

加味柴胡疏肝散联合黛力新治疗功能性腹痛综合征30例临床研究

王安琪 吴坚芳

(南京中医药大学附属昆山市中医医院消化内科, 江苏昆山 215300)

摘要 目的:观察加味柴胡疏肝散联合黛力新对肝郁气滞型功能性腹痛综合征(FAPS)患者的临床症状及焦虑、抑郁状态的改善情况。方法:60例肝郁气滞型FAPS患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。对照组给予黛力新每日1片口服,治疗组在对照组治疗的基础上再予加味柴胡疏肝散煎服。观察并比较2组患者治疗前后NRS疼痛评分、中医证候评分及焦虑抑郁评分改变情况,比较2组患者临床疗效。结果:治疗后2组患者NRS疼痛评分、中医证候评分和焦虑、抑郁评分(SAS、SDS评分)均较治疗前明显降低($P<0.01$),治疗组治疗后上述评分均明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗组中医证候总有效率为86.7%,明显高于对照组的73.3%($P<0.01$)。结论:运用加味柴胡疏肝散联合黛力新能有效改善肝郁气滞型FAPS患者的临床症状以及焦虑抑郁心理状态。

关键词 功能性腹痛综合征 肝郁气滞 黛力新 加味柴胡疏肝散 NRS SAS SDS

中图分类号 R572.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)06-0039-03

功能性腹痛综合征(Functional abdominal pain syndrome, FAPS)是一种与胃肠道功能无关或关系不大的慢性功能性疾病,临床主要表现为持续或频繁发作的腹痛,病程至少持续半年^[1]。本病的发病机制较为复杂,临床上亦缺乏确切有效的治疗方案,目前推荐应用的药物主要有抗抑郁药、抗焦虑药、镇痛药、抗惊厥药、抗过敏药、促胃动力药等。在临床治疗的过程中,FAPS患者往往弱化或否认心理因素的作用,对长期服药较为排斥,且症状难以完全恢复。因此,需要寻找可有效改善临床症状,

提高患者生活质量的治疗方法。柴胡疏肝散是治疗肝郁气滞证的经典古方,吴坚芳主任中医师以此为基础方加郁金及紫苏梗组成加味柴胡疏肝散,以增强原方行气和血、解郁止痛之功,临床治疗FAPS取得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入病例为2016年3月至2016年12月我院门诊及病房确诊为肝郁气滞型FAPS的患者,共60例,随机分为治疗组与对照组,每组30

- [3] 林果为.实用内科学(下册)[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:1966.
- [4] 中华医学会消化内镜学分会.反流性食管病/反流性食管炎诊断及治疗方案(试行)[J].胃肠病学,2010,5(4):251.
- [5] 郑筱萸.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,2002:155.
- [6] 中华医学会消化内镜学分会.反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)[J].中华消化内镜杂志,2004,21(4):221.
- [7] 章伟.中西医结合治疗反流性食管炎80例疗效观察[M].医学理论与实践,2011,24(11):1285.

- [8] 叶斌,叶蔚.中医升降理论在反流性食管炎及其并发症中的应用[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(3):292.

第一作者:余俊奇(1971—),男,本科学历,主治中医师,从事中医消化临床及消化内镜检查工作。

通讯作者:梁占锋,医学硕士,副主任医师。
136879145@qq.com

修回日期:2018-03-26

编辑:吕慰秋

例。治疗组:男14例,女16例;年龄27~73岁,平均年龄(54.47±12.77)岁;病程6个月~22年,平均病程(6.33±5.69)年。对照组:男15例,女15例;年龄29~69岁,平均年龄(54.17±10.62)岁;病程6个月~20年,平均病程(6.14±5.52)年。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照罗马Ⅲ功能性腹痛综合征诊断标准^[2],必须包括以下所有条件:(1)持续或近乎持续的疼痛;(2)与生理行为(即进食、排便或月经)无关或偶尔有关;(3)日常活动能力部分丧失;(4)疼痛不是伪装的;(5)排除其他可表现出腹痛症状的功能性胃肠病。诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合以上诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》^[3]中肝郁气滞型腹痛的诊断标准。主症:腹痛连及两胁,胀满窜痛,痛引少腹,情志不遂时发病或加剧,暖气或矢气则舒。次症:纳食不香,善太息,暖气时作,失眠多梦。舌脉:舌质淡红,苔薄白,脉弦。

1.3 纳入标准 符合上述罗马Ⅲ功能性腹痛综合征诊断标准及中医证型诊断标准;年龄在18~75岁之间,性别不限;能接受定期复诊并配合医生治疗者(符合GCP规定)。

1.4 排除标准 合并其他消化系统器质性病变者;伴有呼吸、心血管、血液等系统严重原发疾病者;精神病患者,恶性肿瘤、闭角性青光眼患者;近期(4周内)曾口服相关药物,如抗焦虑药、抗抑郁药、质子泵抑制剂、黏膜保护剂等患者;易过敏体质或不能耐受本研究所使用药物者。

2 治疗方法

2.1 对照组 黛力新(丹麦灵北制药有限公司,10.5mg,每片含0.5mg氟哌噻吨+10mg美利曲辛),每日服用1粒。

2.2 治疗组 口服黛力新,用量同对照组。予中药汤剂加味柴胡疏肝散煎服。药物组成:柴胡10g,白芍15g,川芎10g,枳壳10g,陈皮6g,甘草9g,香附10g,郁金10g,紫苏梗10g。每日1剂,常规煎煮,分早晚2次温服。随症加减:若气滞较甚,两胁胀痛较重者加川楝子15g、厚朴10g行气消胀;口干舌燥伴有热象

者,予丹参15g、山栀子10g清热凉血;气滞日久,血行涩滞,瘀血内生伴刺痛者,加桃仁9g活血化瘀。

2组疗程均为4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于治疗前后对患者进行疼痛、中医证候及抑郁、焦虑评分。

3.1.1 疼痛评分 采用NRS疼痛数字评分^[4],用0~10分代表不同程度的疼痛。0分表示无痛,10分表示无法忍受的剧烈疼痛,相应的数值则为其疼痛评分。

3.1.2 中医证候评分 主要症状有腹痛及两胁胀痛,积分根据无症状、症状不明显、症状明显、症状严重分别积0、3、6、9分;次要症状有食欲减退、暖气及失眠多梦,积分根据无症状、症状不明显、症状明显、症状严重分别积0、1、2、3分^[5]。

3.1.3 抑郁、焦虑评分 根据Zung氏焦虑、抑郁评分表(SAS、SDS评分)评估患者情志状态。SAS焦虑评分:总分低于50分为正常,50~60分为轻度焦虑,61~70分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。SDS抑郁评分:总分低于53分为正常,53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁,72分以上为重度抑郁^[6]。

3.2 中医证候疗效评价标准 采用尼莫地平计算公式。治愈:中医证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:70% $\leq$ 中医证候积分减少 $<95\%$;有效:30% $\leq$ 中医证候积分减少 $<70\%$;无效:中医证候积分减少 $<30\%$ 。^[7]

3.3 统计学方法 所得数据运用SPSS 22.0软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料予 t 检验,采用($\bar{x} \pm s$)表示,非正态分布及等级资料采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义, $P<0.01$ 表示差异有显著统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后NRS疼痛评分、中医证候评分与抑郁、焦虑评分比较 见表1。

3.4.2 2组患者中医证候疗效比较 见表2。

表1 治疗组与对照组治疗前后NRS疼痛评分、中医证候评分与抑郁、焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	NRS 疼痛评分	中医证候评分	SAS 评分	SDS 评分
治疗组	30	治疗前	6.37±2.236	14.80±4.574	47.73±9.497	58.20±10.949
		治疗后	1.73±2.033**	4.93±4.799***	39.30±6.974***	44.30±9.071***
对照组	30	治疗前	6.63±2.236	14.67±4.641	50.00±7.701	56.27±11.359
		治疗后	2.77±1.888**	7.30±4.967**	44.50±6.947**	49.57±9.515**

注:与本组治疗前比较,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,## $P<0.05$,### $P<0.01$ 。

4 讨论

近年来,功能性腹痛综合征的发病率逐年提高,而临床医师诊治该病的思路及流程仍处于经验性阶段。医师需通过相关实验

室检查排除器质性病变,除外消化道、泌尿以及生殖系统疾病引起疼痛的可能。患者对自身的疾病长期处于高度关注状态,描述疼痛时常带有强烈的主观色彩,而分散注意力时这种表述则会减弱。FAPS明确的发病原因及机制尚缺乏客观的科学依据支持,综合以往报道主要有以下观点:内脏高敏性、脑-肠互动异常、社会心理因素以及遗传因素。更新的罗马IV标准将FAPS正式更名为中枢介导性腹痛综合征(centrally mediated abdominal pain syndrome, CAPS),把中枢神经系统异常摆在了FAPS所有致病因素的首要位置^[8]。故推荐医生在和患者建立良好的医患关系的前提下,制定综合的生物心理社会治疗计划,如应用针对中枢神经系统治疗的药物联合适当的心理干预。中西医结合治疗FAPS具有一定优势。

部分FAPS患者在发病前曾经历过重大手术,或家庭变故,或近亲罹患肿瘤等心理创伤,同时长期不愈的疼痛也对患者的心理产生负面影响,多出现焦虑或抑郁等情志障碍。早在明代就有疾患与不良情绪之间相互影响的理论,《景岳全书·郁证》曰:“凡五气之郁,则诸病皆有,此因病而郁也。至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。”古亦有“郁证未有不伤肝者”之说。若情志不遂,木失调达,则肝郁血滞,经气不利,不通则痛,导致腹痛时作,攻窜不定,暖气频作,纳寐欠安,甚则痛及少腹。本研究应用柴胡疏肝散治疗肝郁气滞型FAPS,遵“木郁达之”之旨,治以疏肝解郁、理气止痛。方中柴胡为君药,擅长于顽土中疏理郁滞之气;香附为“血中气药”,有疏肝解郁、理气调中之效,川芎行气开郁、活血止痛,两药合用,同助柴胡疏理肝经之气机阻滞,增行气活血止痛之效,共为臣药;陈皮、枳壳行气导滞,白芍养肝血柔肝体,顺应肝之特性,与甘草相合,起缓急止痛之功,俱为佐药;甘草兼作使药,调和诸药。《临证指南医案·郁》指出:“初伤气分,久延血分”,故加活血化瘀,兼能理气解郁之郁金,以及行气宽中之紫苏梗。诸药合用,疏肝兼顾养肝,理气兼以止痛,调肝兼行活血。另现代研究表明,柴胡疏肝散能够有效调节功能性胃肠病患者的脑-肠轴互动异常,降低内脏植物神经的高敏感性,并缓解患者焦虑、抑郁的心理状态^[9]。

表2 治疗组与对照组患者中医症候疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	7	11	8	4	86.7% ^{##}
对照组	30	1	6	15	8	73.3%

注:##与对照组比较, $P<0.01$ 。

本研究结果显示,加味柴胡疏肝散联合黛力新在减轻疼痛,改善中医症状以及缓解焦虑抑郁情绪等方面均优于单用黛力新。故笔者认为,中医学的多元化、整体观的优势与西医学的神经调节及心理干预两者结合,能够有效提高临床疗效,增强患者的信心及依从性,改善患者生活质量,具有较好的发展前景。下一步拟进行多中心、大样本的研究,以为FAPS临床治疗获取更多的客观依据。

参考文献

[1] DROSSMAN D A.The Functional Gastrointestinal Disorders and the RomeⅢ Process[J]. Gastroenterology, 2006, 130 (5): 1377.

[2] DROSSMAN D A.罗马Ⅲ:功能性胃肠病[M].北京:科学出版社, 2008: 501.

[3] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社, 2008: 80.

[4] 中华医学会.临床诊疗指南:疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社, 2007: 35.

[5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃肠疾病中医症状评分表[J].中国中西医结合消化杂志, 2011, 19 (1): 66.

[6] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社, 1993: 122.

[7] 郑筱萸.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: 124.

[8] DROSSMAN D A.Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV[J]. Gastroenterology, 2016, 150 (6): 1262.

[9] 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.

第一作者:王安琪(1991—),女,医学硕士,住院医师,从事脾胃病的临床研究。

通讯作者:吴坚芳,医学硕士,主任中医师。
wjf0007@163.com

收稿日期: 2017-12-01

编辑: 吴 宁