

速度约为 5 cm/h,进餐后 4~5 h 可进入盲肠,24 h 后排出。正常人结肠传输时间<72h,STC 患者的结肠传输时间>72h,或更长时间,没有便意感或未能排便。促进肠蠕动是治疗的关键。穴位埋线疗法的机理是依靠刺激穴位引发经络的调节作用,从而改变人体内分泌及体内的神经体液平衡,是一个有效的治疗 STC 的方法。与我们以往的经验相比,多穴位、多疗程组合埋线可以强化其治疗作用,特别是增加了足三里穴后效果明显。结果提示:穴位埋线法治疗便秘是一种简便易行的,融多种疗法、多种效应于一体的复合性治疗方法,便于在基层使用。该疗法治疗便秘的临床疗效颇令人满意。本研究中只进行了一个疗程的临床观察,如增加疗程并增加羊肠线的刺激强度可能有助于进一步提高疗效。

(收稿:2005-04-22 修回:2005-07-16)

解郁丸合并多虑平治疗抑郁症 45 例

山东省淄博市第五人民医院(山东 255100)  
祝 强 邢双红 祝英禄 孙梦月

我院自 2003 年开始应用解郁丸合并多虑平治疗抑郁症共 45 例,取得较好疗效,现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 抑郁症诊断根据中华医学会精神病学分会制定的《中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)》(济南:山东科学技术出版社,2001:35—48)抑郁症诊断的症状及程度标准。入选条件符合CCMD-3 抑郁症中单、双相抑郁不包括 31.6 和 32.3 的 5 个类型,性别与种族不限;住院与门诊病例不限;无严重器质性疾病;无严重语言或听力障碍;无智力发育迟滞;汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17 项评定分值大于 17 分;症状标准、程度标准和病程标准均符合入选要求者为研究对象。

2 临床资料 本组 90 例均为我院住院或门诊患者,其中住院患者 36 例,门诊患者 54 例。按就诊先后顺序分为两组,治疗组 45 例,男 22 例,女 23 例,年龄 15~67 岁,平均(56.34±18.40)岁,病程 3 周~7 年。对照组 45 例,男 21 例,女 24 例;年龄 14~68 岁,平均(55.20±17.50)岁;病程 3 周~6.5 年。

3 治疗方法 治疗组服用解郁丸(郑州豫密药业股份有限公司生产,组成为白芍、柴胡、当归、郁金、茯苓、百合、合欢皮、甘草、小麦、大枣,每克 15 丸)每次 4g(60 粒),每天 3 次口服;多虑平口服起始剂量 50mg/d,最高 225mg/d;对照组单独服用多虑平起始剂量

50mg/d,最高 225mg/d。  
4 统计学方法 采用 *t* 检验。  
结 果

1 疗效评定标准 治疗前及治疗后 4、8 周进行抑郁自评量表(SDS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及治疗时出现的症状量表(TESS)评定。以 HAMD 为评分标准判定疗效,积分<7 分,临床症状消失或明显改善为显效,积分 7~20 分,临床症状部分改善为有效;积分>20 分,临床症状大部分无缓解为无效。

2 两组总疗效比较 治疗组 45 例中显效 28 例,有效 13 例,无效 4 例,总有效率 91.1%;对照组 45 例中显效 10 例,有效 20 例,无效 15 例,总有效率 66.7%,两组总有效比较,差异有显著性(*P*<0.05)。

3 两组治疗前后 SDS、HAMD 评分比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后 SDS、HAMD 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 | 例数 | 时间     | SDS        | HAMD      |
|----|----|--------|------------|-----------|
| 治疗 | 45 | 治疗前    | 42.0±7.9   | 35.1±6.3  |
|    |    | 治疗 4 周 | 33.5±6.4   | 25.2±4.1  |
|    |    | 治疗 8 周 | 13.5±7.8*△ | 8.9±6.3*△ |
| 对照 | 45 | 治疗前    | 54.1±10.5  | 36.1±7.1  |
|    |    | 治疗 4 周 | 42.0±7.1   | 28.0±4.9  |
|    |    | 治疗 8 周 | 18.2±7.1*  | 16.8±8.0* |

注:与本组治疗前比较,\**P*<0.01;与对照组同期比较,△*P*<0.01

4 不良反应 从 TESS 量表评定结果看,治疗组每周末评定总分均低于对照组,其差异有显著性,其中 2、4、8 周末神经系统及植物神经系统症状评分明显低于对照组,统计学处理有显著性差异。

讨 论 抑郁症是以显著而持久的情感或心境改变为主要特征的一组精神疾病。临床上是以情感低落、兴趣丧失、思维迟缓、意志活动减退和躯体症状为主,伴有相应的认知和行为改变,可有精神病性症状,大多数患者有反复发作倾向,部分患者可有残留症状或转为慢性(郝伟.精神病学.北京:人民卫生出版社,2001:107—110)。随着社会的高速发展和生活节奏加快,各种应激原不断增加,使抑郁症发病率逐年上升,且发病年龄呈下降趋势,给家庭和社会造成了很大的影响和负担。

中医学虽然没有抑郁症的病名,但对郁病早有论述。中医学认为,情志内伤是郁病的致病原因。但情志因素是否造成郁病,除与精神刺激的强度及持续时间长短有关之外,也与机体本身状况有极为密切的关系。郁病的病机主要为肝失疏泄,脾失健运,心失所养及脏腑阴阳气血失调。所以临床证候表现早期多以肝郁气滞为主,症状较轻,汉密尔顿抑郁量表计分值较低

[湖南中医学院学报 2003;23(4):32—34],以精神症状为主,随着病情的发展和病程的延长,体现出“久病必虚”、“久病必瘀”的病理特点,躯体症状逐渐明显,汉密尔顿抑郁量表计分值增加。而解郁丸具有疏肝解郁,健脾活血化瘀,养血安神之功效,用于肝郁兼有纳差,形体消瘦,面色萎黄等脾虚症状的郁病,而且也可用于肝郁兼有瘀阻,咽有梗阻,舌苔腻等痰浊阻滞症状的郁症,以及心悸、健忘、少寐多梦等心血虚症状的郁证。

(收稿:2005-05-19 修回:2005-07-18)

## 中西医结合治疗肿瘤化疗后 自汗盗汗 96 例

四川大学华西医院肿瘤中心生物治疗科(成都 610041)

袁志平 邹才华 杜小波 姜 愚 罗 锋

我们采用玉屏风散合牡蛎散加减治疗肿瘤患者化疗后自汗和盗汗,收到较好疗效,现报道如下。

**临床资料** 选择 2003 年 9 月—2005 年 5 月住院及门诊接受化疗后自汗盗汗患者 138 例,按照随机分配原则将患者分为:治疗组 96 例,男 68 例,女 28 例;年龄 22~81 岁;病程 1 个月~6.5 年。其中肺癌 35 例,大肠癌 12 例,肝癌 9 例,食道癌 10 例,淋巴瘤 9 例,乳腺癌 9 例,其他恶性肿瘤 12 例;对照组 42 例,男 27 例,女 15 例;年龄 21~78 岁;病程 1 个月~5 年。其中肺癌 12 例,大肠癌 6 例,肝癌 4 例,食道癌 5 例,淋巴瘤 5 例,乳腺癌 4 例,其他恶性肿瘤 6 例。根据出汗程度将病情分为:轻、中、重度。轻度:汗出比平常增多,但汗出不湿衣。中度:头颈部汗出较少,背部汗出湿衣;重度:全身汗湿透衣。两组病种分布相似,经统计学处理,两组无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**治疗方法** 对照组仅行常规对症治疗,包括疼痛者用三阶梯止痛法;白细胞 $\leq 2 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞 $\leq 1 \times 10^9/L$ 者给予重组人粒巨细胞聚落刺激因子(rhGM-CSF)皮下注射;白蛋白 $< 30g/L$ 者给予人体白蛋白输注;电解质紊乱者给予积极纠正。治疗组除常规对症治疗外,在发现自汗盗汗的当天起即每天服用玉屏风散合牡蛎散加减 1 剂,煎 2 次(由我院制剂室制备),水煎成汁约 150ml,温服;1 周为 1 个疗程,连服 1~2 周,平均服用中药为 $(1.5 \pm 0.5)$ 个疗程。玉屏风散合牡蛎散加减治疗组成如下:黄芪 30g 白术 30g 防风 10g 煅牡蛎 30g 麻黄根 30g 浮小麦 30g,在治疗

上根据病情加减,适当添加收涩敛汗的药物(如煅龙骨 30g,仙鹤草 15g,五倍子 15g,诃子 10g)以截断汗出;选用养阴生津之品(如麦冬 15g,石斛 15g,生地 15g,花粉 15g)等,生津亦可止汗,津回则汗自止;汗出过多则易损伤心血,而致心悸、头晕、失眠等,加当归 15g、白芍 15g、酸枣仁 15g、茯神 15g 补养心血,以顾护汗出之源;兼气虚甚者加党参 20g、黄精 20g 益气固摄;潮热甚者加秦艽 30g、银柴胡 10g、白薇 10g 清退虚热;兼阳虚者加附子 10g(先煎)温阳敛汗;脾虚者给予健脾,夹湿者给予除湿等辨证加减用药。

**统计学方法:**统计分析用 SPSS 12.0,两组疗效观察,生活质量评价,病种分布比较用  $\chi^2$  检验。

**结 果** (1)疗效评价标准:痊愈:不论出汗程度级别,经治疗后汗止;好转:经治疗后出汗程度级别由原来的级别降低 1 级;无效:经治疗后出汗程度无改善或加重。治疗 2 周评价疗效。(2)两组疗效比较:治疗组 96 例痊愈 52 例(54%),好转 42 例(44%),无效 2 例(2%),有效率 98%;62 例在治疗后 3~5 天出汗明显减少;25 例在 6~9 天症状改善;7 例 10~14 天症状改善。对照组 42 例,痊愈 5 例(12%),好转 13 例(31%),无效 24 例(57%),有效率 43%;2 例 3~5 天症状改善;7 例 6~9 天症状改善;9 例 10~14 天症状改善。两组疗效比较,差异有显著性( $P<0.01$ )。

**讨 论** 化疗是目前治疗恶性肿瘤的主要手段之一。化疗药物为攻伐之品,在杀灭肿瘤细胞同时,极易损伤人体的正气,导致体内脏腑功能失调或损害。化疗后患者骨髓抑制出现白细胞减少,血小板下降等现象时,常伴有恶心、呕吐、纳呆、腹胀、神疲乏力、头晕、四肢酸软等症状,部分患者还出现自汗盗汗。因此,化疗药物所致的汗症多属中医的“气虚、阳虚、血虚、阴虚”等虚证范畴,但在辨证上,不应拘泥于教材所云“自汗多属气虚、阳虚,盗汗多属阴虚”等,而应根据事实来辨证。玉屏风散以黄芪为君药,配白术益气固表。加少量防风固表之中逾于疏散,祛风亦可加强固表之功;牡蛎散以牡蛎为君药,集诸止汗药于一方,兼顾益气固表,敛阴潜阳,收涩止汗,而以固涩为主,为收敛止汗的代表方剂,适用于体虚卫外不固,又复心阳不潜而致的自汗、盗汗。两方合用,可起到益气固表,敛阴潜阳,收涩止汗之效。综上所述,运用玉屏风散合牡蛎散加减联合西医对症治疗化疗后自汗盗汗,疗效确切,是临床可行的治疗措施。

(收稿:2005-06-03 修回:2005-08-01)