

四磨汤、吗丁啉联合阿米替林治疗功能性消化不良60例

朱艳丽, 秦咏梅, 刘竹娥

背景资料
功能性消化不良是消化内科常见病, 多发病之最, 且部分患者症状顽固, 反复发作, 治疗效果不明显, 严重影响患者的工作、生活, 而且造成相当高的医疗费用。本文旨在探讨一些相对经济而有效的治疗方法。

朱艳丽, 秦咏梅, 刘竹娥, 新乡医学院第一附属医院消化科 河南省卫辉市 453100

作者贡献分布: 此课题由朱艳丽与秦咏梅设计; 研究过程由朱艳丽、秦咏梅及刘竹娥操作完成; 研究所用试剂及分析工具由秦咏梅与刘竹娥提供; 数据分析由朱艳丽、秦咏梅及刘竹娥完成; 本论文写作由朱艳丽完成。

通讯作者: 朱艳丽, 主治医师, 453100, 河南省卫辉市, 新乡医学院第一附属医院消化科. gaozhilai1976@163.com

电话: 0373-4404195

收稿日期: 2009-08-03 修回日期: 2009-09-11

接受日期: 2009-09-15 在线出版日期: 2009-10-18

Combined use of Simotang, domperidone and amitriptyline to treat functional dyspepsia: a report of 60 cases

Yan-Li Zhu, Yong-Mei Qin, Zhu-E Liu

Yan-Li Zhu, Yong-Mei Qin, Zhu-E Liu, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Weihui 453100, Henan Province, China

Correspondence to: Yan-Li Zhu, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Weihui 453100, Henan Province, China. gaozhilai1976@163.com

Received: 2009-08-03 Revised: 2009-09-11

Accepted: 2009-09-15 Published online: 2009-10-18

Abstract

AIM: To evaluate the efficacy of combined use of Simotang, domperidone and amitriptyline in the treatment of functional dyspepsia (FD).

METHODS: One hundred and sixty FD patients were randomly divided into three groups: patients only treated with Simotang (Group A), those treated with domperidone and amitriptyline (Group B), and those treated with Simotang, domperidone and amitriptyline (Group C). All patients were treated for four weeks. No other drugs were used during entire treatment course. The changes in FD symptoms such as upper abdominal pain and fullness, belching, early satiety, loss of appetite, nausea and vomiting, were recorded before and after treatment. Efficacy index was calculated. After treatment, patients were followed up for eight weeks. An abdominal X-ray was taken to show the number

of markers in the stomach. The gastric emptying rate at five hours after ingestion was calculated before and after treatment. All side effects were recorded.

RESULTS: There were significant differences in total symptom scores in the three treatment groups between before and after treatment (Group A: 7.22 ± 3.96 vs 12.24 ± 2.82 , $t = 14.903$; Group B: 5.48 ± 3.69 vs 12.32 ± 2.81 , $t = 21.821$; Group C: 3.30 ± 2.50 vs 12.45 ± 2.98 , $t = 32.043$; all $P < 0.01$). Significant differences were also noted in total symptom scores among the three groups ($F = 16.733$, $P < 0.01$). The total response rate achieved in the Group C was higher than those achieved in the Group A and B (93.3% vs 70.0% and 80.0%, respectively, $P < 0.01$ or 0.05). In addition, significant differences were observed in 5-hour gastric emptying rates between before and after treatment in the three groups (all $P < 0.01$) though there were no significant differences among the three groups after treatment.

CONCLUSION: Domperidone, amitriptyline and Simotang are all effective in the treatment of FD. Combined use of these drugs achieves better effects in improving the symptoms of patients with FD.

Key Words: Simotang; Domperidone; Amitriptyline; Functional dyspepsia

Zhu YL, Qin YM, Liu ZE. Combined use of Simotang, domperidone and amitriptyline to treat functional dyspepsia: a report of 60 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(29): 3028-3033

摘要

目的: 观察四磨汤、吗丁啉和阿米替林联合治疗功能性消化不良(FD)的疗效。

方法: 选取FD患者160例, 随机分成3组, A组: 四磨汤组; B组: 阿米替林+吗丁啉组; C组: 四磨汤+阿米替林+吗丁啉3药联合治疗组。治疗4 wk, 治疗期间不加用其他任何药物。观察并记录患者治疗前后其腹胀、暖气、早饱、食欲不振、上腹痛、恶心、呕吐及上腹不适等

同行评议者
任建林, 教授, 厦门大学附属中山医院消化内科

各种症状改善, 并计算疗效指数. 治疗结束后随访8 wk. 摄腹部平片记录胃内标志物数量, 计算治疗前后5 h胃排空率. 同时观察有无药物不良反应.

结果: 3组治疗后症状积分较治疗前均有明显下降(A组: 7.22 ± 3.96 vs 12.24 ± 2.82 , $t = 14.903$; B组: 5.48 ± 3.69 vs 12.32 ± 2.81 , $t = 21.821$; C组: 3.30 ± 2.50 vs 12.45 ± 2.98 , $t = 32.043$, 均 $P < 0.01$), 且3组间治疗后症状积分相比, 差异有统计学意义($F = 16.733$, $P < 0.01$). 3组治疗4 wk后总有效率分别为70.0%、80.0%及93.3%, C组优于其他2组($P < 0.01$ 或 0.05). 治疗后5 h 3组的胃排空率较治疗前均有明显提高(均 $P < 0.01$), 而组间无明显差异.

结论: 吗丁啉、阿米替林和四磨汤是治疗FD有效的药物, 3种药物联合治疗可明显提高对FD的疗效.

关键词: 四磨汤; 吗丁啉; 阿米替林; 功能性消化不良

朱艳丽, 秦咏梅, 刘竹娥. 四磨汤、吗丁啉联合阿米替林治疗功能性消化不良60例. 世界华人消化杂志 2009; 17(29): 3028-3033

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/3028.asp>

0 引言

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD), 是临床常见而且难治的消化系统功能紊乱性疾病, 占消化内科患者的40%左右, 占正常人群的19%-41%^[1], 不仅影响患者的工作、生活, 而且造成相当高的医疗费用^[2-3], 已逐渐成为现代社会中一个主要的医疗保健问题. 其临床表现为上腹痛、腹胀、嗝气、早饱、食欲不振、恶心呕吐等上腹不适症状, 且慢性期限在1 mo以上或12 mo累计超过12 wk, 并经实验室及器械检查排除器质性疾病. 其病因与胃肠运动障碍、内脏感觉异常、精神社会心理因素等均有关^[4]. 我国医学上FD属“胃痛”“呕吐”“痞症”“纳呆”“胃缓”等范畴, 多由情志不遂、饮食伤胃、劳倦伤脾、寒温失调等因素导致脾胃气机升降失常所致^[5]. 2004-08/2006-10我院应用中西医结合方法治疗FD 160例, 取得显著疗效. 现报道如下.

1 材料和方法

1.1 材料 2004-08/2006-10我院应用中西医结合方法治疗FD 160例, 其诊断符合国内通用诊断

标准^[1,6-7]及国际FD诊断标准^[6,8]. 患者随机分成3组, A组: 四磨汤组, 50例, 其中男13例、女37例, 年龄22-68(平均年龄42.32)岁, 病程最短5 wk, 最长5年, 治疗前平均症状积分 12.24 ± 2.82 ; B组: 阿米替林+吗丁啉组, 50例, 其中男12例、女38例, 年龄20-64(平均年龄44.64)岁, 病程最短6 wk, 最长7年, 治疗前平均症状积分 12.32 ± 2.81 ; C组: 四磨汤+阿米替林+吗丁啉联合治疗组, 60例, 其中男16例, 女44例, 年龄23-67(平均年龄43.83)岁, 病程最短6 wk, 最长6年, 治疗前平均症状积分 12.45 ± 2.98 . 3组比较差异无统计学意义均为 $P > 0.05$. 均有持续性或反复发作性的腹胀、嗝气、早饱、上腹痛、恶心、呕吐、食欲不振、上腹不适等症状. 并排除肠易激综合征患者. 所用药物: 四磨汤口服液(湖南汉森制药有限公司生产); 吗丁啉片(西安杨森制药有限公司生产); 阿米替林片(常州四药制药有限公司生产).

1.2 方法

1.2.1 临床症状观察及药物应用: A组给予四磨汤口服液每次20 mL, 每日3次, 三餐前15-30 min口服. B组给予吗丁啉片每次10 mg, 每日3次, 三餐前15-30 min口服, 阿米替林片每次25 mg, 每日2次. C组上述3药同时服用. 治疗共4 wk, 治疗期间不加用其他药物, 如制酸剂、H₂受体拮抗剂、质子泵抑制剂、根除幽门螺杆菌药物等. 服药前及服药后, 记录患者的消化不良症状, 如腹胀、嗝气、早饱、食欲不振、上腹痛、恶心、呕吐、上腹不适等, 按其严重程度及频度进行评分, 记录患者治疗前后症状积分变化, 并计算疗效指数. 治疗结束后随访8 wk. 同时观察有无药物不良反应.

1.2.2 计算治疗前后5 h胃排空率: 治疗前后患者至少空腹8 h后摄入标准餐(80 g方便面, 50 g火腿肠, 400 mL水), 同时吞服20粒胶囊, 其内含有不透X线标志物钡条. 5 h后摄腹部平片记录胃内标志物数量, 计算5 h胃排空率, 即试餐5 h后胃内残留标志物数量占全部摄入标志物的百分比.

统计学处理 有关数据主要以mean \pm SD和百分率表示, 计量资料组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用 F 检验和 q 检验. 计数资料采用 χ^2 检验.

2 结果

2.1 治疗前后症状积分比较 A组治疗前症状积分 12.24 ± 2.82 , 治疗后症状积分降至 7.22 ± 3.96 , 两者间差异有统计学意义($t = 14.903$, $P < 0.01$); B组治疗前症状积分 12.32 ± 2.81 , 治疗后症状积

研究前沿
功能性消化不良是临床常见而且难治的消化系统功能紊乱性疾病, 已逐渐成为现代社会中一个主要的医疗保健问题. 其病因与发病机制尚不明确, 多认为与胃肠运动障碍、内脏感觉异常、精神社会心理因素等多种因素有关.

创新盘点

本文第1次采用2种较经济的西药联合1种中成药治疗FD, 应用方便, 适用面广, 治疗效果较明显.

分降至 5.48 ± 3.69 , 两者间差异有统计学意义($t = 21.821, P < 0.01$); C组治疗前症状积分 12.45 ± 2.98 , 治疗后症状积分降至 3.30 ± 2.50 , 两者间差异有统计学意义($t = 32.043, P < 0.01$). 3组间治疗后症状积分相比, 差异有统计学意义($F = 16.733, P < 0.01$). 3组间治疗后症状积分两两相比, A、B两组间差异有统计学意义($q = 3.450, P < 0.05$), B组优于A组; B、C 2组间差异有统计学意义($q = 4.520, P < 0.01$), C组优于B组; A、C 2组间差异有统计学意义($q = 8.130, P < 0.01$), C组优于A组.

2.2 临床疗效比较 治疗4 wk后, 3组间总有效率两两相比, A、B 2组间差异无统计学意义($\chi^2 = 1.333, P > 0.05$); B、C 2组间差异有统计学意义($\chi^2 = 4.365, P < 0.05$); A、C 2组间差异有高度统计学意义($\chi^2 = 10.391, P < 0.01$). 3组显效率两两相比, A、B 2组间差异有统计学意义($\chi^2 = 3.934, P < 0.05$); B、C 2组间差异无统计学意义($\chi^2 = 1.590, P > 0.05$); A、C 2组间差异有高度统计学意义($\chi^2 = 10.607, P < 0.01$, 表1).

2.3 治疗前后5 h胃排空率比较 A组治疗前5 h胃排空率为 $28.5\% \pm 7.97\%$, 治疗后升至 $52.7\% \pm 10.26\%$, 两者差异有统计学意义($t = 21.116, P < 0.01$); B组治疗前5 h胃排空率为 $28.2\% \pm 9.44\%$, 治疗后升至 $54.2\% \pm 10.17\%$, 两者差异有统计学意义($t = 19.741, P < 0.01$); C组治疗前5 h胃排空率为 $28.67\% \pm 7.86\%$, 治疗后升至 $56.17\% \pm 9.06\%$, 两者差异有统计学意义($t = 24.952, P < 0.01$). 5 h胃排空率组间比较, 治疗前3组间差异无统计学意义, 治疗后3组间差异无统计学意义($F = 0.028, P > 0.05$).

2.4 不良反应及随访 A组3例大便次数增多, 每日2-4次, 四磨汤减半量后症状消失; B组14例轻度困倦, 10例轻度口干, 8例稍困倦、口干, 2例轻度腹痛, 均能耐受. 6例嗜睡症状较重者阿米替林减半量后症状缓解; C组有15例轻度困倦, 12例轻度口干, 11例轻度困倦、口干, 4例大便次数增多, 3例轻度腹痛, 均能耐受. 5例嗜睡症状较重者阿米替林减半量后症状缓解. 血、尿、粪常规及肝肾功能均无异常. 随访8 wk A组有5例复发, B组3例复发, C组2例复发.

3 讨论

FD是临床上常见的消化系疾病. 据报道, 普通人群中每年有20%-30%的人出现长期或反复发作的消化不良症状. 这些数据包括烧心症状和有器质性疾病的患者, 但仅占消化不良患者的小

表 1 临床疗效比较

分组	n	显效	有效	好转	无效	总有效率(%)
A组	50	10	11	14	15	70.0 ^b
B组	50	19	15	6	10	80.0 ^a
C组	60	30	22	4	4	93.3

^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ vs C组.

部分, 而其余绝大部分患者均存在FD. 约50%的患者会因消化不良症状而求医. 症状的严重程度, 焦虑(担心其他严重疾病)似乎与患者的就诊行为有关.

诊断FD既往通常采用罗马 II 共识标准或国内通用FD诊断标准, 如本文所述. 基于近年来功能性胃肠疾病(functional gastrointestinal disorders, FGID)研究领域的新进展, 2006年颁布了最新FGID罗马III诊断标准, 对罗马 II 标准作了较大的修改^[9]. 罗马 II 定义中将以烧心为首要症状的从消化不良的范围中剔除, 但最近研究表明, 首要症状并不能可靠地识别胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD), GERD常与FD间存在重叠. 最近几项大规模研究仍把烧心和反酸作为“典型的消化不良症状”. 罗马III标准诊断FD为: 符合下列1项或以上症状: 餐后饱胀感、早饱、上腹疼痛或上腹烧灼感; 无器质性疾病可以解释这种症状的发生; 在诊断前至少存在6 mo, 诊断前3 mo内症状满足诊断标准. 目前将FD分为2类: 餐后不适综合征(post prandial distress syndrome, PDS)和上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS), 并各有其诊断标准. 罗马III标准的修订体现了神经胃肠病学的最新进展, 更便于临床应用.

FD是消化内科常见病, 多发病之最, 且病情缠绵, 易复发. 但其病因目前尚不明确. 可能的因素有: 胃肠动力障碍, 胃窦-幽门-十二指肠协调运动异常, 内脏高敏感性, 胃肠激素分泌紊乱, 精神社会心理因素等^[4]. 其病因具有多重性、复杂性, 不同的患者可能具有不同的病因或多重因素同时存在.

胃肠道动力障碍是FD的主要病理生理学基础, 半数以上FD患者有胃排空延迟和餐后胃窦动力下降. 胃排空与近端胃及远端胃的共同作用有关. 胃排空延迟是胃动力异常的综合表现, 胃近端张力减弱, 胃窦运动减弱, 胃电紊乱, 胃窦MMCIII相缺如或幅度降低, 胃窦十二指肠运动不协调等均可影响正常的胃排空功能^[10]. 餐后

胃动力减低可以解释动力障碍型FD的症状。

精神心理因素和应激因素一直被认为与FD的发病有密切关系。调查表明, FD中相当一部分人伴发精神障碍。FD患者存在着个性异常, 焦虑、抑郁积分显著高于正常人和十二指肠溃疡组。王金梁 *et al*^[11]的研究表明, 285例FD中92例伴发抑郁障碍, 其检出率为32.28%。田虹 *et al*^[12]研究表明, FD患者中26.3%有焦虑情绪, 31.7%有抑郁情绪。余珊 *et al*^[13]研究表明, 焦虑状态与FD发生的OR值高达16.4, 抑郁状态与FD发生的OR值高达22.5。张旭东 *et al*^[14]研究表明抗抑郁治疗组的FD症状计分和Zung评分、HAMD评分均显著下降, 有效率为89.29%, 而对照组FD症状计分和Zung评分、HAMD评分均下降不明显, 有效率仅有25.0%。焦虑和抑郁重叠在FD中亦较明显, 聂文书 *et al*^[15]研究了90例FD患者, 其中有焦虑症状71例, 占78.9%; 不同程度抑郁68例, 占76.0%; 焦虑抑郁混合存在50例, 占55.6%。混合性焦虑抑郁状态是FD常见的精神障碍模式, 无法解释的躯体症状和对焦虑抑郁所致自主神经紊乱症状的过分担心常常导致抑郁、焦虑和心身症状, 造成恶性循环。所以抗抑郁药治疗FD疗效显著, 尤其对那些伴有抑郁情绪经常治疗无效的顽固性FD患者。

FD属于我国医学的“胃脘痛”“痞证”“纳呆”“胃缓”等范畴。多由情志不遂, 饮食伤胃, 劳倦伤脾, 寒温失调等因素导致脾胃气机升降失常。病位在胃, 涉及肝脾两脏。以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为基本病机^[16]。病初常以肝郁气滞为主, 继之以肝郁胃热或肝郁湿阻为多, 久病则出现肝郁脾虚、肝郁阴虚等证。临床治疗应抓住肝失疏泄、脾失健运、胃失和降这一基本病机, 在疏肝理气、健脾和胃的基础上兼顾寒、热、湿、瘀等进行灵活辨治, 不必过分拘泥于证型的划分^[4]。

临床上通过应用胃肠动力药、解痉药、抑酸药、微生态制剂, 结合饮食调理和生活调整, 可使80%以上的患者获得疗效。对常规治疗无效的顽固性病例, 抗抑郁药的应用、心理治疗、中药、针灸、气功、磁疗等可能为其解决的途径。因其病因的多重性、复杂性、不同的患者可能具有不同的病因或多种因素同时存在, 使治疗上疗效受限, 有些反复复发的患者治疗上还比较棘手。抗抑郁治疗在FD的治疗中占有重要地位。国外报道应用抗抑郁药治疗FD取得了较好的疗效^[17-18]。Tanum *et al*^[18]用双盲对照法研

究三环类抗抑郁药米安舍林(120 mg/d)和安慰剂对症状超过12 mo的各类顽固性FD的疗效, 结果治疗组25例腹痛、腹胀不适等主要和次要症状计分在治疗3 wk起显著下降($P<0.05$), 到7 wk呈非常显著下降($P<0.01$), 然后减少用药剂量到11 wk复查, 疗效尚可维持; 而对照组22例无效。治疗组在缺勤、社会生活和家庭生活质量等方面的参数也随之改善, 优于对照组。国内沙卫红 *et al*^[19]采用抗抑郁药帕罗西汀(赛乐特)和氟西汀(百忧解)治疗FD, 症状改善明显, 差异有显著性。说明抗抑郁药治疗FD疗效显著, 尤其对那些伴有抑郁情绪经常治疗无效的顽固性FD患者。苏华 *et al*^[20]也认为心理治疗和抗抑郁药对一些经胃肠动力药、抑酸药等处理无效的顽固性FD患者可奏效, 特别是对心理异常明显和发生在先的“原发性”心理异常患者。但Talley *et al*^[21]认为用抗抑郁药治疗FD效果不佳, 其原因可能与患者选择、疗程过短、剂量不足有关。目前应用的抗抑郁药包括传统的三环类、四环类药物、单胺氧化酶拮抗剂和近年来的选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)如氟西汀(百忧解)和帕罗西汀(赛乐特)等。传统抗抑郁药与SSRI疗效大致相同, 但前者不良反应大, SSRI不良反应很少, 在西方国家已逐步取代传统抗抑郁药, 长期服用较安全。然而因其价格昂贵, 普及应用受限。应用抗抑郁药治疗FD的药物剂量各家报告不一, 有的认为应用精神科剂量的半量, 也有认为需全量, 多数人主张从半量开始, 按疗效情况个体化调整。因疗效多在10-20 d才出现, 故精神症状重者可加用镇静药。用抗抑郁药疗程不宜太短, 症状控制满意后逐步减量, 稳定后再考虑停药。对症状顽固, 反复发作, 有明显心理异常者应延长疗程, 甚至维持治疗, 长期用药应选择不良反应少的SSRI类药。

中医治疗FD多采用辨证施治, 可将FD分型治疗, 如分为肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾虚痰湿证、饮食积滞证、寒热错杂证五型或脾胃虚弱型、肝气犯胃型、胃阴亏虚型三型等, 或成方加减治疗, 或自拟经验方治疗, 或针灸、磁疗等。四磨汤、六味安消胶囊、越鞠丸、半夏泻心汤、消痞降气汤、疏肝益胃汤、强胃消痞汤、胃肠健汤、枳实消痞汤等是常用于治疗FD的方剂。

本文采用吗丁啉、阿米替林和四磨汤三联、中西医结合治疗FD, 从调整胃肠动力, 抗抑郁, 中药理气三方面着手, 使疗效明显提高。

应用要点
本文所探讨的治疗方法适用于广大经济不富裕患者, 治疗效果较明显。对少数症状顽固的患者可能需用更强效的药物。

同行评价
本研究设计合理,具有一定科学性、先进性,且有较强实用性.

四磨汤的成分为木香、枳壳、乌药、槟榔.木香、枳壳、乌药三者均为理气药,木香行气止痛,健脾消食,可用于脾胃气滞之脘腹胀痛,肝郁气滞之胁痛,气滞血瘀之胸痹,脾虚所致腹胀食少.木香提取液能使离体兔肠平滑肌兴奋,肠肌张力增高,蠕动增强.其挥发油有较明显的血管扩张作用,使胃肠血管舒张,血流量增加.且对多种细菌及真菌有抑制作用^[22].近有文献报道^[23],木香加速胃对钡剂的排空时间,服木香煎剂30 min后,血胃动素水平升高,木香煎剂刺激胃黏膜Mo细胞产生内源性胃动素,加速胃排空.枳壳为枳实近成熟的果实,枳壳可破气消积,化痰散痞,较枳实力缓,偏于行气开胸、宽中除胀,含挥发油,可使胃肠道平滑肌兴奋性增加,收缩增强,乌药可行气止痛,温肾缩尿,用于寒凝气滞,胸腹冷痛.槟榔可杀虫、理气、利水、使胃肠道蠕动增加,亦可使消化液分泌旺盛,使食欲增加^[22],故可用于食积气滞,腹痛便秘.

可见,针对FD的多重病因,采用多药联合及中西医结合治疗,不失为一种行之有效的治疗手段.本文结果提示:四磨汤是治疗FD的有效药物,他是中药中的促胃肠动力药.吗丁啉和阿米替林联用对FD的疗效优于单用四磨汤,而吗丁啉、阿米替林和四磨汤三药联合应用的效果更好.FD的中医基本病机是气机升降失常、肝失疏泄,所以理气中药的应用,改善其肝郁体质,可能是防止本病反复发作的关键.西医学认为长期的精神作用可提高迷走神经兴奋性而导致胃肠功能失调,精神神经功能紊乱与中医“肝郁”症有着密切相关性^[24],所以治疗当疏肝消痞、行气导滞.但精神心理异常,可能是FD的原发因素,也可能是继发因素,治疗上应有所侧重.

正是由于FD发病机制的多因素性和不确定性,导致FD的治疗措施和范围很广,但又缺乏令人满意的特异性治疗方案.安慰剂可使20%-60%的FD症状得到改善,对安慰剂有效率之高使治疗措施进一步复杂化.并非所有患者都需要药物治疗而有一部分需要心理治疗^[25-26].对常规治疗无效的顽固性病例,抗抑郁药的应用、心理治疗、中药、针灸、气功、磁疗等可能为其解决的途径,这方面的研究尚不多.尤其是心理治疗,由于患者多求治于综合医院,消化科居多,消化科医生如何更好地掌握心理治疗,将对提高疗效有很大帮助.何洋^{et al}^[27]采用和中递减法配合心理疏导治疗老年难治性FD36例有效率达94.4%.抗抑郁治疗可以明显提高FD的疗

效,长期服用效果好.但传统抗抑郁药不良反应大,不适于长期服用.SSRI不良反应很少,长期服用较安全,然而因其价格昂贵,在我国普及应用受限.FD易于反复复发,且每个FD患者的病因和病理生理可能各不相同,个体化治疗可能是最简便有效的方法,对不同患者采用不同药物、不同方法及不同疗程.对FD的发病机制及顽固病例的治疗尚有待进一步探讨.

吗丁啉、阿米替林和四磨汤是治疗FD有效的药物,3种药物联合治疗可明显提高FD的治疗效果.吗丁啉为常用的促胃肠动力药,而四磨汤是理气药,为中药中的促胃肠动力药,二者对大部分FD患者均有效.许多FD患者可能合并抑郁、焦虑等情绪障碍.联合应用阿米替林可明显改善FD的症状.联合三药可加强促胃肠动力作用,促进胃排空,改善顽固性FD患者的抑郁情绪,从而改善其各种消化不良症状.

4 参考文献

- 1 叶任高,陆再英.内科学.第6版.北京:人民卫生出版社,2004:420
- 2 Bursey F, Crowley M, Janes C, Turner CJ. Cost analysis of a provincial drug program to guide the treatment of upper gastrointestinal disorders. *CMAJ* 2000; 162: 817-823
- 3 Nyrén O, Adami HO, Gustavsson S, Lööf L, Nyberg A. Social and economic effects of non-ulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1985; 109: 41-47
- 4 周福生,祝淑贞.功能性消化不良发病机制的研究进展. *临床消化病杂志* 2005; 17: 256
- 5 付本升,牛路芳.功能性消化不良的中医病因病机及治疗概况. *中国中西医结合消化杂志* 2005; 13: 277
- 6 王春琳,刘静.功能性消化不良的精神心理因素及治疗. *胃肠病学和肝病杂志* 2001; 10: 114
- 7 杨杰,侯晓华.消化不良的诊断. *临床内科杂志* 2005; 22: 298-299
- 8 Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 Suppl 2: II37-II42
- 9 Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130: 1377-1390
- 10 黄坤明,许国铭,邹多武.功能性消化不良24小时胃窦运动及胃电图改变. *中华消化杂志* 2001; 21: 537-539
- 11 王金梁,韦红.功能性消化不良患者伴抑郁障碍的诊断和治疗. *中国心理卫生杂志* 2003; 17: 157
- 12 田虹,周汉建,戈兰.功能性消化不良患者焦虑和抑郁调查分析. *广东医学* 1999; 20: 859
- 13 余珊,曹国樑,张继美.功能性消化不良患者的心理测评及抗抑郁治疗. *中国临床药理学杂志* 2003; 12: 154-157
- 14 张旭东,张春玲,周宇,张初民.功能性消化不良与抑郁症的关系. *临床消化病杂志* 2002; 14: 221
- 15 聂文书,胥方元,郭大为.功能性消化不良的精神障碍及中西药结合治疗观察. *中国中西医结合消化杂志* 2005; 13: 325
- 16 张万岱,危北海,陈治水.功能性消化不良的中西医结合

- 合诊治方案. 世界华人消化杂志 2004; 12: 2683-2686
- 17 Clouse RE, Lustman PJ, Geisman RA, Alpers DH. Antidepressant therapy in 138 patients with irritable bowel syndrome: a five-year clinical experience. *Aliment Pharmacol Ther* 1994; 8: 409-416
- 18 Tanum L, Malt UF. A new pharmacologic treatment of functional gastrointestinal disorder. A double-blind placebo-controlled study with mianserin. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 318-325
- 19 沙卫红, 李瑜元, 余庆珠. 功能性消化不良与心理因素的关系及抗抑郁药对其的疗效. 新医学 1999; 30: 431-432
- 20 苏华, 沙卫红, 李瑜元. 功能性消化不良的心理社会因素调查. 中华医学杂志 1999; 79: 879-880
- 21 Talley NJ. Therapeutic options in nonulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 2001; 32: 286-293
- 22 雷载权. 中药学. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 161, 178
- 23 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. 中国中西医结合脾胃杂志 2000; 8: 236-238
- 24 陈嘉屿, 聂丹丽, 张方信, 吴红梅. 肝郁脾虚大鼠模型胃肠动力障碍的机制. 世界华人消化杂志 2001; 9: 106-107
- 25 Stanghellini V, De Ponti F, De Giorgio R, Barbara G, Tosetti C, Corinaldesi R. New developments in the treatment of functional dyspepsia. *Drugs* 2003; 63: 869-892
- 26 Bolling-Sternevald E, Lauritsen K, Aalykke C, Havelund T, Knudsen T, Unge P, Ekström P, Jaup B, Norrby A, Stubberød A, Melén K, Carlsson R, Jerndal P, Junghard O, Glise H. Effect of profound acid suppression in functional dyspepsia: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 1395-1402
- 27 何洋, 郑粤文, 游敏玲. 和中方递减法配合心理疏导治疗老年难治性功能性消化不良的临床观察. 吉林中医药 2006; 26: 22-23

编辑 李军亮 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》性质、刊登内容及目标

本刊讯 《世界华人消化杂志(国际标准刊号ISSN 1009-3079, 国内统一刊号CN 14-1260/R, *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi/World Chinese Journal of Digestology*)》, 是一本由来自国内23个省、市、自治区、特别行政区的496位胃肠病学和肝病学专家支持的开放存取的同行评议的旬刊杂志, 旨在推广国内各地的胃肠病学和肝病学领域临床实践和基础研究相结合的最具有临床意义的原创性及各类评论性的文章, 使其成为一种公众资源, 同时科学家、医生、患者和学生可以通过这样一个不受限制的平台来免费获取全文, 了解其领域的所有的关键的进展, 更重要的是这些进展会为本领域的医务工作者和研究者服务, 为他们的患者及基础研究提供进一步的帮助。

除了公开存取之外, 《世界华人消化杂志》的另一大特色是对普通读者的充分照顾, 即每篇论文都会附带有一组供非专业人士阅读的通俗易懂的介绍大纲, 包括背景资料、研发前沿、相关报道、创新盘点、应用要点、名词解释、同行评价。

《世界华人消化杂志》报道的内容包括食管、胃、肠、肝、胰肿瘤, 食管疾病、胃肠及十二指肠疾病、肝胆疾病、肝脏疾病、胰腺疾病、感染、内镜检查法、流行病学、遗传学、免疫学、微生物学, 以及胃肠道运动对神经的影响、传送、生长因素和受体、营养肥胖、成像及高科技技术。

《世界华人消化杂志》的目标是出版高质量的胃肠病学和肝病学领域的专家评论及临床实践和基础研究相结合具有实践意义的文章, 为内科学、外科学、感染病学、中医药学、肿瘤学、中西医结合学、影像学、内镜学、介入治疗学、病理学、基础研究等医生和研究人员提供转换平台, 更新知识, 为患者康复服务。(科学编辑: 李军亮 2009-10-18)