

栀子豉汤治疗抑郁证患者 44 例疗效观察

石景洋^{1*}, 张彦丽¹, 张霄¹, 李贺琦²

(1. 南阳理工学院, 河南 南阳 473004; 2. 张仲景国医医院, 河南 南阳 473004)

[摘要] 目的:通过临床观察评价栀子豉汤对抑郁证的临床作用。方法:采用随机、对照原则,将患者分成栀子豉汤治疗组 44 例剂量,盐酸氟西汀对照组 46 例,15 d 为 1 个疗程,3 个疗程结束后,对患者汉密尔顿(HAMD,24 项)积分、Kupperman(KMI)指数、中医症候积分的变化做统计学处理,评价栀子豉汤治疗抑郁证的临床疗效。结果:在改善某些症状体征方面与盐酸氟西汀疗效相当,在对全身症状的综合改善上优于盐酸氟西汀,副作用比盐酸氟西汀少。结论:本论文为栀子豉汤治疗抑郁证的临床应用可行性提供理论依据。

[关键词] 栀子豉汤; 郁证; 临床观察

[中图分类号] R287.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)18-0316-03

栀子豉汤出自医圣张仲景所著《伤寒论》,由栀子、淡豆豉两味药组成。该方方证明确、配伍精当、药简效宏,历代医家用其治疗“虚烦”、“心中懊憹”等证,多收良效。现代临床应用该方加减治疗抑郁、失眠、心烦等病症,疗效显著。本文通过对 44 例患者的中医症候积分、汉密尔顿(HAMD,24 项)积分、Kupperman(KMI)指数在治疗前后的分值变化作统计学处理,评价栀子豉汤治疗抑郁证的临床疗效,为其治疗郁证找到了理论依据,现总结报告如下。

1 资料

1.1 研究对象 病例来源于张仲景国医医院 2009 年 1 月至 2012 年 1 月的门诊患者,按纳入标准及排除标准,最后纳入试验 104 例,随机分为治疗组 52 例,对照组 52 例;按方案完成 90 例,其中治疗组 44 例,对照组 46 例,剔除和脱落 14 例;男 39 例,女 51 例。统计学无显著差异。

1.2 诊断、纳入及排除标准

1.2.1 中医诊断标准 采用《中医内科学》^[1]诊断标准,结合郁证患者临床常见症状,自制量表,采用中医症状量表记分法,使中医症状客观化、量化,能科学的进行临床试验和研究。①主症:精神抑郁;次症:急躁易怒或善悲易哭、胸胁满闷或胀痛、腰膝酸软、头痛眩晕、疲倦乏力、心悸纳呆、少寐多梦。舌脉:舌质淡或红,苔黄腻或白腻,脉脉弦或兼细、滑、数。以上主症必备,同时具备次症中任意二项以及

舌脉象中任意一项,即可确诊。②舌、脉象:不分级。出现记(+),不出现记(-)。

1.2.2 西医诊断标准 参照中国精神疾病分类与诊断标准第 3 版的诊断标准^[2],CCMD-3 抑郁症诊断标准:以心境低落为主,并至少有下列 4 项(症状):①兴趣丧失,无愉快感;②精力减退或疲劳感;③精神运动性迟滞或激越;④自我评价过低、自责或有内疚感;⑤联想困难或自觉思考能力下降;⑥反复出现想死念头或有自杀、自伤行为;⑦睡眠障碍,如失眠、早醒或睡眠过多;⑧食欲降低或体重明显减轻;⑨性欲减退。结合国际公认的 HAMD 抑郁量表、Kuppermen 评分法等使郁证诊断具体化、量化。

2 方法

2.1 治疗组 以栀子豉汤基本方:栀子 15 g,淡豆豉 15 g。加减:肝气郁结者加柴胡 10 g,香附 10 g,陈皮 15 g,芍药 10 g,甘草 10 g;气郁化火者加柴胡 10 g,丹皮 10 g,郁金 15 g,芍药 10 g,香附 10 g,薄荷 10 g;痰气郁结者加厚朴 15 g,茯苓 15 g,法半夏 10 g,紫苏 10 g,生姜 10 g;心脾两虚者加党参 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,黄芪 20 g,当归 15 g,龙眼肉 10 g,远志 10 g;肾阴虚者加茯苓 15 g,山萸肉 15 g,泽泻 10 g,丹皮 10 g,黄连 10 g,阿胶 10 g;心肾失养者加甘草 10 g,小麦 20 g,大枣 15 g。每天服药 1 剂,15 d 为 1 个疗程,3 个疗程后评价疗效。

2.2 对照组 药物选用盐酸氟西汀胶囊(20 mg/粒,山西仟源制药有限公司)。方法:每日晨起 1 粒。15 d 为 1 个疗程,3 个疗程后统计疗效。

2.3 观察项目 安全性观测①一般体检项目:体温、呼吸、脉搏、血压。②血、尿、大便常规检查。③肝、肾功能。④心电图检查。疗效性观测①观测时

[收稿日期] 20120517(001)

[通讯作者] * 石景洋,副主任医师,副教授,从事中西医结合治疗老年性疾病研究,Tel: 13838730127, E-mail: sjy901512@163.com

点:中医症状量表、HAMD 抑郁量表、KMI 量表治疗前后各记录 1 次。②疗效评价标准:中医证候疗效:按尼莫地平法计算。以疗效指数[疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分)×100%]在治疗前后的评分比较,评价对抑郁症的疗效。显效:疗效指数≥70%;有效:疗效指数≥30%,<70%;无效:疗效指数<30%。

HAMD 抑郁量表、KMI 量表治疗前后评分比较,评价对抑郁症的疗效。显效:为总评分下降≥80%;有效:为总评分下降≥50%而<80%;缓解:为总评分下降≥20%而<50%;无效:为总评分下降<20%。

2.4 观察方式 疗效性指标治疗前及治疗后各记录 1 次。安全性指标治疗前后各记录 1 次。

2.4.1 质量控制 将研究内容设计为病例临床观察表,统一印刷。研究者如实记录观察表内的各项内容,确保内容的真实可靠。

2.4.2 数据管理与分析 病例报告表验收:要严格按方案进行验收工作。对于未按规定治疗,无法判断疗效,或资料不全等影响疗效或安全判断者,予以剔除,剔除病例报告表应详细说明理由。临床资料的统计处理:①数据处理用 SPSS 12.0 进行统计处理;②计数资料用卡方检验;③计量资料用 *t* 检验;④在总疗效、症状、病情与疗效、病程与疗效关系等方面进行统计学处理和评价。统计要求:①治疗前组间均衡性的分析;②两组间疗效统计及显著性检验;③治疗前后指标变化的显著性检验。

3 结果

3.1 两组患者有效率比较 两组总有效率比较经 χ^2 检验差异无统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者有效率比较						例(%)
组别	例数	显效	有效	缓解	无效	总有效率
治疗	44	6(13.3)	19(43.2)	13(29.5)	6(13.3)	(86.7)
对照	46	4(8.7)	16(34.8)	19(41.3)	7(15.2)	(84.8)

3.2 两组患者中医症状评分比较 两组患者治疗前后中医临床症状各条目分值比较显示:两组各因子治疗前后组内比较均有显著性差异($P<0.01$);其中精神抑郁、易怒易哭、腰膝酸软、头痛眩晕、心悸或纳呆、少寐多梦分值比较治疗组明显优于对照组($P<0.01$);胸胁满闷、疲倦乏力分值比较则疗效相当($P>0.05$)。见表 2,3。

3.3 两组患者 HAMD 评分比较 从 ADMI 可以看

出,治疗前与治疗后组内比较有显著差异,组间比较无显著差异。见表 4,5。

表 2 治疗前后中医症状积分比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	治疗前		治疗后		降低值
	例数	症状积分	例数	症状积分	
治疗	52	16.64±5.15	44	7.11±2.38 ¹⁾	9.48±2.80 ²⁾
对照	52	16.52±4.97	46	10.39±2.25 ¹⁾	6.16±2.70

注:降低值=治疗前-治疗结束时;治疗后组内比较¹⁾ $P<0.01$;治疗后组间比较²⁾ $P<0.01$ 。

3.4 两组患者 KMI 量表评分比较 从 KMI 可以看出,治疗前与治疗后组内比较有显著差异,组间比较无显著差异。见表 6,7。

表 3 两组患者治疗前后临床症状评分($\bar{x}\pm s$)				
项目	治疗组($n=44$)		对照组($n=46$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
精神抑郁	3.50±1.28	1.54±1.05 ¹⁾	3.91±1.21	2.33±1.40 ^{1,2)}
易怒易哭	2.02±0.74	0.86±0.59 ¹⁾	2.02±0.72	1.17±0.69 ^{1,2)}
胸胁满闷	1.80±0.81	0.84±0.47 ¹⁾	1.83±0.81	0.89±0.51 ¹⁾
腰膝酸软	1.82±0.74	0.36±0.49 ¹⁾	1.74±0.74	0.80±0.65 ¹⁾
头痛眩晕	1.43±0.91	0.57±0.54 ¹⁾	1.39±0.92	0.98±0.00 ^{1,2)}
疲倦乏力	2.00±0.79	0.93±0.55 ¹⁾	1.96±0.83	0.90±0.56 ¹⁾
心悸或纳呆	1.98±0.80	0.66±0.52 ¹⁾	1.87±0.78	0.39±0.49 ^{1,2)}
少寐多梦	1.75±1.06	0.70±0.50 ¹⁾	1.97±1.10	0.91±0.62 ^{1,2)}

注:治疗后组内比较¹⁾ $P<0.01$;治疗后组间比较²⁾ $P<0.01$ (表 5,7 同)。

表 4 两组患者治疗前后 HAMD 总分比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗	44	26.23±5.63	7.42±2.80 ¹⁾
对照	46	26.51±6.42	8.02±2.08 ¹⁾

注:治疗后组内比较¹⁾ $P<0.01$ (表 6 同)。

表 5 两组患者治疗前后 HAMD 7 项因子分值比较($\bar{x}\pm s$)				
项目	治疗组($n=44$)		对照组($n=46$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
焦虑/躯体化	8.73±1.62	2.31±1.27 ¹⁾	8.98±2.32	2.79±1.25 ^{1,2)}
体重	1.00±0.49	0.38±0.49 ¹⁾	1.04±0.52	0.51±0.50 ^{1,3)}
认知障碍	7.50±1.95	1.75±1.15 ¹⁾	7.81±2.28	1.01±0.22 ^{1,2)}
昼夜变化	1.55±0.57	0.44±0.50 ¹⁾	1.58±0.63	0.53±0.50 ^{1,2)}
阻滞	8.86±2.32	1.84±0.70 ¹⁾	9.21±2.47	2.31±0.97 ^{1,2)}
睡眠障碍	4.92±1.16	1.33±0.49 ¹⁾	4.38±1.32	3.34±0.51 ^{1,2)}
绝望感	7.53±1.93	1.22±0.45 ¹⁾	6.92±1.61	2.51±0.68 ^{1,2)}

表 6 两组患者治疗前后 KMI 量表总评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗	44	28.62 ± 3.48	6.98 ± 1.08 ¹⁾
对照	46	27.83 ± 3.75	7.91 ± 1.19 ¹⁾

表 7 两组患者治疗前后临床症状评分 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组 (<i>n</i> = 44)		对照组 (<i>n</i> = 46)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
潮热出汗	7.39 ± 1.01	2.38 ± 0.67 ¹⁾	7.45 ± 1.25	3.56 ± 0.91 ^{1,2)}
失眠	4.32 ± 0.61	1.17 ± 0.62 ¹⁾	4.26 ± 0.50	1.64 ± 0.43 ^{1,2)}
烦躁	3.53 ± 0.68	1.06 ± 0.46 ¹⁾	3.55 ± 0.73	1.42 ± 0.48 ^{1,2)}
性交困难	3.45 ± 1.23	0.93 ± 0.42 ¹⁾	3.53 ± 1.44	0.91 ± 0.60 ^{1,3)}
心悸	2.49 ± 0.76	0.53 ± 0.50 ¹⁾	2.57 ± 0.76	0.87 ± 0.29 ^{1,2)}
眩晕	2.43 ± 0.50	1.09 ± 0.47 ¹⁾	2.45 ± 0.50	1.49 ± 0.50 ^{1,2)}
腰痛	2.31 ± 0.51	0.98 ± 0.46 ¹⁾	2.52 ± 0.62	1.47 ± 0.50 ^{1,2)}
疲倦乏力	1.57 ± 0.49	0.60 ± 0.49 ¹⁾	1.45 ± 0.50	1.06 ± 0.32 ^{1,2)}
泌尿道感染	1.68 ± 0.57	0.56 ± 0.50 ¹⁾	1.64 ± 0.55	0.70 ± 0.48 ¹⁾
反复阴道炎	1.53 ± 0.50	0.60 ± 0.51 ¹⁾	1.62 ± 0.47	0.57 ± 0.50 ¹⁾

3.5 不良反应观察

治疗前后患者的生命体征、三大常规、肝肾功、心电图检测均未发现因本试验而引起的不良反应。不良反应记录显示:治疗期间,治疗组出现 1 例头晕、1 例恶心反应,给予对症处理后当日即得到缓解;对照组 4 例出现头晕,10 例出现口干、口臭,8 例出现恶心欲吐,6 例出现烦躁,5 例出现便秘,5 例多梦,4 例出现乳房胀痛,治疗期间症状反复,但均可坚持治疗,停药后症状逐渐减轻。其余异常情况没有发生,也没有出现未曾预料到的其他毒副作用。

4 结论

最新调查显示^[3-5]:我国大陆因精神情志而致的抑郁症造成经济负担约为每年 622 亿元人民币,仅次于美国。女性抑郁症的发生率高于男性,约是男性的 1.5~3.0 倍,而围绝经期妇女是抑郁症发生的高发人群^[6-11]。而中医的郁证在临床表现上和西医的抑郁症相当。本研究栀子豉汤和氟西汀疗法治疗郁证患者虽然方法各异,但均可明显改善患者的抑郁状态、焦虑、工作兴趣、睡眠障碍、迟缓、激越、绝望感,对其均具有良好疗效,且能够显著改善郁证

患者的全身症状。但具体对某一症状的改善情况,二者又各有优劣。二者在体重、性交困难、泌尿道感染、反复阴道炎方面疗效相当;但在改善抑郁状态、焦虑、工作兴趣、睡眠障碍、迟缓、激越、绝望感、缓解潮热出汗、烦躁、腰痛、胸胁满闷、头痛眩晕、心悸、纳呆、少寐、多梦等一系列植物神经功能紊乱的症状方面,栀子豉汤对其能起到全方位的综合调节作用,优于氟西汀疗法。栀子豉汤治疗郁证疗效肯定,副作用较少。在目前西药治疗郁证患者副作用较大、胃肠刺激症状明显的情况下,栀子豉汤疗法以其安全、有效、没有不良反应及毒副作用等优点,与氟西汀疗法相比,可以安全有效的应用于临床,具有较大优势和发展潜力。本研究为郁证患者提供了一种较为有效的药物疗法,同时为郁证今后的临床研究开辟了新的思路和方法。

[参考文献]

[1] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:235.

[2] 郝伟. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:183.

[3] 刘恋,朱祖欣. 基诺族抑郁症的流行病学调查[J]. 中国心理卫生杂志,2011,25(7):500.

[4] 蒋重蓉. 艾司西酞普兰治疗老年期抑郁症随机对照研究[J]. 西部医学,2011,23(11):2107.

[5] 邢红英. 老年抑郁症致病的多因素分析[J]. 中医临床研究, 2011,3(5):116.

[6] 来佩利. 妇科疾病诊断标准[S]. 北京:科学出版社, 2001:330.

[7] 钟智勇. 围绝经期抑郁症患者躯体化症状与性激素水平的关系[J]. 中国预防医学杂志, 2011, 12(11):918.

[8] 王剑. 文拉法辛与氟西汀治疗迟滞性抑郁症对照研究[J]. 中国健康心理学杂志,2011,19(12):1409.

[9] 马永春. 中西医结合治疗抑郁症的初步观察[J]. 中医临床研究,2011,3(1):6.

[10] 赵菊,刘亚莉. 围绝经期妇女抑郁症高危因素分析[J]. 中国社会医学杂志,2010,27(10):294.

[11] 金季玲,赵珂,冯秋霞,等. 中药联合心理疏导治疗围绝经期抑郁症临床研究[J]. 新中医, 2011, 47(7):70.

[责任编辑 邹晓翠]