

## 芍药甘草汤联合甘麦大枣汤加减治疗功能性腹痛综合征临床观察

许亚兵<sup>1</sup>, 陈有明<sup>2</sup>

1. 古浪县中医院, 甘肃 古浪 733000; 2. 武威市疾病预防控制中心, 甘肃 武威 733000

**[摘要]** 目的: 观察芍药甘草汤联合甘麦大枣汤治疗功能性腹痛综合征的临床疗效。方法: 70例患者随机分成中药组和西药组, 每组35例。中药组给予芍药甘草汤联合甘麦大枣汤辨证加减治疗; 西药组给予谷维素片联合阿米替林片治疗。2组均以28天为1疗程。结果: 治疗前2组疼痛例数及BRS-6总评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后BRS-6总评分中药组、西药组治疗1、4周, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗4周中药组疼痛程度明显好转, BRS-6总评分与西药组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。总有效率中药组94.2%, 西药组82.9%, 2组临床疗效, 经秩和检验, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 芍药甘草汤联合甘麦大枣汤治疗功能性腹痛疗效确切, 无不良反应。

**[关键词]** 功能性腹痛综合征; 芍药甘草汤; 甘麦大枣汤; BRS-6评分

**[中图分类号]** R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 04-0050-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.018

功能性腹痛综合征(Functional abdominal pain syndrome, FAPS)为非器质性疾病, 又称慢性特发性腹痛或慢性功能性腹痛, 是指持续或频繁发作的腹痛, 病程超过半年, 但与胃肠道病变无关或关系不大的功能性疾病。腹痛发生的机制核心是胃肠功能紊乱及生物-心理-社会概念的形成, 与心理因素有一定关系<sup>[1]</sup>, 常伴有焦虑、抑郁症状。此病主要以心理疏导、抗过敏、三环类抗抑郁药治疗, 但疗效不甚理想。笔者采用加减芍药甘草汤联合甘麦大枣汤治疗功能性腹痛, 收到较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为2011年1月—2014年1月古浪县中医院和武威市疾病预防控制中心门诊及住院确诊为功能性腹痛的患者, 共70例, 随机分为中药组和西药组, 每组35例。中药组男7例, 女28例; 年龄( $56.6 \pm 14.5$ )岁; 病程( $5.81 \pm 0.81$ )年; 疼痛1~4级17例, 5~6级18例; 疼痛程度积分( $4.19 \pm 0.82$ )分。西药组男6例, 女29例; 年龄( $55.4 \pm 13.9$ )岁; 病程( $5.97 \pm 0.83$ )年; 疼痛1~4级19例, 5~6级16例, 疼痛程度积分( $3.97 \pm 0.80$ )

分。2组性别、年龄、病程、疼痛程度评分等比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 功能性腹痛综合征罗马诊断标准** 参照文献[2]拟定。①持续或近乎持续的腹痛; ②疼痛与生理行为(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疼痛并非伪装(如诈病); ⑤症状不满足其他解释腹痛的功能性胃肠病的诊断标准。诊断前症状持续至少6月, 近3月符合以上诊断标准。

**1.3 病例选择** 疼痛部位以上腹部为主, 无固定压痛点及肿块, 疼痛呈间歇性或持续性, 腹痛一般于晨起, 早餐时或上午发生, 夜间常不痛, 与进食与排便无关, 大多表现出腹痛剧烈。相关检查排除腹痛的器质性病变; 患者均签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①有严重心、肝、肾、脑血管系统疾病者; ②已知对本研究所用药物有过敏史者; ③依存性差, 不予配合者。

## 2 治疗方法

**2.1 中药组** 给予甘草芍药汤联合甘麦大枣汤加减治疗, 处方: 芍药、小麦各30g, 肉桂1g, 甘草

**[收稿日期]** 2015-11-24

**[作者简介]** 许亚兵 (1966-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中医内科。

**[通讯作者]** 陈有明, E-mail: lzcdccym@126.com。

12 g, 大枣 6 枚。水煎, 口服, 每天 1 剂, 连续 4 周。伴精神抑郁、心悸、心烦、悲伤哭闹、失眠健忘、神疲乏力或五心发热、潮热盗汗、舌红少津、脉虚细而数者, 加麦冬、鳖甲(先煎)各 20 g, 地骨皮 10 g, 酸枣仁 15 g; 伴心烦易怒, 口苦咽干, 胸闷胁痛, 哭笑无端, 尿黄便燥, 舌红、苔黄, 脉弦细数者, 加百合 20 g, 生地黄 30 g, 当归 9 g, 柴胡 6 g; 症兼见心胸烦闷, 语无论次, 殴打怒骂, 不避亲疏, 舌红、苔黄腻, 脉滑数等减肉桂, 加制远志 7 g, 石菖蒲 8 g, 郁金、陈皮各 10 g, 竹沥 30 g; 伴有肠鸣, 脐旁悸动, 舌青, 苔白薄, 脉微弦, 因生活环境变化, 冷暖失调者加藿香 10 g, 紫苏梗 12 g, 紫贝齿 10 g。

2.2 西药组 给予谷维素片, 每天 30 mg, 口服; 阿米替林片, 每天 75 mg, 每天 3 次, 口服, 连续 4 周; (儿童根据年龄适当减量)。

2 组均以 28 天为 1 疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组治疗后总有效率、副作用。②采用 6 点行为评分法(the 6- point behavioral rating scale, BRS- 6)将疼痛分为 6 级, 每级定为 1 分, 从 0 分(无疼痛)到 5 分(剧烈疼痛, 无法从事正常

工作和生活): 无疼痛为 0 分; 有疼痛但易被忽视为 1 分; 有疼痛, 无法忽视, 但不干扰日常生活为 2 分; 有疼痛, 无法忽视, 干扰注意力为 3 分; 有疼痛, 无法忽视, 所有日常活动均受影响, 但能完成基本生理需求如进食和排便等为 4 分; 存在剧烈疼痛, 无法忽视, 需休息或卧床休息为 5 分。

3.2 统计学方法 运用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验; 等级资料采用秩和检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 优: 治疗后疼痛消失或疼痛较治疗前明显减轻, 能正常生活; 良: 疼痛较治疗前减轻, 但仍有腹痛明显, 影响正常生活; 无: 疼痛与治疗前无变化, 影响正常生活。

4.2 2 组治疗前和治疗第 1 周及第 4 周疼痛变化比较 见表 1。治疗前 2 组疼痛例数及 BRS- 6 总评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后 BRS- 6 总评分中药组、西药组治疗 1、4 周, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗 4 周中药组疼痛程度明显好转, BRS- 6 总评分与西药组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组治疗前和治疗第 1 周及第 4 周疼痛变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前			治疗第 1 周			治疗第 4 周		
		0~4 级(例)	5~6 级(例)	BRS- 6 总评分(分)	0~4 级(例)	5~6 级(例)	BRS- 6 总评分(分)	0~4 级(例)	5~6 级(例)	BRS- 6 总评分(分)
中药组	35	17	18	4.19± 0.82	28	7	2.25± 0.32 <sup>①</sup>	33	2	1.35± 0.37 <sup>②</sup>
西药组	35	19	16	3.97± 0.82	20	15	3.78± 0.56 <sup>①</sup>	29	6	2.42± 0.41 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与西药组同期比较, ② $P < 0.05$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率中药组 94.2%, 西药组 82.9%, 2 组临床疗效比较, 经秩和检验, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	优	良	无	总有效率(%)
中药组	35	25	8	2	94.2
西药组	35	14	15	6	82.9

4.4 2 组不良反应发生情况比较 见表 3。中药组无不良反应; 西药组出现视力模糊、眼痛 2 例, 心动过缓 1 例, 皮炎 1 例, 肝功能异常 2 例, 甲状腺机能亢进 1 例。2 组不良反发生率比较, 差异有统计

学意义( $P < 0.01$ )。

表 3 2 组不良反应发生情况比较

组别	n	视力模糊	心动过缓	皮炎	肝功能异常	甲状腺机能亢进	不良反应发生率(%)
中药组	35	0	0	0	0	0	0 <sup>①</sup>
西药组	35	2	1	1	2	1	20

与西药组比较, ① $P < 0.01$

### 5 讨论

FAPS 的病因尚不十分明确, 目前研究认为, FAPS 的发生可能是由于脑干下行抑制性神经系统(阿片能、5- 羟色胺能和肾上腺素能)异常或抑制性 / 兴奋性神经调控通路失衡, 导致调控外周疼痛感觉的脊

髓神经兴奋性异常,疼觉被放大所致。FAPS因常合并精神异常(特别是焦虑、抑郁和躯体化症状),故使用三环类抗抑郁药有效<sup>[3]</sup>。经典的中枢神经系统功能失调学说认为,抑郁障碍是中枢神经的各类递质在传导过程中出现功能不平衡或功能缺失造成的,主要的神经递质包括5-羟色胺、肾上腺素、多巴胺等。该学说认为抑郁障碍与慢性疼痛在中枢神经系统存在共同上行与下行通路<sup>[4]</sup>;Koen D等<sup>[5]</sup>认为慢性疼痛的发生、发展、持续或加重与心理因素如焦虑、抑郁、情绪和应激等密切相关,主要为焦虑、抑郁。根据目前研究结果,FAPS患者常伴有抑郁状态,许多精神抑郁与中枢5-羟色胺信号减弱有关,表明慢性疼痛状态亦与5-羟色胺下行调节信号减弱有关,从而提示了慢性疼痛与抑郁之间存在关联。

芍药甘草汤、甘麦大枣汤为《伤寒论》和《金匮要略》中经典名方,前者具有调和肝脾,缓急止痛之功效,后者具有养心安神和中缓急之功效。二方合用共奏养心安神,缓急止痛之功效。现代药理研究证明,甘草芍药汤主要作用是解痉、止痛、抗炎。如凤良元等<sup>[6]</sup>报道,芍药甘草汤对中枢和外周神经末梢均有镇痛作用;芍药甘草汤镇痛作用与一氧化氮、前列腺素E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>)含量及超氧化物歧化酶(SOD)均有关<sup>[7]</sup>。功能性腹痛综合征疼痛呈持续性,与生理活动(进食与排便)无关,疼痛累及的范围较大,没有确切压痛点,患者常常在腹部划出一片疼痛区域而并非一点,其疼痛行为病史较长,症状与心理、社会因素相关等临床特征,符合中医学辨证因“脏躁”肝阴受损,肝

气不舒,导致肝气郁结“不通则痛”特点。故用芍药甘草汤合甘麦大枣汤治疗是法与证合,方与证符。本方法简单易行,无不良反应作用,且疗效优于纯西药治疗。

#### [参考文献]

- [1] 廖常奎,王佩秋. 功能性胃肠病的腹痛分型、鉴别诊断与罗马 诊断标准的应用[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(6): 675- 679
- [2] Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome : New standard for functional gastrointestinal disorders[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15: 237- 241.
- [3] 刘劲松,侯晓华. 功能性腹痛综合征与罗马 [J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 741- 173.
- [4] 刘义,高静芳. 抑郁与慢性疼痛相关的神经生物学共同机制研究进展[J]. 精神医学杂志, 2010, 23(2): 155- 157.
- [5] Koen D, Ronny B, Sing L, et al. Mental disorders among persons with chronic back of neckpain: results from the world mental health surveys [J]. Pain, 2007, 129(3): 332- 342.
- [6] 凤良元,鄢顺琴,吴慷清,等. 芍药甘草汤镇痛作用及机理的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2002, 8(2): 23- 25.
- [7] 刘陶世,赵新慧,段金殿,等. 芍药甘草汤总苷抗炎镇痛作用的配伍研究[J]. 中药新药与临床药理, 2007, 18(6): 427- 428.

(责任编辑:马力)