差异、睡眠障碍、食欲减退、性欲减退、体重减轻、便秘、心动过速、易疲劳、精神运动性抑制和激越、思维混乱、无望感、易激惹、犹豫不决、自我贬值、空虚感、反复思考自杀和不满足8个条目。将条目得分相加后再换算成百分指数,按照不同等级分为正常状态、轻度抑郁、中度抑郁、重度抑郁。王垂杰等<sup>[19]</sup>对80例符合功能性消化不良肝胃不和的患者用Zung量表自评,并进行抑郁程度分级,量表信度分析统计量结果 $\alpha$ 系数=0.840,有较高的可信度,因子分析所得出的公因子及因子得分合理地反映了此类患者的抑郁症状的成分组成。王晓林等<sup>[20]</sup>对FD两种亚型餐后不适综合征(Postprandial Distress Syndrome, PDS)和上腹痛综合征(Epigastric Pain Synptom, EPS)各40例患者进行SAS和SDS评分,结果发现PDS组中,SAS评分明显高于SDS评分;EPS中,SDS评分明显高于SAS评分,2组比较方面,SAS评分中,PDS组明显高于EPS组,SDS评分中,EPS组明显高于PDS组。认为两种亚型与焦虑和抑郁均存在密切联系,重视焦虑和抑郁在功能性消化不良发病中的作用及临床表现,对于改善功能性消化不良患者生活质量有着重要的临床意义。

2.4 医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) HADS由14个项目组成,由2个因子组成,7个项目评定抑郁,7个项目评定焦虑,量表采用四级评分(0-3)<sup>[21]</sup>。周明等<sup>[22]</sup>对472例FD患者,367例器质性消化不良(Organic Dyspepsia, OD)患者,采用医院焦虑抑郁量表(HADS)、消化不良指数(NDI)以及利兹消化不良问卷(LDQ)了解患者情绪、生活质量和消化不良症状,结论与OD患者相比,FD患者生活质量较差,但不能归因于二者在焦虑和抑郁上的差异,应进一步明确其他心理应激或障碍在FD中的特异性作用。陈仕武等<sup>[23]</sup>对144例FD患者,涉及3种亚型餐PDS和EPS以及PDS重叠EPS患者的抑郁、焦虑症状情况及对生活质量的影响进行研究,结果认为不同亚型FD有不同的精神心理因素影响,PDS与PDS重叠EPS患者抑郁、焦虑症状及生活质量影响比EPS患者严重,特别是焦虑,尤以PDS重叠EPS者为甚。

### 3 其他量表

3.1 36条目简明量表(the MOS item short-form 36-items health survey, MOS SF-36) SF-36共有9个维

度和 36 个条目,对 1)生理功能(PF),2)生理职能(RP),3)躯体疼痛(BP),4)总体健康(GH),5)活力(VT),6)社会功能(SF),7)情感职能(RE),8)精神健康(MH)8 个维度进行评价。上述 8 个分量表进一步归成两类:生理健康总评(Physical Component Summary, PCS)和精神健康总评(Mental Component Summary, MCS)。第 9 个维度,健康变化自评(Health Transitions, HT)是与 1 年前的健康相比,未被纳入分量表或总量表记分,它反映了纵向的动态变化。临床应用方面,笔者<sup>[24]</sup>对 45 例 FD 之 PDS 患者给予中药健脾方治疗后,用 SF-36 作疗效评价,结果得出在 RP、VT、SF、RE、MH、BP 六个维度的积分较治疗前有显著改善( $P < 0.01$ )。而 PF、GH 两个维度积分提高无统计学意义( $P > 0.05$ )。安慰剂治疗组在 SF、MH 两个维度的积分较前有显著改善,有统计学意义( $P < 0.01$ )。

3.2 8 条简明量表(Short-Form 8-items health survey, MOS SF-8) SF-8 量表<sup>[25]</sup>是以 SF-36 量表为基础,包含 8 个条目,每个条目检测生命质量的一个维度,健康总体自评(GH)、躯体活动功能(PF)、躯体功能对角色功能的影响(RP)、疼痛(BP)、活力(VT)、社会功能(SF)、心理功能(MH)、情绪对角色功能的影响(RE),有生理健康部分(PCS)和心理健康部分(MCS)两个综合测量方面。国内对 SF-8 的使用较少,王珊等<sup>[26]</sup>为了检测器评价性能,对 1517 名成都市民进行了量表填写测量,信度方面其总体克隆巴赫  $\alpha$  系数为 0.749,标准条目的克隆巴赫  $\alpha$  系数为 0.777,效度方面中的校标效度与 SF-36 的总分相关系数为 0.559,各维度相关系数范围在 0.339~0.539 之间,结构效度心理健康方面因子 1(SF, MH, RE),生理健康方面因子 2(PF, RP, BP),总体健康情况因子 3(GH, VT)共解释了 71.71% 的总变异,认为 SF-8 量表可以在中国人群中应用。

#### 4 自行设计量表

4.1 评价慢性胃肠病方面 唐旭东等<sup>[27]</sup>设计的基于患者报告临床结局(PRO)评价量表,是由反流、消化不良、排便、全身状况、心理、社会 6 个维度,包含疲乏、睡眠差、缺乏饥饿感、食欲减退、体重下降、反酸、胸骨后烧灼感、胸骨后疼痛、胃灼热感、胸骨后疼痛程度、胸骨后烧灼感程度、口臭、(打嗝)或嗝气、胃痛、嘈杂、胃胀、腹胀、胃痛程度、胃胀程度、腹痛、腹痛程度、腹泻、便不尽感、便意急迫、咽部异物感、情绪易波动、焦虑或精神紧张、对疾病担心、限制社会活动、影响家庭(或工作)35 个条目组成。对 290

例慢性胃肠病患者采取量表调查结果显示该量表总克隆巴赫  $\alpha$  系数为 0.8862,标化  $\alpha$  系数为 0.8876,各维度  $\alpha$  系数均在 0.65 以上,折半信度分别为 0.8113 和 0.8070,两部分相关系数为 0.7058,该量表适合有良好的信度和效度,适合功能性胃肠病临床疗效评价。

4.2 评价中医脾虚系统疾病方面 刘凤斌等<sup>[28]</sup>设计的中医脾胃系疾病 PRO 量表从生理、独立性、心理、社会和自然环境 4 个领域,精力与疲倦、气色、寒热不调、睡眠、疼痛与不适、口感不适、消化功能、大便、日常生活能力、对药物及医疗手段的依赖性、工作学习能力、正面情绪、负面情绪、个人关系、所需社会支持的程度、医疗、自然适应能力 17 个方面。李培武等<sup>[29]</sup>对 73 例 FD 患者采用中医脾胃系疾病患者报告结局指标(Spleen and Stomach Disease-Patient Reported Outcomes scale, SSD-PRO)量表进行观察,结果 SSD-PRO 量表具有较好的内部一致性,整体信度(总分)为 0.919,生理领域、独立性领域、心理领域、社会环境领域的克隆巴赫  $\alpha$  系数分别为 0.907、0.714、0.727、0.704。该量表在中医药治疗功能性胃肠病患者中具有良好的信度、效度,可作为功能性胃肠病的临床结局评价方法之一。

#### 5 存在的问题与展望

FD 由于无明显器质性病变,因此对其疗效改善情况的评价无法采用相应的理化指标,目前通常是以症状改善量表和生存质量评定量表为评价依据,鉴于对其症状的确定尚未有统一的标准,因而导致目前使用的量表中症状相差很大,能够体现通用的、疾病特异性的生存质量评定量表不多,因此其权威性不高,能够体现中医学特点的通用生存质量量表更不多。

在中医药治疗 FD 临床疗效方面,缺乏客观的评价指标,因此症状积分量表通常作为主要手段,由于 FD 的发病与精神心理因素有密切联系,因而对其疗效评价需要纳入焦虑和抑郁症状的改善情况。不同的症状积分量表虽然有自己的优势,但是还是存在一定的缺陷。FD 的治疗目的应是消除患者顾虑,改善症状和提高生活质量<sup>[30]</sup>。笔者认为鉴于目前医学模式的改变,有必要将临床症状和精神心理因素融合于一个量表中,借鉴国际公认的关于人群健康评定的通用生存质量量表,进一步探索能够更好的评价中医药治疗 FD 的临床疗效评价指标。

#### 参考文献

[1] 吕林,黄穗平,唐旭东,等. 功能性消化不良从脾论治理论探讨

- [J]. 中医杂志, 2014, 55(5): 383-385.
- [2] Revicki DA, Wood M, Wiklund I, et al. reliability and validity of the gastrointestinal symptom rating scale in patients with gastroesophageal reflux disease[J]. Qual Life Res, 1998, 7(1): 75-83.
- [3] Tally NJ, Fullerton S, Junghard O, et al. Quality of life in patients with endoscopy-negative heartburn; Reliability and sensitivity of disease-specific instruments[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(7): 1998-2004.
- [4] Svedlund J, Sjodin I, Dotevall G. GRSR-a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease[J]. Dig Dis Sci, 1988, 33(2): 129-134.
- [5] P. Moavafidi, S. Duffett, D. Brauholtz, et al. The Leeds Dyspepsia Questionnaire; a valid tool for measuring the presence and severity of dyspepsia[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1998, 12: 1257-1262.
- [6] Seyed Amir Mirbagheri, Nasim Khajavirad, et al. Impact of Helicobacter pylori Infection and Microscopic Duodenal Histopathological Changes on Clinical Symptoms of Patients with Functional Dyspepsia[J]. Dig Dis Sci, 2012, 57: 967-972.
- [7] Sanjiv, MahadevaWah-Kheong, ChanMohammed, et al. Validation study of the Leeds Dyspepsia Questionnaire in a multi-ethnic Asian population[J]. Journal of gastroenterology and hepatology, 2011, 26(11): 1669-1676.
- [8] Halder SL, Talley NJ. Functional Dyspepsia; A New Rome III Paradigm[J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2007, 10(4): 259-272.
- [9] Talley NJ, Verlinden M, Jones M. Quality of Life in functional Dyspepsia; responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2001, 15(2): 207-216.
- [10] Jones M, Talley NJ. Minimum clinically important difference for the nepean dyspepsia index, a validated quality of life scale for functional dyspepsia[J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(6): 1483-1488.
- [11] Tian XP, Li Y, Liang FR, et al. Translation and validation of the Nepean Dyspepsia Index for functional dyspepsia in China[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(25): 3173-3177.
- [12] Hu WH, Lam KF, Wong YH, et al. The Hong Kong index of dyspepsia; A validated symptom severity questionnaire for patients with dyspepsia[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2002, 17: 545-551.
- [13] Chassany O, Marquis P, Scherrer B, et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders[J]. Gut, 1999, 44(4): 527-533.
- [14] 吴宇航, 刘凤斌. 功能性消化不良生存质量量表(FDDQL)中文版再考核及其临床应用评价[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [15] 姜海琼, 汪佩文, 巫协宁, 等. 体重指数、生活满意度和负性生活事件在功能性消化不良发病中的作用[J]. 胃肠病学, 2011, 16(8): 478-481.
- [16] 罗秋华, 孙学礼, 邹天然, 等. 功能性消化不良的心理社会因素研究[J]. 四川医学, 2008, 29(7): 847-849.
- [17] Nutt D. The Hamilton Depression Scale—accelerator or break on antidepressant drug discovery? [J]. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2014, 85(2): 119-120.
- [18] 刘芳宜, 朱丽明, 方秀才, 等. 三种不同心理测量量表对功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态的评估[J]. 胃肠病学, 2012, 17(2): 106-109.
- [19] 朱明锦, 王垂杰, 姜巍, 等. 功能性消化不良肝胃不和证与抑郁状态的相关研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(1): 8-11.
- [20] 王晓林, 刘劲松. 功能性消化不良患者不同亚型与焦虑和抑郁的关系[J]. 临床内科杂志, 2011, 28(9): 615-617.
- [21] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale [J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6): 361-370.
- [22] 周明, 李永芳. 功能性和器质性消化不良患者焦虑、抑郁及生活质量状况研究[J]. 卫生职业教育, 2014, 32(23): 141-143.
- [23] 陈仕武, 彭魏, 李云燕, 等. 不同亚型功能性消化不良并发抑郁、焦虑症状情况及对患者生活质量的影响[J]. 临床消化病杂志, 2012, 24(1): 24-26.
- [24] 吕林, 黄穗平. 中医健脾法治疗痞满(功能性消化不良)临床与实验观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [25] Turner-Bowker DM, Bayliss MS, Ware JE Jr, et al. Usefulness of sf-8 health survey for comparing the impact of migraine and other conditions[J]. Qual Life Res, 2003, 12(8): 1003-1012.
- [26] 王珊, 栾荣生. 生命质量8条简测量表中文版开发及其性能评价[J]. 现代预防医学, 2007, 34(6): 1022-1023.
- [27] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J]. 中医杂志, 2009, 50(1): 27-29.
- [28] 刘凤斌, 王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路[J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(1): 12-14.
- [29] 李培武, 侯政昆, 刘凤斌. 中医药治疗功能性胃肠病临床结局评价方法初探[J]. 中药新药与临床药理, 2014, 23(5): 591-595.
- [30] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国消化不良的诊治指南[J]. 胃肠病学, 2008, 13(2): 114-116.

(2015-06-24 收稿 责任编辑: 洪志强)