

· 病例报告 ·

扶正疏肝法治疗乳腺癌广泛性焦虑障碍患者 1 例

张玉人 林洪生

广泛性焦虑障碍 (general anxiety disorder, GAD)^[1], 系泛化且持续的焦虑, 不局限于特定外部环境, 主要临床表现为经常性精神紧张、发抖、肌肉紧张、出汗、口干、头重脚轻、心悸、头痛头晕、上腹部不适, 多见于女性, 常与应激相关。其病程不定, 易反复发作或成为慢性迁延难愈。GAD 为焦虑谱系障碍中常见的表现形式, 发病率较高^[2], 以经常性或持续存在的焦虑为主要临床相, 并包括精神性焦虑, 躯体性焦虑, 自主神经功能紊乱, 或与他病共病——最常见为抑郁障碍。

近年来, 临床中发现恶性肿瘤患者常伴有焦虑障碍或抑郁障碍, 尤多见于乳腺癌^[3,4]。Kang JI 等^[4]在韩国全国注册数据分析研究中发现, 在 42 190 例乳腺癌患者中, 同时伴随精神疾病者为 6 536 例, 占 15.49%, 其中以焦虑障碍为主 (2 518 例), 而焦虑障碍发病率约为 27.08% (每千人每年)。Yang YL 等^[5]在荟萃分析中显示, 中国成人癌症患者中焦虑障碍的发病率约为 49.69% ($P < 0.01$), 抑郁障碍约为 54.90% ($P < 0.01$)。焦虑症等神经症性障碍严重影响患者生活质量, 甚至促进肿瘤疾病进展, 带给患者极大的身心痛苦, 成为肿瘤领域越来越关注的临床问题。本临床观察通过对乳腺癌患者 GAD 行中西医结合治疗并随访研究, 以探索临床有效治疗方法。

1 病例资料 患者田某, 女, 48 岁, 知识分子, 右乳腺癌改良根治术后 10 年, 曾于 2012 年 1 月在北京协和医院诊断为 GAD (具体诊断方法不详), 随即开始服用草酸艾司西酞普兰 (10 mg/次, 每日 1 次), 治疗 1 年余焦虑障碍症状未见好转。肿瘤疾病方面, 2013 年 01 月新发现左乳 1.2 cm × 1.5 cm 结节, 经穿刺示左乳腺原位癌, 病理诊断为浸润性导管癌 (I 期), T1cN0M0, Her-2(-), ER(+), PR(+). 2 月行左乳改良根治术, 术后因化疗药物过敏而未行辅助化疗; 4 月开始口服“来曲唑片”内分泌治疗 (弗隆, 瑞士诺华制药公司, 2.5 mg/次, 每日 1 次), 目前尚未停

药。

患者主要临床表现为: 经常性焦虑, 无明显诱因的紧张不安, 与活动不相关的全身乏力, 心悸, 多汗, 口干口苦, 双手及双下肢发抖, 时有恶心, 胃痛, 入睡困难, 时有腹泻。为求中西医结合治疗乳腺癌合并 GAD, 于 2013 年 3—9 月在广安门医院肿瘤科林洪生主任门诊就诊。

2 治疗及随访情况

2.1 首诊 (2013-03-21) 首诊患者主要临床表现为: 精神不振, 经常性焦虑, 无明确对象的紧张不安, 全身乏力, 心悸, 多汗, 口干口苦, 双手及双下肢发抖, 时有恶心, 胃痛, 入睡困难, 眠中易醒, 时有腹泻, 脉弦数, 舌淡红, 苔黄。患者焦虑、口干、多汗、乏力、睡眠障碍及手足颤抖等主症已出现 1 年余, 而评价其最近 1 周症状的焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 标准分数为 61.25 分, 抑郁自评量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS) 标准分数为 63.75 分, 参照中国精神障碍分类与诊断标准第三版 (CCMD-3)^[6]关于 GAD 诊断标准, 判断该患者符合 GAD 焦虑障碍范围, 并伴有抑郁。

西药处方: 草酸艾司西酞普兰片 10 mg/次, 每日 1 次; 来曲唑片 2.5 mg/次, 每日 1 次。

辨证分型: 肝郁化火, 正虚毒结;

中医治法: 疏肝解郁, 清热解毒。

中药处方: 炒柴胡 6 g 香附 10 g 佛手 10 g 白芍 10 g 炒栀子 10 g 合欢皮 10 g 柏子仁 12 g 红景天 15 g 怀牛膝 10 g 芡实 10 g 枳壳 10 g 薤白 12 g 金荞麦 15 g 白英 10 g 预知子 10 g 露蜂房 6 g 炙甘草 10 g。

本方旨在疏肝解郁, 行气降火, 清热解毒散结。患者情志不遂日久, 又遇乳腺癌复发, 术后本正气不足, 但急则治其标, 故首诊以疏肝解郁为主, 兼以清热解毒。方中柴胡、香附、佛手疏肝解郁, 理气和中, 行气止痛, 以图缓解焦虑、抑郁症状, 配合栀子泻火除烦; 白芍养血敛阴止汗, 并防柴胡劫肝阴; 合欢皮、柏子仁解郁养心安神; 红景天益气健脾, 牛膝补益肝肾, 芡实健脾益肾止泻, 扶助正气; 薤白、枳壳行气宽中, 消胀止痛, 配合炙甘草补益心气, 缓解心悸; 预知子疏肝健脾, 配

作者单位: 中国中医科学院广安门医院肿瘤科 (北京 100053)

通讯作者: 林洪生, Tel: 010-88001192, E-mail: drlinhongsheng@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.03.0376

合金荞麦、白英、露蜂房清热解毒、消痈散结,防治肿瘤转移复发。诸药相配,一方面以扶正解毒法为治疗乳腺癌的基本治则,另一方面以扶正疏肝、兼以降火安神治疗焦虑,通过辨证论治,立足整体调节内环境。

2.2 二诊(2013-05-16) 患者本次就诊症见:精神好转,胃脘疼痛、恶心、口苦好转;焦虑、紧张症状减轻;乏力、心悸、发抖缓解;皮肤瘙痒,仍易汗出、口干、入睡困难及易醒,心烦、情绪低落;无腹泻,舌淡红苔薄黄,脉沉细。患者近1周 SAS 标准分数为 57.50 分,SDS 标准分数为 58.75 分,依据患者主症仍属于焦虑障碍范围,并伴有抑郁,但两表标准分数分别下降,表明该阶段 GAD 及抑郁表现临床症状缓解。

西药处方、辨证分型及中医治法同前。二诊中方剂去佛手、预知子,加郁金行气止痛、解郁清心,延胡索行气止痛,夜交藤安神通络,龙葵清热解毒,天冬、麦冬养阴清火安神,地肤子清热止痒,减轻来曲唑片对于皮肤的不良反应。

2.3 三诊(2013-07-30) 患者自诉焦虑、紧张及情绪低落的精神症状明显减轻,精神良好;胃脘疼痛不适、恶心、心悸症状进一步好转;无口苦,稍有口干;仍有乏力、自汗、发抖及入睡困难,但较前已有缓解,畏风,皮肤瘙痒,舌淡红苔薄白,脉沉细。SAS 标准分数为 50 分,SDS 标准分数为 51 分,分数继续下降,接近正常临界值,焦虑及抑郁程度大大减轻,抑郁障碍获正常值范围。

三诊西药处方同前,中医辨证分型:气阴两虚,肝郁毒结;

中医治法:益气疏肝,解毒散结。

中药处方:生黄芪 15 g 焦白术 10 g 防风 10 g 薤白 12 g 白豆蔻 6 g 白芍 10 g 芡实 10 g 天麦冬各 10 g 茯苓 20 g 合欢皮 10 g 红景天 12 g 柏子仁 12 g 露蜂房 6 g 预知子 15 g 金荞麦 15 g 土茯苓 15 g 地肤子 12 g。

本次就诊,患者焦虑、抑郁症状好转,由于术后正虚未复,本方以益气固表为主,健脾养阴,兼以解毒散结。方中玉屏风散益气固表止汗;红景天、茯苓、芡实扶正健脾,天麦冬养阴生津、益胃清心;合欢皮、柏子仁解郁养心安神,豆蔻行气温中,防清热解毒药物寒凉伤胃;薤白行气消胀止痛;白芍平抑肝阳,柔肝、止汗;预知子疏肝健脾,配合露蜂房、金荞麦、土茯苓解毒散结;地肤子清热利湿止痒。诸药相配,共达益气疏肝、解毒散结之功。

2.4 四诊(2013-09-24) 患者9月复查结果显示:(1)肿瘤标记物,CEA(-),CA125(-),

CA199(-),CA153(-);(2)乳腺 B 超示:未见明显异常;(3)胸部 CT 示:未见明显异常。淋巴结(-)。与首诊基线无明显差异,各项指标未见明显异常。本次就诊患者自诉焦虑、紧张明显减轻,精神状态佳,未见恶心、胃脘不适;食欲改善,自汗畏风、乏力、入睡困难明显缓解,无发抖及皮肤瘙痒,舌淡红苔薄白,脉沉细。SAS 标准分数为 35 分,SDS 标准分数为 41 分,均为正常范围,表明患者该阶段已脱离 GAD 范围,焦虑障碍临床表现明显缓解。

西药处方、辨证分型及治法同前,方药根据上方稍有加减,巩固疗效。

4 次诊疗均在辨病与辨证相结合基础上辨证论治、随证加减,以改善症状,巩固疗效。

3 检测指标结果分析

3.1 GAD 主要症状改善情况(图 1,表 1) GAD 精神及躯体症状在中西医结合治疗过程中明显好转,其中精神不振、情绪低落、口苦、心悸、发抖、恶心、胃痛及腹泻症状消失;焦虑、紧张不安、多汗、口干显著缓解;全身乏力及入睡困难明显减轻,各临床表现均见显著改善。

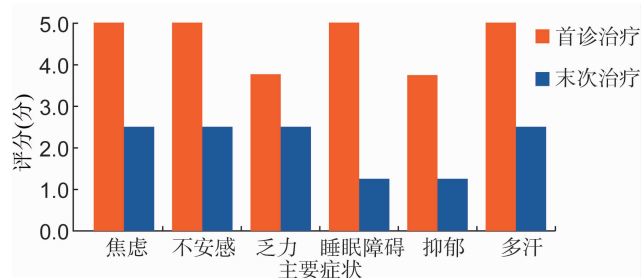


图 1 GAD 主要症状改善情况

表 1 GAD 主要症状评分 (分)

时间	焦虑	不安感	乏力	睡眠障碍	抑郁	多汗
首次治疗	5.00	5.00	3.75	5.00	3.75	5.00
末次治疗	2.50	2.50	2.50	1.25	1.25	2.50

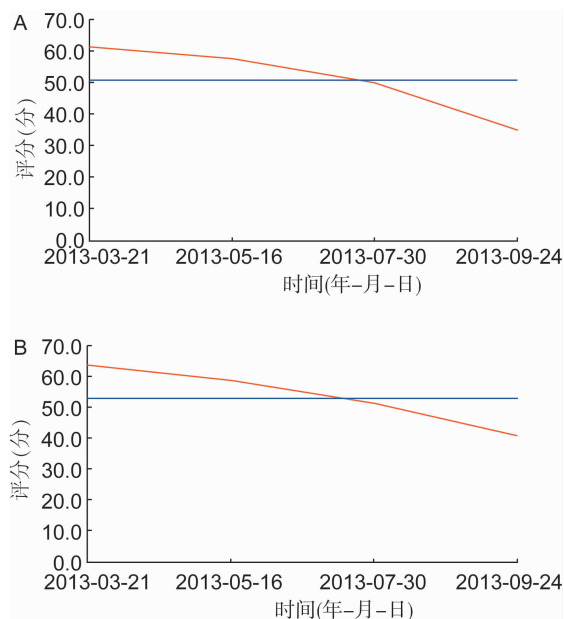
3.2 SAS、SDS 量表评价结果(表 2,图 2) 在 4 次治疗中,以首诊为基线,两项量表标准分均显著下降。

表 2 SAS、SDS 量表评分 (分)

量表	2013/3/21	2013/5/16	2013/7/30	2013/9/24
SAS	61.25	57.50	50.00	35.00
SDS	63.75	58.75	51.25	41.25

讨 论

该临床观察在单纯西药抗焦虑治疗未见明显改善



注:A 为 SAS;B 为 SDS;SAS 与 SDS 量表标准分正常范围临界值分别为 50 及 53 分(图中以蓝线标明)

图2 SAS 自评量表随访结果

的前提下,中医药扶正疏肝法治疗获得了显著疗效。评价方法通过 SAS 及 SDS 量表进行焦虑障碍及抑郁临床表现的程度量化,由于两表均为患者对自身症状的四级自评量表,故评价结果相对可靠。

GAD 属焦虑障碍范畴,病程迁延难愈,易反复发作^[7],尽管该阶段患者精神及躯体症状明显缓解,但应明确的是,患者应遵从精神科医嘱继服抗焦虑、抑郁药物,配合中医药治疗,防止复发。

中医学脏腑理论中肝与情志关系最为密切,情志失调易致肝失疏泄,使气血难以调达,促使心神失养而发病。GAD 在中医学范畴中属于情志不遂日久所致的肝郁化火证,该证型治疗以疏肝为根本大法,在疏肝的基础上,加以行气降火。肝气郁滞,则木郁克土,脾虚困惫,运化失职,渐致气血亏虚;肝郁日久化火,炼烁阴液,又渐致气阴两虚,因而出现疲劳乏力,多汗,口干口苦,发抖,胃脘不适,失眠等表现,需标本兼顾,辨证论治。又因患者围手术期,气血失调,宜扶正为前提,包括益气、养阴、健脾益肾;而肝郁化火,又进一步促进情志焦虑,因此,扶正疏肝法是本例乳腺癌患者 GAD 的基本治疗原则。

该患者患有 GAD 1 年余,虽行抗焦虑、抑郁治疗,但未行针对乏力、自汗、口干、肢体发抖等躯体症状相关治疗,而林洪生教授以扶正疏肝法进行中药治疗以来,既往焦虑紧张,情绪低落,全身乏力,睡眠障碍,多汗,口干口苦,肢体抖动,心悸等典型症状明显改善。

因此中医药扶正疏肝法对于缓解焦虑障碍的精神症状及伴随的躯体症状,通过本病例可谓收效甚佳,显著提高了患者生活质量。

另一方面,林洪生教授通过配合清热解毒散结法,在改善 GAD 的基础上,注意术后不能行辅助化疗者的肿瘤控制,通过中医药治疗改善机体内环境,通过益气扶正提高抗病能力,防止肿瘤转移。且来曲唑内分泌治疗具有一定不良反应,该患者可见皮肤瘙痒和皮疹,中药清热利湿止痒之法亦明显减轻了该不良反应,实现了中西医结合的优势互补。

临床观察显示,心理学与肿瘤学可以进行更多的结合性临床实践,应用交叉学科理论及以科学合理的研究设计为导向,在面对患者更为复杂的疾病阶段,以更合理的诊疗方案进行阶段性、综合、个体化治疗,改善症状,缓解患者身心痛苦,尽可能提高其生活质量。扶正疏肝法在本例 GAD 中西医结合治疗阶段获得显著疗效,故该个案具有一定临床意义和参考价值。

参 考 文 献

- [1] 郝伟主编. 精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 120.
- [2] Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study[J]. Prim Care Companion CNS Disord, 2011, 13(2): PCC. 10 m01013.
- [3] Mattsson S, Alfnsson S, Carlsson M, et al. U-CARE: Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer – a clinical trial protocol[J]. J BMC Cancer, 2013, 13: 414.
- [4] Kang JI, Sung NY, Park SJ, et al. The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in South Korea: analysis of national registry data[J]. Psychooncology, 2013, 23(1): 35–39.
- [5] Yang YL, Liu L, Wang Y, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Cancer, 2013, 13: 393.
- [6] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 2.
- [7] Scholten WD, Batelaan NM, van Balkom AJ, et al. Recurrence of anxiety disorders and its predictors[J]. J Affect Disord, 2013, 147(1–3): 180–185.

(收稿:2014-02-01 修回:2014-12-07)