

● 临床报道 ●

疏肝解郁汤联合耳穴压豆
治疗帕金森病合并抑郁症 45 例

马 锋, 朱永钦, 徐敬江

(河南省开封市中医院, 河南 开封, 475001)

〔摘要〕 目的: 观察疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗帕金森病合并抑郁症的临床疗效。方法: 将 90 例帕金森病合并抑郁症患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 45 例, 治疗组采用疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗, 对照组口服盐酸帕罗西汀片治疗。比较 2 组治疗前后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分、帕金森病生存质量问卷 (PDQ) 评分和帕金森病评定量表 (UPDRS) 评分以及综合疗效。结果: 总有效率治疗组为 91.11%, 对照组为 77.78%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组 HAMD、PSQI、PDQ 评分及精神行为、日常活动、运动功能和运动并发症评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗帕金森病合并抑郁症疗效显著, 值得临床应用。

〔关键词〕 帕金森病; 抑郁症; 疏肝解郁汤; 耳穴压豆

〔中图分类号〕 R277.725, R277.794 **〔文献标识码〕** A

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.016

帕金森病 (parkinson disease, PD) 是以运动迟缓、静止性震颤、肌肉僵硬及姿势步态障碍的运动症状, 以及认知情绪障碍、睡眠障碍、二便异常、疼痛和疲劳等非运动症状为主要临床表现的一种常见中老年神经系统退行性疾病。随着人口老龄化步伐的加快, PD 的发病率逐年升高, 我国 65 岁以上人群总患病率为 1700/10 万^[1], 给家庭和社会带来沉重负担。抑郁症是 PD 患者常见的并发症, 严重影响患者的生活质量。笔者采用疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗 PD 合并抑郁症 45 例, 取得了满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 8 月至 2017 年 8 月于我院老年病科就诊的 PD 合并抑郁症患者 90 例, 按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组, 每组各 45 例。治疗组中, 男 21 例, 女 24 例; 年龄 58 ~ 82 岁, 平均 (62.35 ± 2.74) 岁; 病程 10 个月至 11 年, 平均 (4.27 ± 1.65) 年。对照组中, 男 23 例, 女 22 例; 年龄 59 ~ 83 岁, 平均 (63.18 ± 2.54) 岁; 病程 1 ~ 10 年, 平均 (4.03 ± 1.57) 年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 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《帕金森病抑郁、焦虑

及精神障碍的诊断标准及治疗指南》^[2] 制定。PD 诊断明确, 合并有情绪低落、注意力集中困难、工作和生活兴趣丧失、睡眠障碍、冷漠、悲观、缺乏幽默感、自杀念头、焦虑、敏感等。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3] 制定。主症: 智能减退, 腰膝酸软, 倦怠思卧; 次症: 表情呆板, 思维迟钝, 善惊易怒, 脑转耳鸣, 步履沉重, 幻听, 舌红少苔, 脉细。

1.3 纳入标准 1) 符合上述中西医诊断标准; 2) 性别不限, 年龄 < 85 岁; 3) 无严重心脑血管等重要脏器疾病; 4) 无精神疾病; 5) 患者家属知情同意。

2 治疗方法

2 组均予帕金森病常规治疗。

2.1 治疗组 在常规治疗基础上采用疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗。疏肝解郁汤药物组成: 柴胡 20g, 当归 12g, 白芍 15g, 香附 12g, 木香 6g, 茯苓 15g, 白术 15g, 薄荷 4g, 熟地黄 15g, 陈皮 15g, 牡丹皮 12g, 酸枣仁 30g, 合欢皮 15g, 炙甘草 6g。每天 1 剂, 水煎至 400ml, 早晚温服。耳穴压豆取穴: 神门、交感、内分泌、心、肝、肾、脑、脾、神经衰弱点。用乙醇对耳廓进行消毒后, 将王不留行籽胶布贴于相应穴位, 加压至患者有酸胀疼痛感, 嘱患者家属每天自行按压 5 ~ 6 次, 每次持续约 20s, 每次选择单侧耳廓进行耳穴贴压, 每天更换一侧耳廓进

行操作。

2.2 对照组 在常规治疗基础上加服盐酸帕罗西汀片治疗。盐酸帕罗西汀片(浙江华海药业股份有限公司,批准文号:国药准字 H20031106,规格:20mg/片),每次 20mg,每天 1 次,早餐时顿服。

2 组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前后采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对2组患者的抑郁程度进行评定;采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对患者睡眠情况进行评定;采用帕金森病生存质量问卷(PDQ)评分及帕金森病评定量表(UPDRS)对患者的精神行为、情绪等情况进行评价。参照《中药新药临床研究指导原则》^[3],根据无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分的方法,于治疗前后对2组中医证候进行评分,计算证候积分减少率。证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定。临床治愈:症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少≥95%;显效:症状、体征明显改善,中医证候积分减少≥70%、但<95%;有效:症状、体征均有好转,中医证候积分减少≥30%、但<70%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少<30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 91.11%,对照组为 77.78%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]					
组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效
治疗组	45	0	18(40.00)	23(51.11)	4(8.89)
对照组	45	0	6(13.33)	29(64.45)	10(22.22)

注:与对照组比较,^a $P<0.01$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 HAMD、PSQI 和 PDQ 评分比较 治疗组 HAMD、PSQI 和 PDQ 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

3.4.3 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较 2 组精神行为、日常活动、运动功能和运动并发症评分治疗

前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 2 2 组治疗前后 HAMD、PSQI 和 PDQ 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	时间节点	HAMD	PSQI	PDQ
治疗组	45	治疗前	27.35±6.43	15.28±2.84	72.46±9.75
		治疗后	8.52±3.04 ^{ab}	4.36±2.13 ^{ab}	59.07±8.15 ^{ab}
对照组	45	治疗前	26.97±6.12	15.42±2.77	73.58±9.82
		治疗后	16.08±5.03 ^a	10.36±2.28 ^a	67.73±8.34 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后 UPDRS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	时间节点	精神行为	日常活动	运动功能
治疗组	45	治疗前	3.15±1.74	13.56±9.73	36.68±10.39
		治疗后	1.58±0.93 ^{ab}	6.24±4.17 ^{ab}	17.21±8.43 ^{ab}
对照组	45	治疗前	3.31±1.87	12.96±9.54	37.14±10.62
		治疗后	2.27±1.03 ^a	10.12±7.33 ^a	21.37±9.01 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

相关研究显示,PD 合并抑郁症的发生与社会心理因素、性激素水平、血清肾素-血管紧张素系统水平、受教育水平、年龄和长期服用治疗 PD 的药物等因素有关^[4-6]。目前西医治疗本病主要以药物为主,但长期服用毒副作用大、费用高。随着临床研究的开展,中医药以其独特的优势治疗本病取得了显著疗效。

PD 合并抑郁症归属于中医学“郁证”范畴。《古今医统大全·郁证门》记载:“郁有七情不舒,遂成郁结,既郁之久,变病多端”,认为郁证主要因七情所伤,情志不遂,或者郁怒伤肝,导致肝气郁结而为病。故其治疗应以疏肝解郁、理气和中为主要原则。疏肝解郁汤是在逍遥散基础上加味而成,方中柴胡疏肝解郁,使肝气得以条达,为君药。香附、木香、陈皮疏肝解郁,增加君药之力;当归、熟地黄养血和血;白芍养血敛阴、柔肝缓急,共为臣药。白术、茯苓健脾益气;薄荷疏散郁遏之气,透达肝经郁热;牡丹皮清热凉血;酸枣仁、合欢皮安神助眠,共为佐药。甘草调和诸药,为使药。耳穴压豆通过刺激神门、交感、内分泌、心、肝、肾、脑、脾、神经衰弱点等穴位,调整脑部功能,激发脑部皮质神经系统以达治疗目的。

本观察结果表明,疏肝解郁汤联合耳穴压豆治疗 PD 合并抑郁症疗效显著,值得临床推广应用。

熄风定痫汤治疗卒中后迟发型癫痫40例临床观察

龚翠兰

(湖南省常德市第一中医院, 湖南 常德, 415000)

[摘要] 目的:观察熄风定痫汤治疗卒中后迟发型癫痫风痰闭阻证的临床疗效。方法:选择卒中后迟发型癫痫风痰闭阻证患者75例,将其随机分为治疗组40例和对照组35例。对照组给予卡马西平治疗,治疗组在对照组治疗的基础上给予熄风定痫汤治疗。2组疗程均为6个月,比较2组综合疗效、癫痫发作频率以及认知功能评分。结果:总有效率治疗组为92.50%,对照组为74.29%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组癫痫发作频率均较治疗前显著降低、MoCA评分均较治疗前显著升高,且治疗组均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:熄风定痫汤可有效提高卒中后迟发型癫痫风痰闭阻证疗效,减少癫痫发作频率,并改善患者认知功能,值得临床推广。

[关键词] 卒中后迟发型癫痫;风痰闭阻证;中西医结合疗法;熄风定痫汤

[中图分类号] R277.73, R277.721 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.017

卒中后癫痫又称为脑血管病后癫痫,是指癫痫发生在脑血管意外之后,并且由脑血管病变所引发。卒中后癫痫根据癫痫的发病时间又被分为早期发作和晚期发作,晚期发作者称为迟发型癫痫,是脑血管病变发生2周以上出现的癫痫。近年来,随着卒中中发病率的不断增加,卒中后癫痫的发病率也随之升高^[1]。由于抗癫痫药物毒副作用大,患者依从性较差,目前越来越多的学者主张采取中西医结合的治疗方式,从而达到减毒增效、缩短疗程的治疗目的^[2]。笔者采用熄风定痫汤治疗卒中后迟发型癫痫风痰闭阻证40例,收效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2015年2月至2017年12月我院收治的卒中后迟发型癫痫风痰闭阻证患者75例。按照患者就诊先后顺序分为治疗组40例,对照组35例。治疗组中,男28例,女12例;年龄55~76岁,平均 (64.57 ± 5.05) 岁。对照组中,男

26例,女9例;年龄54~74岁,平均 (63.95 ± 4.52) 岁。2组一般资料比较,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 符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中动脉粥样硬化性脑梗死诊断标准,同时符合《临床诊疗指南癫痫病分册(2015修订版)》^[4]中癫痫诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]拟定风痰闭阻证辨证标准。发病前多有眩晕,头晕,头痛,痛有定处,胸闷,乏力,痰多,舌质暗红或有瘀斑,舌苔滑腻,脉弦滑或弦涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)卒中前无癫痫病史;3)卒中发作2周以上癫痫发作;4)未服用抗癫痫药物。

1.4 排除标准 1)合并精神疾病;2)合并严重基础性疾病;3)合并脑外伤、脑先天性异常、脑寄生虫病等疾病。

作者简介: 龚翠兰,女,副主任医师,研究方向:中医药治疗脑血管疾病

参考文献

- [1] 中华医学神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会. 中国帕金森病的诊断标准(2016版)[S]. 中华神经科杂志, 2016, 49(4): 268-271.
- [2] 中华医学神经病学分会神经心理学与行为神经病学组帕金森病及运动障碍学组,中华医学神经病学分会帕金森病及运动障碍学组. 帕金森病抑郁、焦虑及精神病性障碍的诊断标准及治疗指南[S]. 中华神经科杂志, 2013, 46(1): 56-61.

- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 97-100.
- [4] 王舜,毛善平,腊琼,等. 帕金森病伴发抑郁和焦虑及其相关因素研究[J]. 海南医学, 2017, 28(1): 50-51.
- [5] 冯耀耀,张长国,陈静,等. 血清肾素-血管紧张素系统与帕金森病抑郁症状的相关性[J]. 浙江医学, 2018, 40(8): 878-879.
- [6] 任宁,朱虹,胡静仪,等. 性激素水平与帕金森病患者抑郁和焦虑症状的相关分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(4): 266-267.

(收稿日期:2018-10-16)