

# 舒肝解郁胶囊治疗精神分裂症临床研究

王孝阳<sup>1</sup>, 林天湊<sup>1</sup>, 沈鑫华<sup>2</sup>

1. 平阳县中医院, 浙江 平阳 325400; 2. 湖州市第三人民医院, 浙江 湖州 313301

[摘要] 目的: 观察研究舒肝解郁胶囊治疗精神分裂症的临床疗效。方法: 选取门诊与住院的精神分裂症患者, 共 82 例, 治疗医师根据数字表法将所选患者随机平分为 2 组, 观察组行舒肝解郁胶囊联合帕利哌酮缓释片治疗, 对照组行单纯帕利哌酮缓释片治疗, 观察 2 组治疗前后精神病量表 (BPRS 和阴性与阳性症状量表 (PANSS 评分、临床疗效判定及用药后不良反应情况。结果: 观察组治疗后各时间 PANSS 总分、阴性症状、一般病例症状评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 而 2 组治疗后阳性症状评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组治疗后各时间段 BPRS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组治疗后临床疗效总有效率高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中药舒肝解郁胶囊在治疗精神分裂症方面具有较好的临床疗效。

[关键词] 精神分裂症; 舒肝解郁胶囊; 帕利哌酮缓释片

[中图分类号] R749.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0035-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.016

精神分裂症多发生于青壮年, 常有精神活动不协调、思维、知觉、情感等多方面异常表现, 但多无意识及智能障碍。因此病易反复发作, 如不及时治疗或治疗方法不当常可引起患者精神残疾和衰退<sup>[1]</sup>。以往治疗精神分裂症的西药主要为阿立哌唑、利培酮片、帕利哌酮缓释片等, 本研究通过对所有患者行帕利哌酮缓释片治疗, 对部分患者在原有基础上联合舒肝解郁胶囊治疗, 综合观察其临床治疗效果, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 诊断标准符合世界卫生组织《精神与行为障碍分类》(ICD-10)对精神分裂症阴性症状的界定。采用阴性与阳性症状量表(PANSS)评分 > 70 分, 阴性症状 > 30 分, 年龄 18~65 岁。

1.2 排除标准 患有严重躯体疾病以及具有任何可能影响评分情况的患者; 患有严重心、肝、肾、内分泌系统等躯体疾病或可能干扰试验评估的疾病; 严重自杀倾向或有自杀史的患者; 有严重兴奋、伤人以及对治疗不合作的患者; 具有躯体疾病, 酒、药物滥用或依赖者; 1 月内用过试验药, 其它影响精神活动或非精神类药物, 难治性精神分裂症及氯氮平治疗无效的患者; 妊娠及哺乳期患者。

1.3 一般资料 观察病例为本院 2014 年 1 月—2015 年 1 月门诊与住院的精神分裂症患者共 82 例, 治疗医师根据数字表法将所选患者随机平分为 2 组各 41 例。观察组男 22 例, 女

19 例; 年龄 19~67 岁, 平均(40.26 ± 2.53)岁; 病程 5 月~8 年, 平均(4.38 ± 1.12)年; PANSS 评分平均(86.17 ± 4.39)分。对照组男 21 例, 女 20 例; 年龄 18~68 岁, 平均(41.37 ± 2.43)岁; 病程 4 月~9 年, 平均(4.79 ± 1.47)年; PANSS 评分平均(85.56 ± 5.63)分。2 组性别、年龄、病程、PANSS 评分等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。所有患者及家属均已了解本次研究目的并签署知情同意书, 本研究已上报本院伦理委员会并通过批准。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 予帕利哌酮缓释片(西安杨森制药有限公司; 批号: 20141202)治疗, 饭后口服。成人初始剂量每次 6 mg, 每天 1 次, 依反应逐渐增加剂量。维持量每天 3~12 mg, 分 1 次于饭后服用。根据年龄和症状适当增减剂量, 每天最大用量不得超过 12 mg。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上行舒肝解郁胶囊治疗, 舒肝解郁胶囊(成都康弘制药有限公司, 每粒 360 mg, 批号: 20150122), 每次 2 粒, 每天 2 次, 早、晚各 1 次。

治疗 6 周为 1 疗程, 共 2 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后精神病量表(BPRS)和 PANSS 评分、临床疗效判定及用药后不良反应情况。采用 BPRS 对 2 组患者的精神状况进行评定, 分值越小, 患者的精

[收稿日期] 2015-07-20

[作者简介] 王孝阳 (1976-), 男, 主治医师, 主要从事精神科临床工作。

神状态越好<sup>[2]</sup>。

3.2 统计方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用 *t* 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈: PANSS 评分减分率 > 80% ; 显著进展: PANSS 评分减分率 50% ~ 80% ; 有所进展: PANSS 评分减分率 30% ~ 49% ; 无效: PANSS 评分减分率 < 30% 。总有效率 = (痊愈 + 显著进展) / 总例数 × 100%<sup>[3]</sup>。

4.2 2 组治疗前后 PANSS 评分情况比较 见表 1。2 组均较治疗前有改善, 观察组治疗后各时间 PANSS 总分、阴性症状、一般病例症状评分均低于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 而 2 组治疗后阳性症状评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 1 2 组治疗前后 PANSS 评分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后			
			治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周	治疗后 12 周
PANSS 总分						
观察组	41	86.17 ± 4.39	73.27 ± 10.53	70.48 ± 9.65	63.18 ± 11.72	52.64 ± 11.82
对照组	41	85.56 ± 5.63	82.34 ± 11.67	78.14 ± 8.69	71.16 ± 10.51	64.47 ± 11.28
<i>t</i> 值		0.6354	1.2498	1.9276	3.8346	4.0857
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
阳性症状						
观察组	41	23.52 ± 3.64	18.74 ± 4.12	17.78 ± 4.28	16.42 ± 3.15	14.48 ± 4.26
对照组	41	23.91 ± 4.06	19.28 ± 3.74	18.21 ± 3.64	17.33 ± 4.84	15.74 ± 3.81
<i>t</i> 值		0.2749	0.5638	0.8336	0.7412	0.4138
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
阴性症状						
观察组	41	24.16 ± 4.17	19.36 ± 4.38	16.17 ± 4.06	15.48 ± 4.26	11.33 ± 3.62
对照组	41	24.86 ± 5.05	22.14 ± 3.64	20.28 ± 5.18	19.74 ± 3.82	17.05 ± 4.26
<i>t</i> 值		0.4732	2.6835	3.9816	5.0251	5.2638
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
一般病例症状						
观察组	41	39.31 ± 6.84	32.53 ± 5.78	29.18 ± 4.72	25.36 ± 5.83	22.83 ± 5.54
对照组	41	39.57 ± 5.48	36.17 ± 4.82	34.84 ± 3.91	30.67 ± 2.69	28.37 ± 6.96
<i>t</i> 值		0.3364	2.3859	4.2735	4.6628	5.0162
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.3 2 组治疗前后 BPRS 评分比较 见表 2。2 组治疗后比治疗前有改善, 且观察组治疗后各时间段 BPRS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.4 2 组治疗后临床疗效比较 见表 3。治疗后观察组临床疗效总有效率高于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.5 2 组并发症发生情况比较 观察组治疗后椎体外系反应 1 例, 嗜睡 2 例, 头晕 3 例, 口干 1 例, 并发症发生率为

17.07%。对照组治疗后椎体外系反应 4 例, 嗜睡 3 例, 头晕 3 例, 口干 2 例, 头痛 3 例, 并发症发生率为 36.59%, 治疗后观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后 BPRS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后		
			治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 6 周
观察组	41	45.17 ± 4.17	29.47 ± 5.28	26.02 ± 3.81	23.15 ± 4.26
对照组	41	44.93 ± 5.16	34.09 ± 4.13	30.47 ± 3.84	27.58 ± 3.68
<i>t</i> 值		0.3849	6.1328	5.0365	3.2817
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 2 组治疗后临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显著进展	有所进展	无效	总有效率(%)
观察组	41	16	21	2	2	90.24
对照组	41	10	19	9	3	70.73
<i>t</i> 值						3.2814
<i>P</i>						<0.05

## 5 讨论

精神分裂症是临床较为常见的精神疾病, 如果治疗不及时或长时间治疗后无法痊愈, 会严重影响患者的康复效果, 其发病多以阴性症状为主, 通常症状为生活懒散、社会生存能力降低、情感淡漠、缺乏主动性等, 严重影响生活质量<sup>[4]</sup>。目前, 用于治疗精神分裂症的西药主要有阿立哌唑、利培酮片和帕利哌酮缓释片等。

舒肝解郁胶囊由刺五加和贯叶金丝桃两味中药所组成, 贯叶金丝桃可有效清心泻火、疏肝解郁, 在治疗轻中度抑郁的过程中具有一定的效果; 刺五加有补肾安神、益气健脾的作用, 可镇静、加强细胞免疫和抗疲劳, 对神经官能症、抑郁症和神经衰弱疗效较好, 两药合用可增强疏肝解郁、健脾安神作用, 改善患者情绪低落、兴趣下降、紧张不安、急躁易怒、疲乏无力、疼痛等症状。有研究表明, 舒肝解郁胶囊抗抑郁作用主要为抑制中枢的 5-HT、DA 和 NE 等神经递质的再摄取使突触间隙的单胺递质浓度升高, 以及对单胺氧化酶的抑制作用而产生抗抑郁效果<sup>[5]</sup>。

本研究通过对 82 例精神分裂症患者分别行单纯帕利哌酮缓释片治疗(对照组)和舒肝解郁胶囊联合帕利哌酮缓释片治疗(观察组)后观察结果发现, 观察组治疗后各时间的 PANSS 总分、阴性症状、一般病例症状评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 而 2 组治疗后阳性症状评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 观察组治疗后各时间段 BPRS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组治疗后临床疗效总有效率高于对照组, 并发症发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。提示在西药治疗的基础上加用中药舒肝解郁胶囊治疗

精神分裂症具有较好的临床疗效。

#### [参考文献]

- [1] 王国民, 周波, 高晓峰, 等. 开窍祛痰中药联合利培酮治疗首发精神分裂症疗效观察[J]. 新中医, 2014, 46(11): 112-113.
- [2] 施元元. 大黄韭龙汤联合利培酮片治疗精神分裂症 45 例临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(4): 45-46.
- [3] 周芳珍, 程琳, 石广念. 哌罗匹隆治疗精神分裂症患者

的疗效以及对内分泌的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2013, 23(3): 194-195.

- [4] 宏亚丽, 完颜长旭. 龙蒲定神丸治疗妄想型精神分裂症 70 例疗效观察[J]. 新中医, 2015, 47(3): 50-51.
- [5] 李刚. 舒肝解郁胶囊联合阿立哌唑治疗老年精神分裂症阴性症状的临床研究[J]. 中国医药科学, 2014, 4(1): 96-98.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 平肝熄风胶囊治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕临床观察

于红专, 姜林芳

潍坊市中医院脑病科, 山东 潍坊 261041

[摘要] 目的: 观察平肝熄风胶囊对肝阳上亢型后循环缺血性眩晕的疗效。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组, 治疗组给药平肝熄风胶囊, 对照组给药强力定眩片, 2 组均治疗 28 天后统计疗效并进行比较。结果: 治疗组甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 治疗后显著改善, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 对照组 TG 及 TC 治疗前后差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), HDL-C 及 LDL-C 治疗前后比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。2 组治疗后 TC 比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后空腹血糖 (FBG) 明显降低 ( $P < 0.05$ ), 2 组间治疗后比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗组治疗后椎动脉 (VA)、基底动脉 (BA) 血流速度明显提高, 收缩期血流速度 ( $V_s$ )、平均血流速度 ( $V_m$ )、搏动指数 (PI) 与对照组治疗后比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 平肝熄风胶囊具有明显改善眩晕临床症状, 降低血液黏度, 改善血流状态, 降低血脂, 改善微循环, 增加脑血流量的作用。

[关键词] 后循环缺血性眩晕; 平肝熄风胶囊; 肝阳上亢

[中图分类号] R441.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0037-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.017

后循环缺血性眩晕是由于脑动脉粥样硬化、颈椎病等原因所致的椎基底动脉系统供血障碍而引起的, 占中老年人各种眩晕的 60% 以上, 是中老年人常见病、多发病, 其发作无明显规律, 多突然发病。因其进一步发展致残率较高, 甚至危及生命, 近年来越来越受到人们的重视。笔者在对眩晕的病因病机深入研究的基础上, 以平肝熄风胶囊治疗该病, 疗效满意。

### 1 临床资料

1.1 中医标准 中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>中有关眩晕的中医诊断标准: 有典型的眩晕症状: 自身有旋转或晃动感, 或目眩, 或视景物有旋转感; 或自觉头晕, 昏沉或晕

胀不适。可有反复发作史; 辨证符合肝阳上亢型; 年龄 40 ~ 70 岁者。

1.2 西医诊断 符合 2006 年《后循环缺血的专家共识》<sup>[2]</sup>中后循环缺血 (PCI) 的常见症状的体征, 包括后循环的短暂性脑缺血发作 (TIA) 和脑梗死。

1.3 排除标准 眼、耳疾患如梅尼埃病、迷路炎、前庭神经炎、链霉素中毒等所致的眩晕; 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者; 不符合纳入标准、或未按规定用药无法判定疗效、或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

[收稿日期] 2015-05-13

[基金项目] 潍坊市科学技术发展计划基金资助项目 (201202052)

[作者简介] 于红专 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事中枢神经系统疾病的中西医结合治疗。