

基于“胃不和则卧不安”理论治疗功能性胃肠病伴焦虑失眠的临床疗效及患者生活质量影响

赵强 刘雅男

(陕西省安康市中医院,安康,725000)

摘要 目的:观察中医辨证施治功能性胃肠病伴焦虑失眠的临床疗效及对患者生活质量影响。方法:对符合标准的90例患者按随机数字表法以1:1的比例随机分为观察组和对照组各45例,治疗组根据中医辨证分型给予中药治疗,1剂/d,3次/d,每次剂量约250 mL,30 d为1个疗程;对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊20 mg,1次/d,口服;莫沙必利胶囊5 mg口服,3次/d;劳拉西泮0.5 mg睡前口服,1次/d,30 d为1个疗程。结果:2组患者治疗前后消化道症状积分、HAMA评分、HAMD评分变化比较,治疗组明显优于对照组;2组消化道症状改善方面比较,治疗组总有效率91.11%;对照组总有效率77.78%,治疗组总有效率比较($\chi^2=6.873, P=0.001 < 0.05$),差异有统计学意义;2组焦虑症状改善方面比较,治疗组总有效率97.78%;对照组总有效率84.45%,2组总有效率比较($\chi^2=8.367, P=0.030 < 0.05$)差异有统计学意义;2组患者抑郁症状改善方面比较,治疗组总有效率86.66%;对照组总有效率77.78%,2组总有效率比较($\chi^2=4.359, P=0.024 < 0.05$),差异有统计学意义,2组治疗后PSQI评分比较,治疗组(8.94 ± 3.05),对照组(12.76 ± 4.58),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:与单纯对照组相比较,中医辨证治疗临床疗效显著,患者依存性高,值得推广。

关键词 功能性胃肠病;胃不和则卧不安;辨证施治;焦虑失眠;临床疗效;生活质量

The Application of “Disharmony of Stomach leads to Insomnia” Theory in the Treatment of Common Functional Gastrointestinal Diseases Combined with Anxiety and Insomnia and its Effect on Patients’ Life Quality

Zhao Qiang, Liu Ya’nan

(Traditional Chinese Hospital of Ankang, Shaanxi 725000, China)

Abstract Objective: To observe the curative effect of “Disharmony of Stomach leads to Insomnia” theory on Common Functional Gastrointestinal Diseases combined with anxiety and insomnia and its effect on patients’ quality of life. **Methods:** Ninety patients were randomized into observation group and control group ($n=45$). The treatment group was given Chinese medicine according to different TCM (Traditional Chinese Medicine) syndromes, one dose a day, three times a dose. Each dose is about 250 mL, lasting for 30 days. The control group was given Omeprazole enteric capsules 20 mg Po qd; Mosapride 5 mg Po tid; Lorazepam 0.5 mg Po qn, lasting for 30 days. **Results:** The digestive tract symptoms integral, HAMA, HAMD of the treatment group were better than that of the control group. In regards to digestive tract symptoms improvement rate, the total effective rate of treatment group was 91.11% and the total effective of control group was 77.78% and the difference was statistically significant. In regards to the relief of anxiety, the total effective of treatment group was 97.78% and the total effective of control group was 84.45%, and the difference was statistically significant ($\chi^2=6.873, P=0.001 < 0.05$). In regards to depression relief rate, the total effective of treatment group was 86.66% and that of the control group was 77.78%, and the difference was statistically significant ($\chi^2=8.367, P=0.030 < 0.05$). Also, the difference of PSQI scores between the two groups were significantly different (the treatment group was (8.94 ± 3.05) , the control group was (12.76 ± 4.58) , $P < 0.05$). **Conclusion:** Compared with simple control group, the clinical curative effect is obvious by TCM syndrome differentiation treatment, and the patients have high dependency. It is worthy of clinical application.

Key Words Common Functional Gastrointestinal Diseases; Disharmony of stomach leads to insomnia; TCM syndrome differentiation treatment; Anxiety and insomnia; Clinical curative effect; Quality of life

中图分类号:R242 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.08.040

功能性胃肠病(The Functional Gastrointestinal Disorders, FGIDs)与人们的生活方式、工作环境、精神心理因素密切相关,近年来,合并焦虑失眠的FGIDs发病发病率超过40%,并逐年增高^[1-2]。目前

常用的治疗措施有抑酸、保护胃黏膜药物增强胃肠蠕动并调节肠道菌群失衡,合并焦虑失眠者给予抗焦虑、改善睡眠药物治疗,但患者依存性差,临床疗效不明显。语出《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”理论主要阐述阳明胃气上逆致喘息不能平卧的病机,随着历代学者从脏腑相关理论研究,认为胃肠为人体第2大脑,并将“脑肠肽”引入“胃不和则卧不安”理论治疗 FGIDS 合并焦虑失眠患者^[3]。因此我们基于“胃不和则卧不安”理论辨证施治 FGIDS 合并焦虑失眠患者,取得了满意临床疗效,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 90 例患者均为 2014 年 2 月至 2015 年 3 月我院消化内科治疗患者。

1.2 诊断标准^[4] 根据 2006 年最新修订的 FGIDS 罗马 III 诊断标准合并焦虑失眠患者。

1.3 病例选择

1.3.1 纳入标准 1)符合诊断标准,患者存在肠道疾病症状恶心、呕吐、嗝气、泛酸、腹胀、便秘、腹泻等持续 3 个月以上;2)经心理学和睡眠监测明确诊断为焦虑合并睡眠障碍;3)接受我院治疗方案。

1.3.2 排除标准 1)患者存在严重的胃肠道器质性疾病;2)就诊前 1 周接受其他药物干预;3)合并严重心、脑、血管疾病;4)患者依存性较差。

1.3.3 剔除标准 1)对本类药物过敏;2)擅自服用可能影响疗效的非研究用药;3)研究结束前失访者。

1.4 一般资料 对符合标准的 90 例患者按随机数字表法以 1:1 的比例随机分为观察组和对照组,治疗组 45 例,男 17 例,女 28 例,年龄 20~65 岁,平均年龄(40.36±5.27)岁;病程 0.4~6 年,平均病程(3.28±2.61)年;对照组 45 例,男 18 例,女 27 例,年龄 20~65 岁,平均年龄(41.23±5.18)岁;病程 0.4~6 年,平均病程(3.37±2.49)年,2 组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般情况比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	性别		平均病程
			男	女	
治疗组	45	40.36±5.27	17	28	3.28±2.61
对照组	45	41.23±5.18	18	27	3.37±2.49
检验		$t = 1.651$	$\chi^2 = 0.083$		$t = 1.000$
P		0.073	0.642		0.384

1.5 治疗方法 治疗组根据中医辨证分型给予中药治疗:1)少阳阳明合病给予大柴胡汤加减治疗,柴

胡 20 g,姜半夏 12 g,大黄 9 g,白芍 15 g,枳实 12 g,川芎 15 g,黄芩 12 g,甘草 6 g,生姜 10 g,大枣 10 g;2)太阳病给予外台茯苓饮方证辨证加减,处方:党参 20 g,白术 15 g,茯苓 35 g,生姜 10 g,陈皮 20 g,枳实 15 g;3)厥阴病乌梅丸辨证加减处方:乌梅 15 g,桂枝 10 g,干姜 10 g,炮附子 10 g,党参 10 g,当归 15 g,细辛 3 g,黄连 6 g,生龙骨 30 g,生牡蛎 30 g,黄柏 10 g;4)少阳病给予以四逆散加味,处方:柴胡 15 g,白芍 20 g,枳实 15 g,生龙骨 20 g,生牡蛎 20 g,茯苓 25 g,桔梗 12 g,甘草 6 g。中药 1 剂/d,3 次/d,每次剂量约 250 mL,30 d 为 1 个疗程。对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg 口服,1 次/d(永信药品工业(昆山)有限公司,20 mg/粒,国药准字:H20066215);莫沙必利胶囊 5 mg 口服,3 次/d(上海信谊药厂有限公司,5 mg/粒,国药准字:H20051719);劳拉西洋 0.5 mg 睡前口服(湖南洞庭药业股份有限公司,1 mg/片,国药准字:H20031065),30 d 为 1 个疗程。

1.6 观察指标与疗效评定标准 观察治疗组和对照组患者消化道症状积分,对反酸、嗝气、呕吐、腹痛、腹胀、便秘、腹泻等常见消化道症状进行积分,并计算总积分。积分分值依据症状判定用 0 分、1 分、2 分、3 分,分别是:0 = 无症状,1 = 偶有症状,2 = 常见症状,3 = 症状持续^[4]。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA,14 项)进行焦虑症状评分^[5];显效 >7 分;7 分 < 有效 < 21 分;无效 ≥ 21 分。采用汉密尔抑郁量表(HAMD,17 项)进行抑郁症状评分^[6]:显效 >7 分;7 分 < 有效 < 24 分;无效 ≥ 24 分。治疗有效率 = (显效 + 有效) / 总数 × 100%。睡眠障碍评分采用匹兹堡睡眠质量指数评分(PSQI):主要从 7 个部分进行评分,每个成分按 0~3 等级计分,累计各成分得分为 PSQI 总分,总分 21 分,得分越高,表明睡眠质量越差^[7]。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据分析,计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后消化道症状积分、HAMA 评分、HAMD 评分变化比较 治疗组和对照组在治疗前消化道症状积分、HAMA 评分、HAMD 评分方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);经规范治疗 1 月后,消化道症状积分方面,治疗组(4.75 ± 1.83),对照组(8.34 ± 2.75),治疗组与对照组相比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);HAMA 评

表2 2组患者治疗前后消化道症状积分、HAMA评分、HAMD评分变化比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	消化道症状积分		HAMA评分		HAMD评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	45	11.65 ± 4.72	4.75 ± 1.83* [△]	21.3 ± 10.06	6.98 ± 5.16* [△]	26.34 ± 5.52	7.98 ± 4.06* [△]
对照组	45	11.70 ± 4.38	8.34 ± 2.75*	21.38 ± 11.04	15.34 ± 6.82*	25.84 ± 6.03	13.75 ± 4.51*

注:与本组治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较[△] $P < 0.05$ 。

分方面,治疗组(6.98 ± 5.16),对照组(15.34 ± 6.82),治疗组与对照组相比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);HAMD评分方面,治疗组(7.98 ± 4.06),对照组(13.75 ± 4.51),治疗组与对照组相比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 2组消化道症状改善方面比较 经规范治疗1月后,治疗组显效28(62.22),有效13(28.89),无效4(8.89),总有效率91.11%;对照组显效22(48.89),有效13(28.89),无效10(22.22),总有效率77.78%,2组总有效率比较($\chi^2 = 6.873, P = 0.001 < 0.05$),差异有统计学意义。见表3。

表3 2组消化道症状改善方面比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	χ^2	P
治疗前	45	28(62.22)	13(28.89)	4(8.89)	91.11*	6.783	0.001
对照组	45	22(48.89)	13(28.89)	10(22.22)	77.78		

注:与对照组比较* $P < 0.05$ 。

2.3 2组焦虑症状改善方面比较 经规范治疗1月后,治疗组显效30(66.67),有效14(31.11),无效1(2.22),总有效率97.78%;对照组显效26(57.78),有效12(26.67),无效7(15.55),总有效率84.45%,2组总有效率比较($\chi^2 = 8.367, P = 0.030 < 0.05$),差异有统计学意义。见表4。

表4 2组焦虑症状改善方面比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	χ^2	P
治疗前	45	30(66.67)	14(31.11)	1(2.22)	97.78*	8.367	0.030
对照组	45	26(57.78)	12(26.67)	7(15.55)	84.45		

注:与对照组比较* $P < 0.05$ 。

2.4 2组患者抑郁症状改善方面比较 经规范治疗1月后,治疗组显效29(64.44),有效10(22.22),无效6(13.34),总有效率86.66%;对照组显效24(53.34),有效11(24.44),无效10(22.22),总有效率77.78%,2组总有效率比较($\chi^2 = 4.359, P = 0.024 < 0.05$),差异有统计学意义。见表5。

表5 2组抑郁症状改善方面比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	χ^2	P
治疗前	45	29(64.44)	10(22.22)	6(13.34)	86.66*	4.359	0.024
对照组	45	24(53.34)	11(24.44)	10(22.22)	77.78		

注:与对照组比较* $P < 0.05$ 。

2.5 2组治疗后PSQI评分比较 2组PSQI治疗后比较,治疗组(8.94 ± 3.05),对照组(12.76 ± 4.58),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表6。

表6 2组治疗前后PSQI评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	45	18.21 ± 3.54	8.94 ± 3.05*
对照组	45	18.67 ± 3.46	12.76 ± 4.58

注:与对照组相比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

现代社会,随着人们对物质和精神财富的不断追求,所面临的心理压力也逐渐增大,个人饮食方式的变化,更助长了疾病的发展。临床发现这些因素导致胃肠病和患者焦虑、失眠的发生率相对较高,这二者的相关性主要在于上班族压力较大,晚上不能保证充足的睡眠时间,第2天出现精神不振、食欲下降、胸闷、脘痞纳呆,久而久之,患者出现焦虑、抑郁、失眠症状加重。FGIDs在临床中表现为反复性、慢性胃肠病症状,常伴有患者焦虑、抑郁或睡眠障碍。相关研究发现^[8-9],出现此症状的原因主要在于以下两方面:1)原发性心理异常,主要为心理异常为主,胃肠道症状是躯体症状的一部分;2)继发性心理异常,主要表现为胃肠道症状为主,长时间不愈引起患者心理障碍。中医学研究发现,心情不畅,肝气郁结,患者精神心理失衡,导致肝气郁结,失于疏泄,肝气不发,精血津液不能濡养五脏六腑六腑,脑失所养。基于中医“胃不和则卧不安”理论辨证治疗FGIDs合并焦虑、失眠患者,并总结经验。

“胃不和则卧不安”理论首见于《素问逆调论》,经过后世学者的不断研究,对此理论主要解释为:1)强迫性体位,患者气喘不得卧;2)脾胃失和出现焦虑、失眠不能安卧的病证。我们认为,“胃不和则卧不安”可以从两方面来阐述,“胃不和”可以理解为消化道症状,“卧不安”可以理解为焦虑、睡眠症状表现,该理论也高度概括了脾胃不和出现焦虑、失眠不能卧的病理机制。在这里我们将“胃”不能单纯的理解为一个器官,应该理解为概括了中医脾、胃、肠3个方面的功能。从西医学方面也明确了消

化系统胃肠疾病,现在比较认可第2大脑学说“腹脑”“肠脑”,即所谓“脑肠肽学说”,由美国学者 Michael D. Gershon 提出,他们认为,肠神经系统是脱离了中枢神经系统支配的独立活动系统,肠脑为“腹部神经系统”,主要分布在胃壁、肠壁等组织细胞中,主要负责皮层神经元的信息交换,这种信息交换结构完全和大脑交换结构一样,现代医学也证实了第2大脑与脑具有相似性和相关性。在胃肠中存在的一种5-羟色胺物质参与调节人体各种生活规律,尤其对于睡眠-觉醒周期的松果体素也表明脑肠双分布^[10-11],当胃肠病出现问题时影响该物质的分泌和调节。

通过表2、表3、表4、表5我们发现,2组患者治疗前后消化道症状积分、HAMA评分、HAMD评分变化比较,治疗组明显优于对照组;2组消化道症状改善方面比较,治疗组总有效率91.11%;对照组总有效率77.78%,治疗总有效率比较($\chi^2 = 6.873, P = 0.001 < 0.05$),差异有统计学意义;2组焦虑症状改善方面比较,治疗组总有效率97.78%;对照组总有效率84.45%,2组总有效率比较($\chi^2 = 8.367, P = 0.030 < 0.05$)差异有统计学意义;2组患者抑郁症状改善方面比较,治疗组总有效率86.66%;对照组总有效率77.78%,2组总有效率比较($\chi^2 = 4.359, P = 0.024 < 0.05$),差异有统计学意义,2组治疗后PSQI评分比较,治疗组(8.94 ± 3.05),对照组(12.76 ± 4.58),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述。通过中医学“胃不和则卧不安”理论辨证实在FGIDs合并焦虑、失眠,体现了中医治病求本的思路,通过西医学“脑肠肽”相关理论的指

导,对脾胃病的治疗中给予“调神”“疏肝解郁”等治疗,临床疗效显著,科学性强,患者依存性好,值得推广应用。

参考文献

- [1]梁谷,梁列新,覃江,等.我国不同人群功能性胃肠病患病率及其影响因素研究进展[J].中国全科医学,2011,14(11):1275-1278.
- [2]王利营,杨云生,张雷,等.农村地区功能性胃肠病及其相关因素的调查研究[J].解放军医学杂志,2012,37(9):876-878.
- [3]杨尚敏,刘存志,石广霞,等.脐疗对脾虚型肠易激综合征患者血清脑肠肽水平的影响[J].中华中医药杂志,2013,28(1):262-264.
- [4]刘占卿,曹满占,柳玉平,等.黛力新联合生物反馈治疗焦虑抑郁障碍类功能性胃肠病的临床疗效观察[J].临床合理用药,2015,8(1):70-71.
- [5]Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeed back, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5(3):331-338.
- [6]尹宏伟,周慧芬,缪琪.氟哌噻吨美利曲辛治疗伴焦虑抑郁障碍的功能性胃肠病疗效观察[J].药物流行病学杂志,2014,23(12):704-706.
- [7]Cuellar NG, Strumpf NE, Ratcliffe SJ. Symptoms of restless legs syndrome in older adults; outcomes on sleepquality, sleepiness, fatigue, depression, and quality of life[J]. J Am Geriatr Soc, 2007, 55(9):1387-1392.
- [8]韩麦,段丽萍.功能性胃肠病与精神障碍共病的研究进展[J].中华医学杂志,2010,90(22):1580-1582.
- [9]李姝,段丽萍. TRPV1与功能性胃肠病内脏高敏感关系研究进展[J].北京大学学报:医学版,2011,14(3):311-314.
- [10]谭立辉.“胃不和则卧不安”新解[J].河南中医,2013,33(5):649.
- [11]田在善.有关“腹脑(第二脑)”之说[J].中国中西医结合外科杂志,2005,10(11):455-45.

(2015-08-19 收稿 责任编辑:徐颖)