

功能性腹痛中西医诊疗进展与策略

郭宇^{1,2} 苏晓兰² 魏玮²

(1. 北京中医药大学东直门医院,北京 100700; 2. 中国中医科学院望京医院,北京 100102)

摘要: 功能性腹痛综合征是一种主要由中枢神经系统介导、与精神心理因素关系密切、在一定程度上影响日常活动能力的功能性胃肠病。临床诊断以罗马 III 为标准,西医治疗以构建良好的医患关系为核心、以中枢神经系统的神经调节为主要靶点,尚缺乏特异性的诊疗方案。目前强调在西医诊断明确的基础上,对该病进行多维度的临床资料剖析,结合中医辨证论治及外治疗法的特色与优势,同时重视患者的心理干预,对该病进行综合治疗,以期能有效改善患者症状、提升生活质量。

关键词: 功能性腹痛; 中医药; 诊疗进展; 功能性胃肠病

中图分类号: R256.33

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2016)05-1077-04

Diagnosis and Treatment Progress of Chinese and Western Medicine in Functional Abdominal Pain Syndrome

GUO Yu^{1,2} SU Xiaolan² WEI Wei²

(1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

2. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China)

Abstract: Functional abdominal pain syndrome (FAPS) is a kind of functional gastrointestinal disease which is mainly mediated by the central nervous system, closely related to mental factors and to a certain extent, affecting the ability of the daily activities. On the basis of Rome III as the clinical diagnosis, treatments of FAPS focus on a good doctor-patient relationship as the core and the neural regulation of the central nervous system as the main targets. However, there is still lack of specificity of diagnosis and treatment plan. By far, on the basis of clear diagnosis and multi-dimensional clinical profile, combining the features and advantages of TCM syndrome differentiation and external therapy, the comprehensive treatment of the disease that attaches great importance to the patients' psychological intervention at the same time aims at improving symptoms and quality of life effectively.

Key words: functional abdominal pain syndrome; traditional Chinese medicine; diagnosis and treatment progress; functional gastrointestinal disease

功能性腹痛综合征 (functional abdominal pain syndrome, FAPS) 又称慢性特发性腹痛或慢性功能性腹痛,是以腹痛经常反复发作,甚至呈持续性或近乎持续性发生,伴随有一定程度的日常活动能力减退,而与肠道功能紊乱无关或基本无关的一种综合征^[1]。疼痛为持续发作、基本持续或频繁发作。功能性腹痛与其他功能性胃肠病 (functional gastrointestinal disorders, FGIDs), 如功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD)、肠易激综合征 (irritable bowel

syndrome, IBS) 等不同之处在于功能性腹痛的症状发作与进食或排便无关^[2]。

功能性腹痛缺乏特异性诊断方法,临床重视程度不足,导致目前对功能性腹痛的发病率尚未完全清晰。北美地区报道的发病率为 0.5%~1.7%,女性更为常见 (男女比例为 1:1.5)^[3-4]。在我国,目前仅见该病在海军官兵中患病率的相关报导,患病率达 4.44%,患病高峰在 36~45 岁,与国外报道的 40 岁为发病高峰相吻合^[5]。

1 西医诊疗进展

1.1 发病机制

功能性腹痛病因复杂,与胃肠功能紊乱关系小,可能由多种因素影响中枢神经系统对胃肠道正常生理功能的调控,从而使肠道产生感觉异常而发生疼痛^[6-7]。

功能性腹痛疼痛特征为呈持续性、与生理行为无关,低剂量三环类抗抑郁药 (TCA) 能够缓解症状,提示中枢性神经病可能是该病发生的病理生理学机制。同时,该病常见的共病精神疾患 (焦虑、抑郁或躯体化障

收稿日期: 2016-01-21

基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (81273746); 国家自然科学基金青年基金项目 (81403389)

作者简介: 郭宇 (1987-), 女, 北京人, 博士研究生, 研究方向: 中西医结合防治脾胃病。

通讯作者: 魏玮 (1963-), 男, 山西人, 教授、主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药防治脾胃病的临床与实验研究。

E-mail: sxxyty@sina.com。

碍)及慢性疼痛多发于抑郁症患者,提示中枢神经系统在疼痛调控中的重要作用。此外,周围神经系统对激发或维持慢性疼痛也有一定作用,下传性疼痛调节系统(阿片能、5-羟色胺能及去甲肾上腺能通路)起源于特殊脑干区域,调节脊髓兴奋性。目前推测各种不同的慢性疼痛症状,可能与内源性疼痛抑制系统异常、下行抑制系统及抑制系统的失衡相关。

功能性腹痛与多种精神或心理疾患存在密切关系。遗传因素、脆弱性格及应激事件在一定程度上影响内源性疼痛调节系统,从而导致该病的发生、发展。临床研究显示,童年的不良生活事件及一些心理社会应激因素,增加功能性胃肠病患者疼痛症状的发生率。同时,功能性腹痛患者与正常人群对照研究显示,慢性腹痛与焦虑抑郁相关,特异性焦虑较普通焦虑对疼痛有更直接的影响。

1.2 临床表现

该病临床表现为腹痛呈持续性或反复发作,不受生理活动(如进食、排便等)影响,有些患者病史可追溯到儿童时期。腹痛定位模糊,无固定压痛点,患者常用手掌而非手指在腹部划出一片疼痛区域。

功能性腹痛患者多存在精神心理及性格异常,表现为患者描述疼痛症状时往往带有强烈的感情色彩;患者反复就诊的重点是让医生查明“疾病”,而非缓解疼痛;患者对疾病一直处于高度关注状态;患者多忽略或否认心理因素在本病中的作用,分散其注意力可减轻疼痛症状,但诱导患者关注疾病,则腹痛加重。

1.3 诊断

罗马 III 诊断标准:必须满足下述所有项目:①持续或基本持续腹痛;②与生理行为(进食、排便或月经)无关或偶然相关;③日常活动能力部分丧失;④疼痛不是伪装的(例如:诈病);⑤不符合可能解释疼痛的其他功能性胃肠病诊断标准。诊断前发病至少6个月,症状至少近3个月满足以上标准。

目前诊断功能性腹痛除出现预警症状(如无法解释的体重下降、腹部包块、血便、厌食)外,不建议常规行除外器质性病变的诊断性测试。若体检无阳性体征,则无须进行进一步诊断性检查。具体流程如图1所示^[8]。

2015年1月罗马委员会针对功能性胃肠病的诊疗方案提出“多维度临床资料剖析”(multi-dimensional clinical profile, MDPCP)^[9],即针对功能性胃肠病的疾病状态进行多

组评估,从而将获取的临床信息用于治疗计划的制定。MDPCP 分别从五个维度对疾病状态进行描述与评估:①功能性胃肠病的罗马 III 诊断分型;②提示更多针对性治疗的相关诊断亚型的附加信息,如肠易激综合征的腹泻型与便秘型,功能性消化不良的餐后不适综合征与上腹痛综合征;③身体不适对患者个人生活的影响;④社会心理影响;⑤生理异常或生物标志物。通过标准化及细化的患者信息的采集,将系统性的充分完善临床资料,从而制定针对患者个人的个性化治疗方案,提高临床疗效。

此外,在鉴别诊断中,一方面需注意与其他功能性胃肠病相鉴别^[11],如腹痛合并排便习惯的改变,则需考虑肠易激综合征;另一方面还需与器质性疾病(如急腹症、肠道早期肿瘤、肠道憩室、肠系膜血管栓塞等)所致腹痛相鉴别^[10],应重点关注患者腹痛发病时间的长短、描述语言是否明确、疼痛部位是否精确及闭眼、听诊器试验或 Carnett 征是否为阳性等。

1.4 治疗

目前由于功能性腹痛缺少严格设计的临床试验的循证医学证据,因而治疗的根本在于基于良好医患关系的综合治疗^[11]。具体可包括:①良好的医患关系,包括同情患者、教育患者及交流治疗方案等内容;②制定治疗目标,帮助患者树立信心,使患者做好接受治疗的准备;③药物治疗,主要是对症用药或针对中枢疼痛机制的用药或治疗,包括抗抑郁药、抗焦虑药、抗精神病药及心理治疗,其中抗抑郁药为药物治疗的基础,主要包括三环类抗抑郁药(TCA)、选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI),心理治疗可包含认知-行为治疗、催眠疗法、应激治疗等;④联合治疗,如两种针对中枢神经系统治疗的联合(抗抑郁药+抗焦虑药、抗抑郁药+抗精神病药、抗抑郁药+心理治疗),中枢与周围神经系统治疗的联合(抗抑郁药或心理治疗+胆碱能受体拮抗剂);⑤其他疗法,包括补充治疗及替代治疗,如脊椎推拿术、按摩、针灸、穴位埋线等治疗。

2 中医诊疗进展

功能性腹痛属于中医学“腹痛”范畴。对于该病的认识可追溯到《内经》时期,正如《素问·举痛论》中所述“寒气客于肠胃,厥逆上出,故痛而呕也”。

2.1 病因病机

本病多因外感时邪、饮食失节、情志内伤、素体亏虚致

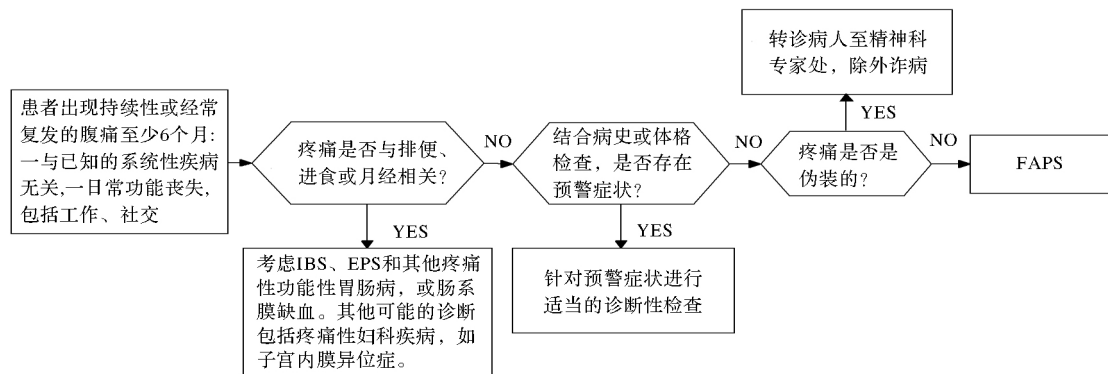


图1 FAPS 诊断流程示意图

气机不利,经脉失养而成痛。正是所谓“不通则痛”、“不荣则痛”。本病病位在脾(胃)、大小肠,发病与肝、肾有关,肺失宣降与本病发病亦相关。本病多病程迁延、反复发作,因而多为本虚标实之证。各病因之间常相互关联,或相兼为病。如寒邪客久,郁而化热,可致郁热内结;气滞作痛,血行不畅,可成瘀血内阻;至于寒热并见、虚实夹杂、气滞血瘀者,亦属常见。因此应当详审见症,明辨其因。

2.2 辨证论治

参照2010年中华中医药学会脾胃病分会编著的《常见脾胃病(消化病)中医诊疗共识意见》,主要依据疼痛性质及发病规律,功能性腹痛一病可分为寒邪内阻、饮食积滞、湿热壅滞、气滞血瘀、肝脾不和、中虚脏寒、阴虚失养、寒热错杂八个证型^[12]。

2.2.1 寒邪内阻证 (1)主症:①腹痛急发,得温痛减,遇冷更甚,按之则舒;②口不渴,大便或溏;③苔白腻,脉沉紧。次症:①手足不温,小便清长。(2)治法:温里散寒,理气止痛。(3)主方:桂枝去芍药加附子汤(《伤寒论》)合良附丸(《良方集腋》)。(4)具体药物:桂枝、生姜、大枣、炙甘草、制附子、高良姜、香附。

2.2.2 饮食积滞证 (1)主症:①脘腹胀痛,按之更甚,嗳腐吞酸,恶闻食味;②或痛而欲泻,泻后痛减;便下黏液脓血;③舌质红,苔厚腻。次症:①口干口苦,口臭;②脉滑。(2)治法:消食导滞,和中止痛。(3)主方:保和丸(《丹溪心法》)加减。(4)具体药物:神曲、茯苓、山楂、莱菔子、陈皮、半夏、连翘。

2.2.3 湿热壅滞证 (1)主症:①腹部胀痛,痞满拒按,胸闷不舒;②烦渴引饮,大便便秘,或溏滞不爽。次症:①身热自汗,小便短赤;②舌质红,苔黄腻;③脉滑数。(2)治法:清热化湿,和中止痛。(3)主方:自拟胃病3号方。(4)具体药物:黄连、黄芩、陈皮、法夏、茯苓、白术、薏苡仁、炙甘草、莪术、仙鹤草、茜草、浙贝。

2.2.4 气滞血瘀证 (1)主症:①脘腹疼痛,走窜不定;②或刺痛不移,按之更甚;③舌质紫黯,苔薄,脉象弦细或涩。次症:①遇怒加重。(2)治法:疏肝理气,活血化瘀。(3)主方:四逆散(《伤寒论》)合丹参饮(《时方歌括》)加减。(4)具体药物:柴胡、白芍、枳壳、炙甘草、丹参、檀香、砂仁。

2.2.5 肝脾不和证 (1)主症:①情绪抑郁或焦虑不安;②腹痛常因情志等因素诱发;③脉弦或弦细。次症:①暖气肠鸣,食少腹胀;②大便溏结不调;③舌质淡红,苔薄白。(2)治法:疏肝理气,健脾和中。(3)主方:归芍六君子汤(《笔花医镜》)加减。(4)具体药物:当归、白芍、姜半夏、陈皮、红参、白术、茯苓、炙甘草、吴茱萸、乌梅。

2.2.6 中虚脏寒证 (1)主症:①腹痛绵绵,时作时止;②喜热恶冷,痛时喜按;③舌质淡,苔薄白,脉沉细。次症:①饥饿劳累后加重,得食休息后减轻;②神疲乏力,气短懒言,形寒肢冷,胃纳不佳;③面色无华,大便溏薄。(2)治法:温中补虚,缓急止痛。(3)主方:黄芪建中汤(《伤寒论》)加减。(4)具体药物:黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草、饴糖、草豆蔻、茯苓。

2.2.7 阴虚失养证 (1)主症:①腹痛隐作,灼热不适;②喜冷恶热,痛时喜按;③舌红少津。次症:①嘈杂似饥,食少

口干;②大便干燥,虚坐努责;③骨蒸潮热、盗汗心烦,口燥咽干;④脉细数。(2)治法:滋阴益肾,柔肝止痛。(3)主方:一贯煎(《柳州医话》)合丹参饮(《时方歌括》)加减。(4)具体药物:生地、沙参、麦冬、当归、枸杞子、川楝子、丹参、砂仁、檀香、白芍、黄精。

2.2.8 寒热错杂证 (1)主症:①腹痛绵绵;②形寒肢冷;③脘腹灼热,烦渴。次症:①不思饮食;②腰膝酸软;③舌质红,或舌淡胖,苔薄黄或无苔;④脉弦,或沉细。(2)治法:平调寒热,缓急止痛。(3)主方:半夏泻心汤(《伤寒论》)合芍药甘草汤(《伤寒论》)加减。(4)具体药物:清半夏、干姜、黄芩、黄连、太子参、白芍、炙甘草、生姜、大枣。

2.3 其他疗法

中医外治法历史悠久、方法众多,逐渐受到临床重视。目前在我国,经临床研究证实,中药结合针灸疗法、穴位埋线结合按摩手法对于功能性腹痛的临床症状具有良好的改善作用^[13-14]。在国外相关综述文献中,亦推荐采用针灸、穴位埋线等替代疗法治疗该病^[1]。此外,临床治疗亦可应用音乐疗法^[15],即依据中医五行理论,通过聆听特定调式的乐音以达到调和脏腑、经络、气血及调节身心的作用,以改善患者的腹痛症状甚或焦虑、抑郁状态。

3 中西医整合策略

功能性腹痛是一种主要由中枢神经系统主导、与精神心理因素关系密切、在一定程度上影响日常活动能力的功能性胃肠病^[16]。目前临床主要采用罗马III诊断标准,随着MDCP的提出,功能性胃肠病的临床诊断逐渐趋向多维度、综合分析,为个体化诊疗方案的制定奠定了基础。同时,MDCP亦突出强调了精神心理因素与功能性胃肠病的密切联系,并对临床治疗产生指导性意义。一方面,目前西医诊疗策略强调以构建良好的医患关系为核心,包括对患者的关注、患者教育程度、评估病情、解释与确诊、交流治疗方案、对于时间与努力建立合理的限制等。另一方面,治疗手段以中枢神经系统的神经调节为主要靶点,包括精神药物、行为研究、补充治疗等。然而,目前功能性腹痛相关高级别的循证医学证据尚缺乏,相关诊疗策略主要参照其他功能性胃肠病而效仿,尚缺乏特异性的诊疗方案。

功能性腹痛属于中医“腹痛”范畴,对其认识已久。本病多因外感时邪、饮食失节、情志内伤、素体亏虚致气机不利、经脉失养而成痛。根据临床症状,将该病分为八个证型,对其进行辨证论治,并结合中医外治法,如针灸、按摩、穴位埋线等疗法,临床取得一定疗效^[17]。目前建议在西医诊断明确的基础上,结合中医治疗优势,在辨证论治理论指导下,结合中医特色疗法,对该病进行综合性治疗^[18]。其中,综合性治疗即可包括内服西药与中药的结合,又可包含中药结合中医外治法,或西药结合中医外治法,抑或是心理干预结合中药或中医外治法等,目的在于通过整合中西医诊疗思维及治疗方法以期有效缓解患者临床症状。

功能性胃肠病为典型的身心疾病,精神心理因素在发病中占有重要地位,因而在临床辨证论治的过程中,还应重视情志的调畅^[19]。中医以“七情”概括情志变化,即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。《素问·阴阳应象大论》中有记载“人

有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。”七情过极,脏腑气机逆乱,导致阴阳气血失调,故见疾病的发生。同时,情志异常亦与腹痛的发病相关,如《证治汇补·腹痛》曰“暴触怒气、则两胁先痛而后入腹”。因此,在治疗功能性腹痛时应强调调畅情志,重视心理治疗。一方面,临床中治疗过程中重视心理疏导与精神鼓励,使患者重视情绪的自我管理,鼓励患者在日常生活中培养良好兴趣、适当锻炼身体,及时疏导不良情绪。另一方面,临床用药在辨证论治的基础上,强调疏肝解郁药的配伍应用,如可加用玫瑰花、合欢花、绿萼梅等芳香轻清解郁之品,酸枣仁、夜交藤等养血柔肝安神之品,以达调肝行气解郁之功,从而达到身心兼治的目的。

目前,功能性腹痛相关临床研究较少,疗效评价标准不一,而功能性胃肠病由于缺乏结构和生化异常,疗效评价亦存在困境。目前主张通过症状学、满意度、生活质量等多方面,对功能性胃肠病的临床疗效进行综合评价^[20]。基于患者报告结局(Patient Reported Outcomes, PRO)是指患者所能感觉接受新治疗措施后自身健康状况或症状的改变,定位于多重维度的临床疗效测评。目前,中医脾胃系疾病PRO量表(Spleen and Stomach disease PRO scale, SSD-PRO)的制定^[21],为应用该量表评价中医药干预功能性胃肠病的临床疗效提供新的技术手段,提升中医药临床疗效评价的科学性及可行性,为中医药在功能性胃肠病领域内的临床研究提供高级别的循证医学证据奠定基础。

基于中西医目前相关研究进展,对于功能性腹痛的临床诊疗方案,强调在西医诊断明确的基础上,对该病进行多维度的临床资料剖析,结合中医辨证论治及外治疗法的特色与优势,同时重视患者的心理干预,对该病进行综合治疗,以期能有效改善患者症状、提升生活质量。

参考文献

[1] Grover M, Drossman D A. Functional abdominal pain [J]. Current Gastroenterology Reports 2010, 12(5): 391-398.

[2] Drossman D A. Functional abdominal pain syndrome [J]. Clinical Gastroenterology & Hepatology 2004, 130(5): 353-365.

[3] Drossman D A, Li Z, Andruzzi E et al. U. S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. [J]. Digestive Diseases & Sciences, 1993, 38(9): 1569-1580.

[4] Thompson WG, Irvine EJ, Pare P et al. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. [J]. Digestive Diseases & Sciences 2002, 47(1): 225-235.

[5] 闫斌, 崔立红, 彭丽华, 等. 海军官兵功能性腹痛综合征的流行病学调查 [J]. 解放军医学院学报, 2013(6): 547-549.

[6] Farmer A D, Aziz Q. Mechanisms and management of functional abdominal pain [J]. Journal of the Royal Society of Medicine, 2014, 107(9): 347-354.

[7] 刘新光. 消化内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 236-238.

[8] Sperber A D, Drossman D A. Review article: the functional abdominal pain syndrome. [J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2011, 33(5): 514-524.

[9] Rome Foundation. Mutli-Dimensional Clinical Profile (MDCP)

for Functional Gastrointestinal Disorders. [M]. North Carolina: the Rome Foundation 2015: 151-158.

[10] 刘劲松, 侯晓华. 功能性腹痛综合征与罗马 III [J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 741-743.

[11] Grover M, Assman D. Psychotropic agents in functional gastrointestinal disorders [J]. Current Opinion in Pharmacology, 2008, 8(6): 715-723.

[12] 魏玮, 唐艳萍. 消化系统西医难治病种: 中西医结合诊疗方略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 267-288.

[13] 蒙珊, 陈文, 杜艳, 等. 埋线及推拿疗法治疗功能性腹痛综合征临床观察 [J]. 时珍国医国药, 2008, 19(3): 736-737.

[14] 张丛, 曹泽伟. 中西医结合治疗功能性腹痛综合征 55 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(8): 17-18.

[15] 朴鲜琼, 王旭东. 中医五行音乐疗法在临床的应用进展 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(15): 147-148.

[16] 侯渊涛, 方秀才. 功能性腹痛综合征发病机制研究进展 [J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2013, 7(3): 140-141.

[17] 周惠芬, 王玲玲, 衣运玲, 等. 针灸治疗功能性胃肠病的优势 [J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(2): 1-5.

[18] 张声生, 杨静. 中医药治疗功能性胃肠病大有可为 [J]. 世界华人消化杂志, 2007, 15(33): 3457-3461.

[19] 翟兴红, 赵荣莱. 功能性胃肠病的中医诊治思路与策略 [J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(11): 26-27.

[20] 唐旭东, 卞立群, 王凤云, 等. 功能性胃肠病症状重叠现象与中医药治疗思路 [J]. 中医杂志, 2010, 51(3): 271-273.

[21] 刘凤斌, 王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路 [J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(1): 12-14.

二手烟会使幼儿变胖

据美国《尼古丁与烟草研究》杂志刊登的加拿大一項新研究发现, 婴幼儿期父母吸烟的孩子更容易受二手烟的影响, 10 岁的时候更容易变成小胖墩, 其腰围和身体质量指数(BMI) 会比其他孩子更大。

新研究中, 加拿大蒙特利尔大学研究员琳达·帕加尼博士及其同事对 2055 个家庭的父母吸烟等行为对孩子成长及健康情况进行了对比研究。结果发现, 婴幼儿时期吸二手烟的危害与孕期吸烟对孩子的影响一样糟糕。这些置身二手烟环境的孩子到 10 岁的时候, 其身体质量指数比其他孩子高出 0.48 至 0.81 个点。这种影响几乎与母亲怀孕期间吸烟对孩子产生的健康影响相当。帕加尼博士表示, 这一差距看起来不太大, 但是由于发生在儿童发育关键期“肥胖反弹期”, 所以这一差距的影响非同小可。这一时期 BMI 的差距会对日后健康的影响非同小可。这一时期 BMI 的差距会对日后健康产生不良影响。

帕加尼博士表示, 婴幼儿期间吸二手烟与日后儿童期肥胖等健康问题之间存在因果关系有几种解释。其中一种理论认为, 生命早期接触二手烟会影响内分泌失衡和改变大脑丘脑发育关键期神经发育功能, 进而导致身体重要系统发育受到严重影响, 这种影响至少会持续到儿童期中期。