

中药解忧灵配合阿米替林治疗抑郁症 62 例临床观察

闫孔亚^{*} 王世纪^{*} 孙建中^{*}

摘要 目的:观察解忧灵提高阿米替林的抗抑郁作用,减少阿米替林的不良反应。方法:采用双盲对照研究方法将 126 例住院患者随机分为 2 组,一组用阿米替林合并解忧灵(治疗组),另一组用阿米替林与安慰剂(对照组),治疗 8 周。结果:治疗组治疗后抑郁量表平均减分率显著高于对照组;治疗组治疗结束时临床总体印象量表严重度显著低于对照组;治疗组不良反应量表治疗后增分显著低于对照组。治疗组的疗效指数显著高于对照组。结论:中药制剂解忧灵与阿米替林合用可以显著增强抗抑郁疗效,而且能减少经典抗抑郁药物的不良反应。

主题词 抑郁症;中西医结合疗法;④ 解忧灵

抑郁症是常见的疾病,目前抗抑郁药物在疗效上有着局限性,并有不良反应^[1]。本研究应用解忧灵与经典抗抑郁药物阿米替林合用,采用双盲对照法观察其是否有增强抗抑郁疗效和减少不良反应的作用。

1 临床资料

病例选择:(1)符合 CCMD-Ⅱ-R 中抑郁症诊断标准。(2)汉密顿抑郁量表总分 ≥ 20 。(3)排除严重躯体疾病和阿米替林治疗禁忌(严重心律失常、心功能衰竭、闭角性青光眼、前列腺肥大等)。符合入选标准病例共 126 例,随机分为两组,治疗组 62 例,对照组 64 例;男性 57 例,女性 69 例;年龄 18~66 岁,平均 32.62 ± 12.29 岁;总病程 1 个月~45 年,平均 66.28 ± 74.66 个月,本次病程 3.47 ± 1.70 个月(1 个月~3 年)。两组性别、年龄、病程比较差异均无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗及观察方法

两组均给予阿米替林口服,剂量由临床医生根据病情在每日 75~300mg 间调整,分次口服。采用双盲法对照研究,两组分别给予中药制剂解忧灵(治疗组)或安慰剂(对照组),两药制成外形大小、颜色完全一致的丸剂,标为甲乙,研究者不知哪种是解忧灵或安慰剂,研究结束时由中心药房开盲。解忧灵为中成药丸剂,由中药厂提供成药水蜜丸,作用缓和,具有补益作用,用量少,携带方便,无毒副作用,同时又适用于慢性和虚弱性抑郁症患者。安慰剂为与解忧灵感官效应接近的无药理活性物质,由上述药厂提供。剂量每日

20g,分次口服,总疗程为 8 周,治疗过程中不得兼用任何其他药物及心理治疗。于药物治疗前和治疗过程中第 2、4、6、8 周末分别采用汉密顿抑郁量表、抗抑郁剂的不良反应量表以及临床总体印象量表,进行疗效与不良反应评分^[2]。以汉密顿抑郁量表总分治疗结束时的减分率作为主要统计指标,减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分。以临床总体印象的严重程度、临床进步评分以及疗效指数作为次要疗效指标。采用 *Ridit* 分析 *t*、*u* 检验及因子分析进行统计学处理。

3 治疗结果

3.1 两组治疗过程中汉密顿抑郁量表减分率变化比较:将两组 8 周治疗结束时的减分率相比,发现治疗组治疗后减分率显著高于对照组(见表 1),显示解忧灵能够提高阿米替林抗抑郁疗效。若以治疗后汉密顿抑郁量表总分下降到 10 分以下作为临床显效的判断指标,则两组的显效率分别为治疗组 85%(51/60),对照组 73.44%(47/64),两组差异有显著性($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗后临床总体印象量表得分对比:采用 *Mann-Whitney* 检验(成组资料的非参数检验序列)法对比治疗组与对照组治疗前临床总体印象量表严重度,评分无显著差异($P > 0.05$),而在治疗第 2 周后治疗组患者的严重度评分均值已显著低于对照组。到治疗结束时两组的严重度评分值存在显著差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),见表 2。

采用 *Mann-Whitney* 检验法对治疗过程中临床总体印象量表的临床进步评分进行统计发现,治疗第 2 周时治疗组患者的临床进步评分均值已显著低于对照组,而且差异至研究结束时依然存在,见表 3。

3.3 治疗过程中两组疗效指数的比较:计算两组治疗过程中临床总体印象量表疗效指数经统计分析发现,治疗第 2 周末时治疗组患者临床疗效指数均显著高于对照组,而且此种差异到治疗结束时仍存在,见表 4。

3.4 治疗过程中两组患者不良反应评分比较:采用 Asberg 抗抑郁药物不良反应量表治疗后得分与治疗前得分的差值(治疗后得分-基线分)作为患者采用药物治疗过程中不良反应的主要指标。采用 *Mann-Whitney* 检验法对比两组得分情况,发现治疗组患者治疗后不良反应得分显著低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。而且这种差异在整个 8 周的治疗过程中始终

* 安徽省阜阳市精神病医院中医科,阜阳市文兴路 2 号 (236015)

收稿日期:2001-10-23;修回日期:2002-07-10

表1 两组汉密顿抑郁量表减分率变化比较(%, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第2周	第4周	第6周	第8周
治疗组	62	0.269±0.178*	0.596±0.254*	0.757±0.216*	0.854±0.172*
对照组	64	0.226±0.144	0.469±0.185	0.662±0.196	0.766±0.215

与对照组比较, * $P<0.01$ 表2 两组治疗中临床总体印象量表严重度得分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	第2周	第4周	第6周	第8周
治疗组	62	5.396±0.926	4.321±0.876*	2.875±1.096**	2.106±1.039**	1.472±0.986**
对照组	64	5.326±1.012	4.534±1.106	3.539±0.926	2.577±1.032	1.805±0.912

与对照组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 表3 两组治疗中临床总体印象量表进步评分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第2周	第4周	第6周	第8周
治疗组	62	2.88±0.812*	2.18±0.882*	1.50±0.686*	1.325±0.693*
对照组	64	3.156±0.668	2.462±0.827	1.996±0.926	1.546±0.753

与对照组比较, * $P<0.01$ 表4 两组治疗中临床总体印象量表治疗指数得分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第2周	第4周	第6周	第8周
治疗组	62	1.376±0.682*	1.859±0.877*	2.472±1.101*	2.885±1.082*
对照组	64	1.104±0.671	1.54±0.86	1.854±0.927	2.012±0.876

与对照组比较, * $P<0.01$ 表5 两组治疗中抗抑郁药物不良反应量表得分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第2周	第4周	第6周	第8周
治疗组	62	2.934±3.246*	2.962±3.037*	2.106±2.976**	1.587±2.368**
对照组	64	4.955±5.356	4.507±4.570	3.716±4.027	3.284±3.906

与对照组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

存在,见表5。显著的不良反应有抗胆碱能症状(便秘、排尿困难、口干),心血管症状(头晕、直立性低血压、心悸),神经系统症状(出汗、头痛、睡眠障碍、震颤)。

4 讨论

中医学认为抑郁症属于郁证、癰证的范畴^[3],并把郁证分为6种,主要以气郁为先。《丹溪心法》指出:“郁者,结聚而不得发越也,当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也。”中医认为,思、悲、忧、愁是抑郁症的主要发病因素之一,对于某种消极因素引起的思虑所致的疾病在中医临床上已被高度重视。《灵枢·口问》指出:“悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑皆摇。”这说明情志变化均可导致五脏六腑发病。而抑郁症的发病机制与心、肝、脾三脏有着密切的关系,特别是肝脏,肝主疏泄,疏泄是肝之活动的体现,并非局限于气机调畅而言,它还涉及到人的精神活动。解忧灵是在柴胡疏肝散、逍遥散^[4]基础上加减而成。全方共奏疏肝理气、解郁安神、健脾的功效,使肝郁之气得散,气机运行通畅,心安神宁从而达到治疗抑郁症的目的。根据《临

证指南医案》“郁则气滞”的原则,解忧灵重用柴胡、郁金、枳壳、香附等疏肝理气以泻之。抑郁症患者多反复发作或迁延不愈,继而出现“久病必虚”的症状,我们坚持“虚则补之,实则泻之”原则,针对临床上出现肝郁脾虚症状,方中用当归、白芍、白术、生地黄、神曲、炒麦芽等益气养血健脾药物以补之。对于心烦不眠者采用酸枣仁、茯神、夜交藤等药物以宁心安神。总而言之,理气解郁药多由辛香行气之品为主,具有疏肝解郁的功效。本研究显示,加用解忧灵组患者临床抗抑郁疗效显著高于单独采用阿米替林的对照组患者。

参考文献

- 1 施建安,赵汉青,崔庶. 抗抑郁障碍的药物治疗. 国外医学精神病学分册,1998,25(3):131.
- 2 张明园主编. 精神科评定量表手册. 长沙:湖南科学技术出版社,1993:151-154.
- 3 上海中医学院. 新编内科学. 上海:上海人民出版社,1975:109-112.
- 4 郁觉初,巢因慈主编. 临床实用中成药手册. 江苏:江苏科学技术出版社,1996:91-92.