

继续补益，邪热逗留不去。汗出而身热，是因感受了风邪。《伤寒论》中，张仲景不仅对“发热”进行了详尽的阐述，而且确立了种种行之有效的退热方法和代表方药，在具体的运用上包含了汗、吐、下、和、温、清、消、补等“八法”。汗法又为八法之首，取汗可由服药，亦可由外治之。本研究中使用的中药粉剂沐足发汗退热法，就是利用“汗法”由外治之。《素问·阴阳应象大论》“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”，说明邪在肌表，可用熏蒸、温浴等法使其汗出。《千金要方·外治》对表热、里热、壮热、虚热等制定了具体方剂及方法，后世医家通过实践更有所发展。以现代医学的语言解释，浴洗疗法的机理即是借药液的温热刺激皮肤经络，引起皮肤血管的扩张，促进发汗和体温中枢的再调节。目前中药沐足发汗退热法的临床应用报道较少，陈丁丁等^[2]通

过对93例外感发热小儿临床观察，结果发现，中药足浴治疗小儿外感发热，不仅退热迅速、热退后不易复发，且对缓解小儿鼻塞、流涕、咽喉红肿疼痛有良好的效果，与对照组90例比较，治疗组疗效优于对照组。笔者采用中药沐足发汗退热法治疗外感病人发热，临床观察疗效较好，采用中药粉剂冲成药液，使用方便，无明显消化道反应、肝肾毒性，可进一步研究及推广应用。

[参考文献]

- [1] 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: 60.
- [2] 陈丁丁, 王晓莉, 杨祥正, 等. 中药足浴治疗小儿外感发热的临床观察[J]. 中华名医论坛, 2005, 3(2): 45-46.

(编辑: 骆欢欢)

当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍疗效分析

廖美容, 周义杰, 苏丹, 王培力

桂林市中医院, 广西 桂林 541002

[摘要] 目的: 观察当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍的疗效及安全性。方法: 将98例躯体形式疼痛障碍患者随机分为2组, 治疗组51例, 以当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗, 对照组47例, 用盐酸帕罗西汀治疗, 疗程为8周。治疗前与治疗4周、8周末采用疼痛量表(SF-MPQ)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密顿焦虑量表(HAMA)评定临床疗效, 副反应量表(TESS)评定不良反应。结果: 治疗组完全缓解率为35.29%, 对照组为17.02%, 2组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 治疗组总有效率为86.27%, 对照组总有效率为68.09%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组SF-MPQ评分治疗后与治疗前比较均明显改善($P < 0.05$), 且治疗4、8周末SF-MPQ评分治疗组明显低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗4周、8周末, 2组HAMA评分、HAMD评分均较治疗前下降, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 提示2组患者焦虑抑郁症状均较治疗前改善。同期治疗组的HAMA评分、HAMD评分均低于对照组($P < 0.05$), 提示治疗组改善焦虑抑郁症状明显优于对照组。2组患者均有便秘、恶心、口干、头痛、头晕等不良反应, 对照组的不良反应程度较重, 2组同期TESS评分比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍较单用盐酸帕罗西汀疗效显著, 起效快, 副作用较小。

[收稿日期] 2013-05-01

[作者简介] 廖美容(1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 脑血管病的中医药防治。

[关键词] 躯体形式疼痛障碍; 当归四逆汤; 中西医结合疗法

[中图分类号] R749.92

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2013) 12-0075-03

躯体形式疼痛障碍患者由于躯体各种不适症状及疼痛,反复就诊于各医院,给患者造成严重精神以及经济负担。目前治疗躯体形式疼痛障碍多采用5-羟色胺再摄取抑制剂,由于其不良反应较多,许多患者服药依从性差,容易停药。为探讨针对躯体形式疼痛障碍更有效的治疗方法,笔者采用当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010~2012年在本院住院及门诊确诊为躯体形式疼痛障碍的98例患者为研究对象,随机分为治疗组51例及对照组47例。治疗组男20例,女31例;年龄23~60岁,平均(31.45±11.20)岁;平均病程(1.2±0.51)年。对照组男18例,女29例;年龄21~59岁,平均(32.12±12.15)岁;平均病程(1.3±0.58)年。2组性别、年龄、病程等经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《CCMD3中国精神障碍分类与诊断标准》^[1]中躯体形式疼痛障碍的诊断标准;病程小于6月;汉密顿焦虑量表(HAMA)评分>14分,汉密顿抑郁量表(HAMD)评分>18分^[2]。

1.3 排除标准 严重器质性疾病及躯体疾病;妊娠、哺乳期妇女;药物依赖或精神疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服盐酸帕罗西汀片,每次20mg,每天1次,疗程8周。

2.2 治疗组 口服盐酸帕罗西汀片,每次20mg,每天1次。同时口服当归四逆汤,处方:干姜、通草各10g,当归15g,川芎、桂枝、白芍各12g,细辛3g,甘草8g,大枣8枚。每天1剂,水煎早晚各服1次,每次100mL。疗程8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前与治疗第4、8周采用疼痛量表(SF-MPQ)、HAMD、HAMA量表评价临床疗效,副反应量表(TESS)评价不良反应。

3.2 统计学方法 用SPSS13.0统计软件行 t 检验、

χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗效评定标准参照文献^[3]:完全缓解:疼痛完全消失,SF-MPQ减分率 $\geq 95\%$;明显缓解:70% $<$ SF-MPQ减分率 $< 95\%$;轻度缓解:SF-MPQ减分率35%~70%;无效:SF-MPQ减分率 $< 35\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组完全缓解率为35.29%,对照组为17.02%,2组间比较,差异有显著性意义($\chi^2=4.19, P<0.05$);治疗组总有效率为86.27%,对照组总有效率为68.09%,2组比较,差异有显著性意义($\chi^2=4.64, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	完全缓解	完全缓解率(%)	明显缓解	轻度缓解	无效	总有效率(%)
治疗组	51	18	35.29 ^①	17	9	7	86.27 ^①
对照组	47	8	17.02	12	12	15	68.09

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组SF-MPQ评分比较 见表2。2组SF-MPQ评分治疗后与治疗前比较均明显改善($P<0.05$),且治疗4、8周末SF-MPQ评分治疗组明显低于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

表2 2组SF-MPQ评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗4周末	治疗8周末
治疗组	51	27.65±6.42	15.75±3.12 ^{①②}	11.05±2.43 ^{①②}
对照组	47	28.33±6.51	19.03±3.98 ^①	15.81±3.63 ^①

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P<0.05$

4.4 2组HAMD及HAMA评分比较 见表3。治疗4周、8周末,2组HAMA评分、HAMD评分均较治疗前下降,差异均有显著性意义($P<0.05$),提示2组患者焦虑抑郁症状均较治疗前改善。同期治疗组的HAMA评分、HAMD评分均低于对照组($P<0.05$),提示治疗组改善焦虑抑郁症状明显优于对照组。

4.5 2组TESS评分比较 见表4。2组患者有便秘、恶心、口干、头痛、头晕等不良反应,对照组的不良

反应程度较重, 2 组同期 TESS 评分比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2 组 HAMD 及 HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前		治疗 4 周末		治疗 8 周末	
		HAMA	HAMD	HAMA	HAMD	HAMA	HAMD
治疗组	51	21.79 ± 3.44	26.16 ± 5.85	17.55 ± 3.32 ^{①②}	18.07 ± 5.50 ^{①②}	14.01 ± 2.51 ^{①②}	15.13 ± 6.04 ^{①②}
对照组	47	22.14 ± 3.02	27.08 ± 5.12	18.97 ± 3.58 ^①	21.89 ± 7.98 ^①	15.90 ± 3.87 ^①	17.88 ± 8.54 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表4 2 组 TESS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗 4 周末	治疗 8 周末
治疗组	51	5.28 ± 2.10 ^①	4.11 ± 3.06 ^①
对照组	47	6.75 ± 4.02	5.85 ± 4.35

与对照组同期比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

躯体形式疼痛障碍是一种不能用生理过程或躯体障碍予以合理解释的持续、严重的疼痛, 是一种主观感觉和情感体验^[4]。临床主要表现为身体各部位的持久性疼痛, 这些躯体症状包括慢性的关节痛, 四肢痛, 背痛, 胃肠不适, 疲乏无力, 睡眠障碍, 心理行为的改变和食欲改变。5-羟色胺水平下降与感觉/疼痛阈值的降低有一定关联, 帕罗西汀是一种选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂, 能选择性抑制突触前膜对 5-羟色胺的再摄取, 导致突触间隙 5-羟色胺积聚, 提高突触间隙 5-羟色胺浓度, 从而增强 5-羟色胺传递效能, 缓解患者焦虑抑郁, 有效治疗躯体形式障碍^[5-7]。

《素问·举痛论》曰: “经脉流行不止, 环周不休, 寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛。” “寒气客于脉外则脉寒, 脉寒则缩蜷, 缩蜷则脉绌急, 绌急则外引小络, 故卒然而痛, 得炅则痛止; 因重中于寒, 则痛久矣。” “寒气稽留, 灵气从上, 则脉充大而血气乱, 故痛甚不可按也。” 疼痛可由寒凝、热郁、气滞、血瘀等所致, 但深究其源, 则以寒为首, 因寒为阴邪, 主凝滞, 主收引, 伤阳气, 可致脏腑或经络气血凝滞, 筋脉拘挛, 脉道不利, 不通则痛^[8]。当归四逆汤温阳与散寒并用, 养血与通脉兼施, 温而不燥, 补而不滞^[9], 主治阳气不足, 阴血亦弱, 外受寒邪, 伤于经络, 血脉不利所致诸症。方中当归入肝经, 补血和血, 为温补肝经要药。桂枝温通经脉, 助阳化气, 散寒止痛, 细辛味辛性温, 外温经脉, 内温脏

腑, 通达表里, 以散寒邪, 可助桂枝温经散寒, 芍药专入肝脾, 柔肝止痛, 助当归补益营血, 共为臣药。通草通经脉, 以畅血行, 甘草、大枣益气健脾; 干姜辛、热, 归脾、胃、肾、心、肺经, 温中散寒, 回阳通脉; 川芎辛散温通, 既能活血, 又能行气, 为“血中气药”。

本研究显示, 当归四逆汤加味联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍疗效明显, 不良反应少, 安全性高, 利于患者接受, 增加依从性, 可减轻躯体形式疼痛障碍患者的痛苦, 为其提供了一种有效的治疗方法。

[参考文献]

- [1] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 112-113.
- [2] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 227.
- [3] 张海生, 谢健, 张顺泉. 西汀联合天麻素治疗持续性躯体形式疼痛障碍临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(2): 97-98.
- [4] 沈渔邨. 精神病学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 477-478.
- [5] 马丽霞, 邱亚锋. 帕罗西汀治疗持续的躯体形式疼痛障碍的疗效观察[J]. 健康心理学杂志, 2004, 12(2): 143-144.
- [6] 任清涛, 李广, 马秀青. 内科门诊躯体形式障碍的临床特征和治疗研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2001, 9(4): 284-285.
- [7] 刘小兵, 樊爱珍, 王志忠, 等. 帕罗西汀联合电针经络氧治疗躯体形式障碍的疗效观察[J]. 精神医学杂志, 2009, 22(3): 161-162.
- [8] 吴洁. 《金匱要略》温经止痛方药运用特点浅析[J]. 国医论坛, 2006, 21(5): 1-3.
- [9] 李培生. 伤寒论讲义[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1996: 281.

(编辑: 骆欢欢)