

# 柴胡加龙骨牡蛎汤联合西药治疗重度抑郁症伴失眠 30例临床研究

王省<sup>1</sup> 陈洁<sup>2</sup> 杨宁<sup>2</sup> 乔慧芬<sup>2</sup>

(1. 南京中医药大学附属中西医结合医院, 江苏南京 210028; 2. 南京医科大学附属脑科医院, 江苏南京 210029)

**摘要** 目的: 观察在西药基础上联合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗重度抑郁症伴失眠的临床疗效。方法: 将58例患者随机分为治疗组30例和对照组28例。对照组给予艾司西酞普兰联合右佐匹克隆、劳拉西泮, 治疗组在对照组基础上联合柴胡加龙骨牡蛎汤。治疗7 d、14 d后, 观察2组汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及其睡眠障碍因子、匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)评分及其入睡时间、睡眠障碍因子的变化情况, 并比较2组的疗效。结果: 在改善抑郁方面, 与本组治疗前相比, 治疗组与对照组均能显著降低HAMD评分, 2组间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 在HAMD中的睡眠障碍因子方面, 治疗第14天治疗组优于对照组( $P<0.05$ ); 在改善睡眠方面, 与本组治疗前相比, 治疗组与对照组均能显著降低PSQI评分; 与对照组相比, 治疗第7天、第14天治疗组均能够显著降低PSQI评分以及入睡时间因子、睡眠障碍因子分, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论: 柴胡加龙骨牡蛎汤临床有抗抑郁作用, 中西医结合治疗能够显著改善抑郁症的失眠症状。

**关键词** 抑郁; 失眠; 柴胡加龙骨牡蛎汤; 艾司西酞普兰; 右佐匹克隆; 劳拉西泮

**中图分类号** R749.405 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)10-0027-03

抑郁症是最常见的精神心理疾病之一, 目前患病率高达11.3%, 已成为危害人类身心健康的常见病。预测到2030年, 中国的疾病负担中, 抑郁障碍所占总疾病负担将列第一位<sup>[1]</sup>。失眠是诊断及评价抑郁症严重程度的重要指标之一。失眠是抑郁症最常见的症状, 发生率约78%, 是抑郁症典型的生物学特征。近年来我们在西药治疗的基础上加用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗重度抑郁伴失眠患者30例, 设立对照组进行疗效对比观察, 取得良好疗效, 兹报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取自2017年7月至2020年5月南京医科大学附属脑科医院医学心理科住院的重度抑郁伴失眠患者, 共计58例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组30例: 女性22例, 男性8例; 年龄23~79岁, 平均年龄(50.2±4.9)岁; 病程0.5~6年, 平均病程(3.11±1.93)年。对照组28例: 女性19例, 男性9例; 年龄22~79岁, 平均年龄(51.6±4.7)岁; 病程0.5~6.5年, 平均病程(3.46±2.17)年。2组患者均以女性为主, 在性别、年龄、病程等方面比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中国精神障碍分类及诊断标准(CCMD-3)》<sup>[2]</sup>抑郁症及失眠症诊断标准。

**1.3 纳入标准** 符合上述抑郁症、失眠症诊断标准且汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 $\geq 24$ 分者; 年龄18~85岁之间者; 知情同意并能配合本试验治疗者; 具有自主判断能力和语言表达能力者。

**1.4 排除标准** 合并严重的肝、肾、心、脑等系统原发性疾病者; 妊娠或哺乳期妇女; 器质性精神障碍者; 精神活性物质所致抑郁者; 双相情感障碍、精神分裂症、有自杀倾向者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 艾司西酞普兰联合右佐匹克隆、劳拉西泮。艾司西酞普兰(丹麦灵北药厂, 批号: 2581182) 10 mg, 前3天每日1片; 第4天起每日2片至疗程结束; 右佐匹克隆(成都康弘药业集团股份有限公司, 批号: 190308) 3 mg, 劳拉西泮(湖南洞庭药业股份有限公司, 批号: B190568) 1 mg, 均每晚1片。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加用柴胡加龙骨牡蛎汤。用药剂量遵照《伤寒论》原文的用药比例, 以1两等于3 g换算。处方: 柴胡12 g, 黄芩5 g, 半夏6 g, 生姜5 g, 人参5 g, 大枣10 g, 桂枝5 g, 茯苓5 g, 大黄6 g, 生龙骨5 g(先煎), 生牡蛎5 g(先煎)。每日1剂, 水煎分2次服。

疗程均为14 d。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 2组患者于治疗前及治疗后的第7天、第14天进行HAMD、匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)评分,并进一步比较HAMD中睡眠障碍因子(入睡困难、睡眠不深、早醒症状)以及PSQI中入睡时间因子(从上床到入睡的时间、每周入睡困难的次数)和睡眠障碍因子(夜间易醒或早醒、夜间去厕所、呼吸不畅、咳嗽或鼾声高、感觉冷、感觉热、做噩梦、疼痛不适、其他影响睡眠的事情)的改善情况。

### 3.2 疗效评定

3.2.1 抑郁症状疗效标准 根据HAMD评分减少率评估疗效。痊愈:HAMD减分率 $\geq 75\%$ ;显效:HAMD减分率 $\geq 50\%$ , $<75\%$ ;有效:HAMD减分率 $\geq 25\%$ , $<50\%$ ;无效:HAMD减分率 $<25\%$ 。

3.2.2 失眠症状疗效标准 根据PSQI评分减少率评估疗效。痊愈:PSQI减分率 $\geq 75\%$ ;显效:PSQI减分率 $\geq 50\%$ , $<75\%$ ;有效:PSQI减分率 $\geq 25\%$ , $<50\%$ ;无效:PSQI减分率 $<25\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件包对数据进行统计分析,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示。组间比较用2组独立样本t检验,同组间不同时间的比较用单组重复测量资料的方差分析,2组间不同时间的比较用多组重复测量资料的方差分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者抑郁症状疗效比较 治疗组30例,痊愈8例,显效9例,有效9例,无效4例,总有效率86.7%;对照组28例,痊愈7例,显效10例,有效8例,无效3例,总有效率89.3%。2组总有效率比较无显著性差异( $P > 0.05$ )。

3.4.2 2组患者失眠症状疗效比较 治疗组30例,显效5例,有效18例,无效7例,总有效率76.7%;对照组28例,显效3例,有效13例,无效12例,总有效率57.1%。2组总有效率比较具有显著性差异( $P < 0.01$ )。

### 3.4.3 2组治疗前后HAMD评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后HAMD评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	30	27.86 $\pm$ 5.32	17.96 $\pm$ 4.24**	8.58 $\pm$ 3.38**
对照组	28	29.01 $\pm$ 6.35	17.02 $\pm$ 3.93**	9.15 $\pm$ 4.25**

注:与本组治疗前比较, \*\* $P < 0.01$ 。

3.4.4 2组治疗前后HAMD睡眠障碍因子评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后HAMD睡眠障碍因子评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	30	5.82 $\pm$ 1.24	3.01 $\pm$ 0.79**	1.18 $\pm$ 0.78***
对照组	28	5.21 $\pm$ 1.26	3.21 $\pm$ 1.41*	2.57 $\pm$ 0.69**

注:与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较, # $P < 0.05$ 。

### 3.4.5 2组治疗前后PSQI评分比较 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后PSQI评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	30	20.14 $\pm$ 1.32	14.86 $\pm$ 1.21***	11.24 $\pm$ 1.03***
对照组	28	21.42 $\pm$ 1.63	17.36 $\pm$ 1.18**	14.27 $\pm$ 1.31**

注:与本组治疗前比较, \*\* $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较, # $P < 0.05$ , ### $P < 0.01$ 。

### 3.4.6 2组治疗前后PSQI入睡时间因子评分比较 见表4。

表4 治疗组与对照组治疗前后入睡时间因子评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	30	5.1 $\pm$ 0.52	3.12 $\pm$ 0.41***	2.32 $\pm$ 0.56***
对照组	28	5.32 $\pm$ 0.57	4.42 $\pm$ 0.39**	3.42 $\pm$ 0.57**

注:与本组治疗前比较, \*\* $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较, # $P < 0.05$ 。

### 3.4.7 2组治疗前后PSQI睡眠障碍因子评分比较 见表5。

表5 治疗组与对照组治疗前后PSQI睡眠障碍因子评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	30	21.35 $\pm$ 1.47	15.76 $\pm$ 1.25***	12.43 $\pm$ 1.36***
对照组	28	22.22 $\pm$ 1.32	18.93 $\pm$ 1.31**	15.17 $\pm$ 1.17**

注:与本组治疗前比较, \*\* $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较, # $P < 0.05$ , ### $P < 0.01$ 。

## 4 讨论

失眠是重度抑郁症患者常见的伴随症状,促进睡眠、改善睡眠质量对抑郁症躯体症状的缓解有重要意义。苯二氮卓类药物是抑郁症伴失眠患者的常规药,但是大多数苯二氮卓类药物可导致白天头晕、困倦、精神不振、恶心、口干、便秘等副作用。较之西药,中医药治疗具有安全、有效、无副作用的优势。

中医学认为肝主情志和谋虑,胆主决断,可助肝之谋虑,振奋阳气,协助肝调节情绪。胆主决断之令行,则肝气可疏,脾胃升降得常,气机条畅,则五脏六腑功能正常,故《素问·六节藏象论》云“凡十一脏取决于胆也”。胆属少阳,为气机升降出入之枢机,肝胆郁结,则情志郁闷,郁郁寡欢,决断困难;久则郁而化热,胸中满而烦,热扰心神则不寐。笔者认为少

# 子午流注择时五行音乐疗法治疗老年轻度认知障碍 30例临床研究

缪小红

(江苏省中医院老年科, 江苏南京 210029)

**摘要** 目的:观察在常规治疗基础上实施子午流注择时五行音乐疗法对老年轻度认知障碍患者的临床疗效。方法:将60例轻度认知障碍患者采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组30例,对照组实施常规治疗,治疗组在常规治疗基础上给予子午流注择时五行音乐疗法。观察比较2组在治疗前、治疗第15天、治疗第30天简易智能状态检查量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)的评分和临床疗效。结果:治疗后治疗组MMSE、MoCA得分较干预前明显升高,HAMA得分较治疗前明显降低( $P<0.05$ )。治疗第15天时,治疗组总有效率36.7%,显著高于对照组的26.7% ( $P<0.05$ );治疗第30天时,治疗组总有效率80.0%,显著高于同期对照组的53.3% ( $P<0.05$ )。结论:子午流注择时五行音乐疗法可改善老年轻度认知障碍患者的认知功能,缓解焦虑情绪。

**关键词** 认知障碍;盐酸多奈哌齐片;功能训练;音乐疗法;子午流注;择时音乐;老年人

**中图分类号** R749.160.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)10-0029-03

**基金项目** 江苏省中医院院级创新发展基金专项课题(Y2018CX24)

轻度认知障碍(MCI)主要特征为认知功能下降,包括记忆损害、学习或注意力困难,客观认知功能测验可发现异常,但达不到痴呆、器质性遗忘综合征的诊断标准<sup>[1]</sup>。我国每年轻度认知功能障碍转化为阿尔茨海默病(AD)的患者高达10%~15%<sup>[2]</sup>。MCI具有可逆性,因此要及时治疗和干预,抓住其向AD发展的最佳干预时机<sup>[3]</sup>,目前对MCI的治疗主要是

药物治疗和非药物干预,但药物的不良反应对患者的预后存在一定影响,非药物干预包括对患者进行认知功能训练,积极参与体力与脑力锻炼,给予良好的社会支持等,但有关这方面的研究较少。近年来,笔者在常规治疗基础上实施子午流注择时五行音乐疗法治疗老年轻度认知障碍患者30例,并设对照组进行疗效对比观察,现报告结果如下。

阳枢机不利、肝胆郁火扰神是抑郁症伴失眠的关键病机,和解少阳、清热安神是重要的治疗法则。

柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”据现代文献报道,该方广泛应用于抑郁、焦虑、失眠等情志疾病的治疗。柴胡加龙骨牡蛎汤方中含小柴胡汤,以和解少阳、枢转气机,兼疏肝解郁、清利肝胆;加桂枝、茯苓助三焦气化,运行津液,消除痰饮;大黄通腑以泻阳明邪热,引阳入阴,协助枢转少阳之机;龙骨、牡蛎镇静安神。全方共奏和解少阳、升发胆气、畅达三焦、疏泄郁热、安神定志之功。

根据本临床研究观察,柴胡加龙骨牡蛎汤能够较快地改善抑郁症患者的睡眠质量,具体表现为能够缩短患者的入睡时间,减少睡眠障碍两个方面,且

有抗抑郁的作用。中西医联合治疗较单纯西药治疗效果显著,值得临床进一步研究。

## 参考文献

- [1] 王刚,胡昌清,丰雷,等.中国抑郁障碍的研究现状与展望[J].中华精神科杂志,2015,48(3):136.
- [2] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类及诊断标准(CCMD-3)[J].中华精神科杂志,2001,34(3):184.

**第一作者:**王省(1984—),男,医学博士,主治医师,从事中西医结合神经内科临床工作。

**通讯作者:**乔慧芬,医学博士,副主任医师。  
huifenaqiao@163.com

修回日期:2020-06-02

编辑:吕慰秋