表现,感染后数日在咽部可检出该病毒。疾病的初期多表现为咽部疼痛,红肿不适,鼻咽部卡他性炎症等上呼吸道感染的症状。该病毒引起的各种疾病如心肌炎、心包炎、无菌性脑膜炎等死亡率都很高,对人群潜在危险大。CV B₃, CV B₅ 在患者的大便、呼吸道分泌物排出的时间很长,传染性强,易造成疾病的流行^[2]。目前特异性的预防和有效的治疗方法和药物还很少,这是临床急待解决的一个问题。中药鼻咽雾化吸入剂是以辛散通窍,解毒利咽立法,采用金银花、牛蒡子、辛夷等中药,经科学方法配制而制成适于鼻咽雾化吸入的中药提取液,具有辛凉疏表,解毒利咽,消肿止痛功效。用其治疗以咽部症状为主的上呼吸道感染 70例,总有效率 95.22%,明显优于西药治疗组^[4]。本实验表明鼻咽雾化吸入剂在体外培养细胞上也有明显的抗 CV B₃, CV B₅ 的作用。这种作用表现为:(1)对 CV B₃, CV B₅ 有直接的抗病毒作用。即鼻咽雾化吸入剂预先和病毒作用,然后再和细胞接触,结果显示细胞没有出现 CPE。这表明鼻咽雾化吸入剂对 CV B₃, CV B₅ 有直接抑制作用,使其不能进入细胞,感染细胞。这就为预防 CV B₃, CV B₅ 的感染提供了一条有效途径。(2)对 CV B₃, CV B₅ 预

先感染细胞,鼻咽雾化吸入剂有明显抗病毒作用。即这组病毒已经和细胞接触,鼻咽雾化吸入剂可使接触细胞的病毒受到明显抑制,使细胞不出现细胞病变。分析其作用机制可能是在细胞感染早期鼻咽雾化吸入剂有直接抑制病毒增殖的作用。这将为预防、治疗 CV B₃, CV B₅ 感染显示出良好的应用前景。

鼻咽雾化吸入剂为纯中药制剂,打破了传统口服给药的方式,采取将药物直接喷射到鼻咽部的方法,具有黏膜吸收快,药中靶位,使用方便等优点,容易被患者接受。这对积极预防和治疗上呼吸道感染,防止多种疾病的进一步发展(如 CV B₃, CV B₅ 所致的心肌炎等)具有很大的应用价值。

致谢:感谢天津医科大学李晓眠教授,张灏老师的指导和帮助!

参考文献:

- [1] 陆德源. 医学微生物学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1996.
- [2] 贺文舜,伍参荣,赵国荣,等. 甘露消毒丹对柯萨奇病毒体外抑制作用的研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 19(12): 737-740.
- [3] 黄桢祥. 医学病毒学基础及实验技术 [M]. 北京:科学出版社, 1990.
- [4] 蒋连泓,胡晓惠,应森林,等. 中药抗病毒雾化吸入剂治疗上呼吸道感染 104例 [J]. 山东中医学院学报, 1996, 20(3): 184-186.

柴胡疏肝散合并氯丙咪嗪治疗抑郁性神经症的临床观察

杨保胜,王大华,吕秀萍,张 玮

(山西省太原精神病医院,山西 太原 030045)

中图分类号: R285.64

文献标识码: B

文章编号: 0253-2670(2001)08-0733-02

抑郁性神经症是以持久的心境低落状态为特征的神经症性障碍,伴有睡眠障碍、躯体不适和焦虑,生活功能不受严重影响,中医属“郁证”范畴。抗抑郁药物治疗有效,但显效率一般在 60%~70% 之间,我们用柴胡疏肝散合并氯丙咪嗪治疗抑郁性神经症并与单独应用氯丙咪嗪做对照观察,取得较好疗效,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象:病例选自我院门诊,符合 CCMD-2-R^[1] 抑郁性神经症诊断标准,排除强迫症、恐怖症、焦虑症及疑病症等伴有抑郁的神经症。入组前 1周

未用抗抑郁药物,无躯体、脑器质性疾病,无酒精及药物滥用史。

1.2 分组:72例随机分为氯丙咪嗪对照组(A组)和柴胡疏肝散合并氯丙咪嗪治疗组(B组)。A组男 20例,女 16例,年龄 20~41岁,平均(32.4±7.8)岁,病程 2~8.2年,平均(3.2±1.15)年。B组男 17例,女 19例,年龄 22~39岁,平均(33.1±7.2)岁,病程 2~8.3年,平均(3.1±1.17)年。两组间病程、年龄、性别差异无显著性($P>0.05$)。

1.3 治疗方法:对照组只用氯丙咪嗪,治疗组在对照组的基础上加用柴胡疏肝散。

柴胡疏肝散处方: 柴胡 12 g, 枳壳 12 g, 香附 10 g, 陈皮 15 g, 白芍 12 g, 川芎 12 g, 甘草 6 g 肝气郁结加郁金 10 g, 青皮 15 g; 气郁化火加黄连 6 g, 龙胆草 15 g; 气滞痰郁加半夏 10 g, 厚朴 10 g, 茯苓 15 g; 忧郁伤神加麦芽 15 g, 茯神 15 g; 心脾两虚加党参 20 g, 茶神 15 g, 当归 20 g, 远志 15 g; 阴虚火旺加熟地 30 g, 山芋 15 g, 黄柏 12 g^[2], 每日一剂, 水煎服, 早晚各 1 次, 连服 4 周。

氯丙咪嗪(天津药物研究院药业有限责任公司生产)两组均从 50 mg/d 开始, 以后每隔 3~4 d 递增至治疗剂量。两组均不用其它抗抑郁药物治疗。睡眠差者服用利眠宁, 心动过速者服用心得安。A 组治疗剂量平均(145.12±366.63) mg/d; B 组治疗剂量平均(122.22±38.24) mg/d

1.4 检查: 入组前做血、尿常规、肝功能、心电图和脑电图检查, 治疗后每 2 周查血常规和心电图各 1 次, 4 周末查尿常规、肝功能和脑电图各 1 次。

1.5 量表评定: 治疗前和治疗后 2 周, 4 周末进行 BDI(BECK 抑郁自评问卷)、HAM-D(汉密尔顿抑郁量表)评定, 4 周末进行 SERS(抗抑郁药副反应量表)评定^[3]。

1.6 疗效评定标准: 治疗结束 BDI 减分率大于 75% 为痊愈, 50%~75% 为显著进步, 25%~50% 为进步, 小于 25% 为无效

2 结果

2.1 BDI、HAM-D 治疗前后比较: 见表 1

表 1 两组 BDI、HAM-D 治疗前后比较

组别	例数	BDI(分)	HAM-D(分)
对照	治疗前	36	12.16±2.00
	治疗后	36	7.17±2.78
治疗	治疗前	36	12.00±2.00
	治疗后	36	5.67±2.02

与对照组比较: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

治疗结束后 BDI 总分 A 组由治疗前 12.16 分下降为 7.17 分, 减分率为 40.2%, B 组由治疗前 12.00 分下降为 5.67 分, 减分率为 52.7%; HAM-D 总分 A 组由治疗前 26.33 分下降为 15.12 分, 减分率 42.6%, B 组由治疗前 26.44 分下降为 11.33 分, 减分率为 57.6%, 两组差异明显, B 组优于 A 组。

2.2 疗效比较: 见表 2

2.3 副反应: 治疗结束后血常规、肝功能、心电

表 2 两组疗效比较

组别	例数	痊愈(例)	显著进步(例)	进步(例)	无效(例)	显效率(%)	有效率(%)
对照	36	7	15	11	3	61.11	91.67
治疗*	36	10	24	2	0	94.44	100

与对照组比较: * $P < 0.05$

图、脑电图检查均在正常范围内。SERS 量表评定两组副反应以出汗、口干、便秘、排尿障碍、视力模糊、震颤为多见。氯丙咪嗪在 75 mg 以下少有副反应, 大于 100 mg 则有出汗、排尿障碍, 大于 150 mg 则有轻度坐卧不安、心烦、震颤等。两组间副反应 B 组临床轻于 A 组, 但差异无显著性。

3 讨论

抑郁性神经症在中医属“郁证”范畴, 郁证的发生是由于情志不舒、肝气郁结逐渐引起五脏气机不和所致。《素问·六元正纪大论篇》指出“木郁达之”, 故郁证总的治则为疏通气机。柴胡疏肝散方中柴胡、枳壳、香附疏肝行气解郁, 陈皮理气和中, 白芍、川芎、甘草活血止痛^[2]。氯丙咪嗪选择性抑制神经元对去甲肾上腺素 5 羟色胺的再摄取, 血清浓度与治疗效果呈正相关, 是目前常用的抗抑郁药物^[4]。本研究表明经过氯丙咪嗪治疗 4 周后, BDI、HAM-D 总分明显下降, 4 周末减分率在 40% 以上, 说明效果较好, 但疗程较长。在氯丙咪嗪治疗的基础上合并柴胡疏肝散可取得更好的效果: (1) 柴胡疏肝散疏肝理气解郁, 合并使用后两者起协同作用, 提高氯丙咪嗪的作用效果。(2) 合并用药可减少氯丙咪嗪治疗剂量, 从而相对减少临床副反应。另外患者对中药较易接受, 服药依从性好, 有利于心理的自我调适, 促进躯体症状改善。本研究治疗效果 A 组显效率 61.11%, 有效率 91.67%, B 组分别为 94.44% 和 100%; B 组疗效优于 A 组, 所以临床上治疗抑郁性神经症在使用氯丙咪嗪的基础上合并中药柴胡疏肝散加味可更好地提高疗效。

参考文献:

- [1] 中华医学会精神科分会. 中国精神疾病分类方案与诊断标准 (CCMD-2-R) [M]. 南京: 东南大学出版社, 1995.
- [2] 张伯臾. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985.
- [3] 张明园. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993.
- [4] 耿德勤, 胡彩云. 氯丙咪嗪血浓度与抑郁症疗效的关系 [J]. 临床精神医学杂志, 1995, 5(5): 261-263.

欢 迎 投 稿 欢 迎 订 阅