3 讨论

贲门癌及食管下段癌的传统手术径路有经胸、经腹、胸腹联合^[1]。手术径路的不同是导致贲门癌术后复发和影响术后生存的主要原因之一,由于不同的手术径路对手术本身及术后患者的影响不同,且胃底贲门癌的癌组织浸润性强,扩展范围广^[2]。

由于贲门癌及食管下段癌特殊的发生部位,且其淋巴转移具有独特的多向性,故手术治疗过程需同时涉及胸腔内及腹腔内多种组织脏器,合理的手术径路应尽可能满足原发病灶的彻底切除,利于淋巴结的彻底清扫,降低并发症的发生和死亡率,减少创伤,缩短住院时间,并尽可能提高生存率和术后生存质量等要求。有研究分析分别经腹或左胸入路行手术治疗的贲门癌临床资料,发现两组平均清扫淋巴结数、上切缘癌残留率、吻合口瘘发生率无差异,但经腹手术时间短,术中出血少,术后恢复快,心肺并发症少,因此认为贲门癌手术治疗应以经腹入路为首选。经腹手术治疗,不切断肋弓,不进胸腔,避免了肋软骨炎、胸腔积液和胸腔感染的发生,其它心肺并发症的发生率也明显减少,便于病人术后迅速恢复和术后管理^[3]。

本研究结果显示所有患者均痊愈出院,分别于出院后 1 年、3 年进行随访,其临床存活率良好,提示经腹食管径路行肿瘤切除术效果良好。可能因本研究采用的经腹食管裂孔径路进腹后经食管裂孔切开膈肌,尽可能保持纵隔胸膜的完整不进入胸腔,手术野明显扩大,后纵隔可暴露在直视下,胸下段的食管也能显露清楚,对于腹段、贲门食管下段肿瘤均可切除足够长的病变食管,也能有效地清除食管下段、

贲门周围及膈下淋巴结。本组均采用一次性吻合器行食管-胃吻合,简化了操作,克服了吻合的困难,也极大地提高了吻合的安全性^[4]。机械性吻合技术的应用,增加了食管的切除长度,方便了深部吻合,降低了上切端阳性率^[5]。经腹手术从手术的彻底性、可行性和降低围手术期并发症发生率、死亡率等方面看是完全可行的^[6]。经腹手术的优点是不破坏胸腔的完整性,减少了对患者心肺功能的影响,可大大降低经胸手术常见的肺不张、肺部感染等并发症,尤其适用于高龄、体弱以及心肺功能不全患者^[6]。

经腹食管裂孔径路贲门及食管下段癌根治术尚有一定的局限性,一般适用于食管下段及贲门病变,特别是胸腹交界处较小的肿瘤,经腹途径不利于切除足够长度的食管及下纵隔淋巴结的清扫,上切端阳性率相应增高,对于食管下段癌病变位于近下肺静脉处或肿瘤体积较大的病例选用时需慎重,必要时还是应经胸径路为妥。

参考文献

- [1]盛新,马耀磊,魏丛明,等.经腹食管裂孔径路贲门及食管下段癌切除术的应用体会[J].中国肿瘤外科杂志,2012,4(5):292-293
- [1]Gronnier C, Piessen G, Mariette C. Diagnosis and treatment of non-metastatic esophagogastric junction adenocarcinoma: what are the current options[J]? J Visc Surg, 2012, 149(1): e23-33
- [2]章健.经左胸腔和经腹贲门癌手术的临床观察和分析[J].中国现代医学杂志,2014,24(1):87-90
- [3]王程虎,庄兢.经腹贲门癌手术治疗 70 例体会[J].河南诊断与治疗杂志,1998,12(4):218
- [4]赵锡江,黄景陶,刘向明,等.贲门癌手术径路与疗效的关系研究[J].临床肿瘤学杂志,2008,13(9):813-816
- [5]张晓雨,杨金云,平洪,等.贲门癌手术径路选择的探讨[J].江苏医药,2011,37(4):454-455
- [6]孟凡亭.经腹手术治疗胃底贲门癌 62 例临床分析[J].山东医学高等专科学校学报,2013,35(5):321-323

(收稿日期:2014-09-22)

固元解郁汤治疗卒中后抑郁的临床研究

许石隆 罗宇雄

(广西防城港市中医医院内一科 防城港 538000)

摘要:目的:探讨固元解郁汤对卒中后抑郁患者的神经功能和抑郁程度的影响。方法:120 例卒中后抑郁患者在基础治疗的同时随机予以氟西汀(F)和固元解郁汤(G)治疗,记为 F 组和 G 组,每组 60 例。结果:治疗后 G 组 HAMD 和 NIHSS 评分均低于 F 组, $P < 0.05$,且总有效率优于 F 组。结论:固元解郁汤能抗抑郁并促进神经功能恢复。

关键词:卒中;抑郁;固元解郁汤;氟西汀

中图分类号:R749.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.020

卒中是全球导致死亡的第三大病因,其高致残性是卒中后抑郁(PSD)的主要原因,有资料显示^[1]:至少三分之一的中风患者会在发病后一段时间表现出情绪症状,如绝望、焦虑、快感缺乏等,严重影响患者神经功能的恢复。而 51 项针对卒中后患者抑

郁发生率的研究结果也显示^[2]:社区脑卒中患者的 PSD 发生率为 16%~47%;住院脑卒中患者的发病率为 6%~45%。因此,对 PSD 患者进行适当的抗抑郁治疗,对于促进卒中患者神经功能恢复,提高生活质量都有着重要的意义。本研究采用固元解郁汤和氟

西汀对 120 例 PSD 患者进行对比治疗,取得了较为满意的结果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例的选取与分组 选取我院 2012 年 1 月~2014 年 6 月脑病科收治的 120 例 PSD 患者,随机分入氟西汀(F)组和固元解郁汤(G)组,每组 60 例。F 组中男性 38 例,女性 22 例;年龄 55~76 岁,平均年龄 66 岁;病程 2 周~2 个月,平均 1.5 个月。G 组中男性 36 例,女性 24 例;年龄 53~77 岁,平均年龄 65 岁;病程 2 周~2 个月,平均 1.5 个月。两组患者的年龄、性别、病程等一般情况无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)西医诊断标准:均由颅脑 CT 结果确诊,同时符合 1995 年我国第四届脑血管病学术会议制订的“各类脑血管疾病诊断要点”;诊断抑郁的标准参照《精神障碍诊断统计手册 IV》,采用汉密尔顿抑郁量表 (HAMD),PSD 定义为总分在 18 分以上^[1]。(2)中医诊断标准:参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》来诊断,其主症包括:半身不遂、郁郁寡欢、肢体麻木、口眼歪斜、言语蹇涩;次症包括:失眠、多梦、头晕、乏力、胸肋隐痛、腹满暖气。凡具有上述 4 个主症和 2 个次症者,结合年龄和病史即可诊断。(3)患者年龄均不超过 80 岁,卒中病程在 2 周以上,且患者本人知情同意。

1.3 排除标准 (1)有抑郁病病史且正在口服抗抑郁类药物治疗的患者;(2)存在重度抑郁的患者(总分大于 35 分);(3)存在严重心肺肾功能不全或者有意识丧失、痴呆、失语、精神疾病的患者。

1.4 治疗方法 两组患者均按照《中国脑血管病防治指南》予以基础治疗,F 组予以氟西汀 20 mg,1 次/d,口服;G 组予以固元解郁汤(组成:生地、山萸肉、肉苁蓉、石斛、白附片、柴胡、川芎、赤芍、山药、肉桂心、甘草、薄荷等),1 剂/d,水煎成 400 ml(均由我院煎药房统一煎煮),早晚分服,疗程 8 周。

1.5 观察指标 于治疗前后分别对患者进行 HAMD 和美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估。

1.6 疗效评定 根据 HAMD 减分率来评定:减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/(治疗前评分-量表最低评分) $\times 100\%$ 。其中减分率 $\geq 75\%$ 为治愈;50% $\leq$ 减分率 $< 75\%$ 为显效;30% $\leq$ 减分率 $< 50\%$ 为有效;减分率 $< 30\%$ 为无效。

1.7 数据统计 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用正态性检验;经方差齐性检验,进行单因素方差分析和 t 检验。 $P<$

0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 HAMD 和 NIHSS 评分对比 治疗前两组 HAMD 和 NIHSS 评分无明显差异, $P>0.05$;治疗后 G 组 HAMD 和 NIHSS 评分均低于 F 组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗前后 HAMD 和 NIHSS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMD		NIHSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
F 组	60	25.12 $\pm$ 3.88	16.26 $\pm$ 3.64	23.88 $\pm$ 2.32	12.16 $\pm$ 2.14
G 组	60	24.98 $\pm$ 4.02 [△]	13.18 $\pm$ 4.24 [*]	22.98 $\pm$ 2.26 [△]	8.76 $\pm$ 2.23 [*]

注:与 F 组比较,[△] $P>0.05$,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 两组抗抑郁有效率对比 G 组有效率明显优于 F 组。见表 2。

表 2 两组抗抑郁有效率对比

组别	n	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
F 组	60	8	18	20	14	76.7
G 组	60	14	21	18	7	88.3 [*]

注:与 F 组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

PSD 除有中风症状外,同时还有情绪低落、思维迟缓、兴趣缺乏、言语减少等抑郁症状,重症患者还有紧张、早醒、绝望、自杀或伴幻想和幻觉等症状,它对卒中康复和日常生活能力的提高会产生很大的负面影响。西医认为其发病机制主要是由于脑卒中病灶破坏了去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(5-HT)能神经元及其通路,导致二者之间的平衡失调^[4];在 PSD 的治疗中,5-HT 再摄取抑制剂是目前临床上运用最为广泛的药物^[5],这类药物主要包括:氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明以及西酞普兰等。但抗抑郁的西药具有成瘾性、毒副作用以及各种禁忌证等缺陷,严重影响了患者用药的依从性,而复方中药疗效确切,与西药相比具有毒副作用小的独特优势^[6]。我国古代中医早已有“郁病”记载,如《内经》记载有:“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之。”沈金鳌《杂病源流犀浊·诸郁源流》说:“诸郁,脏气病也,其原本于思虑更兼脏气弱,故六郁之病生焉。”可见中医学对“郁”已有所认识,但中风后合并抑郁则未见涉足。PSD 为中风和抑郁合病,先有中风后有抑郁,郁证为中风之变证,即张景岳所谓“因病而郁”。肾精亏虚是中风的病理基础,《素问·六节藏象论》中提到:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处。”而脑为髓海,源于肾精,《素问·奇病论》:“肾藏精,精充骨而生髓,髓聚而为脑,髓满而脑髓充,精脱而脑髓消”;《素问·逆调论》:“肾不生,则髓不能满”;《素问·阴阳应象大论》:“肾生骨髓”;《灵枢·卫气失常》:

“骨之属者，骨空之所以受益，而益脑髓者”。同时，肾阴不足，精血津液的化生和运行输布不能正常发挥作用，痰浊、瘀血内停，闭塞脑髓而发为中风^[7]。因此在治疗 PSD 上当以“益肾疏肝”为根本大法，本研究所用的固元解郁汤乃由地黄饮子合柴胡疏肝散化裁而来，诸药合用共奏益肾疏肝、固元解郁之功。本研究提示：固元解郁汤对于治疗 PSD 能起到较好的治疗作用，其总有效率优于氟西汀，HAMD 和 NIHSS 评分下降幅度较服用氟西汀患者大，说明固元解郁汤在抗抑郁及恢复神经功能方面较氟西汀好。总之，固元解郁汤对 PSD 患者有较好的抗抑郁作用，同时有利于神经功能的恢复，提高患者的生活

质量。

参考文献

- [1] Biran I, Chatterjee A. Depression with anosognosia following a left subcortical stroke[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2003, 105(2): 99-101
- [2] Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies [J]. Stroke, 2005, 36(6): 1330-1340
- [3] 李婉仪, 陈仰昆, 李伟, 等. 脑卒中后抑郁的临床神经心理学及影像学相关因素研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(11): 1-4
- [4] 杨伶俐, 张志瑶. 脑卒中后抑郁症的发病机制[J]. 国际脑血管病杂志, 2008, 16(4): 297-300
- [5] 童广平. 脑卒中后抑郁治疗概述[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(11): 110-111
- [6] 施学丽, 邓巍, 臧知明. 近 10 年来中药复方治疗脑卒中后抑郁症的概述[J]. 环球中医药, 2010, 3(3): 180-182
- [7] 李萍, 李琳, 胡亚男, 等. 《黄帝内经》脑髓理论探析[J]. 吉林中医药, 2012, 32(11): 1085

(收稿日期: 2014-09-13)

多奈哌齐治疗老年血管性痴呆的系统评价

李青 王轶峰 鞠德仁

(江西省高安市人民医院神经内科 高安 330800)

摘要:目的: 观察评价多奈哌齐治疗老年血管性痴呆的疗效及安全性。方法: 选取老年血管性痴呆患者 90 例, 分为对照组(血塞通)、观察组 1(5 mg/d, 多奈哌齐)、观察组 2(10 mg/d, 多奈哌齐)各 30 例, 对比治疗前后相关指标。结果: 治疗后, 观察组 2 的 MMSE 评分和 ADL 评分均高于对照组, 观察组 2 不良反应例次率高于对照组和观察组 1, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$, 未见严重不良反应; 6 个月后, 观察组 2 患者的照料者认为认知改善率和总体满意率均高于对照组, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论: 应用大剂量多奈哌齐治疗老年血管性痴呆, 疗效显著, 有助于提高患者的认知能力和生活能力, 减轻照料者负担, 但也有可能增加不良反应的发生风险, 尽管均为轻度不良反应, 但可能增加患者及其照料者心理负担, 所以使用时需谨慎。

关键词: 血管性痴呆; 老年患者; 多奈哌齐; 系统评价

中图分类号: R749.16

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.021

痴呆是老年人常见病, 65 岁以上人群发病率约为 5%, 随着老年人口数量的增加, 其发病率仍处于上升趋势^[1]。痴呆严重损害老年人的生活质量, 给家庭带来沉重的经济、心理负担, 损害家庭结构功能。血管性痴呆 (VD) 是由脑血管病引起的功能部位循环障碍和损伤所致的获得性痴呆综合征, 是一类常见痴呆类型, 占痴呆总数的 40%~60%, 发病突然, 呈渐进性、波动性进展, 不同患者的临床表现和发病机制存在较大差异, 增加了治疗难度^[2]。VD 尚无有效的根治方法, 常应用药物抑制疾病进展, 有证据显示约有 60% 的 VD 与胆碱能传导通路存在血管性损害有关。多奈哌齐是一种中枢乙酰胆碱酯酶抑制剂, 是治疗 VD 的常用药, 但其具体疗效尚无定论, 治疗方案也无固定模式。我院应用多奈哌齐治疗 VD, 取得了一定的成效。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取我院收治的门诊或住院老年 VD 患者 90 例, 其中男 69 例, 女 21 例; 年龄 62~80 岁, 平均 (72.4±8.3) 岁; 距最近一次卒中发作时间 6

周~8 年, 平均 (3.2±1.0) 年。将患者随机分为对照组与观察组 1、观察组 2, 每组 30 例, 三组患者年龄、性别、病程、原发病类型与脑功能损伤等级、合并症情况、MMSE 评分、文化水平、家属照料与陪护情况等临床资料无明显差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 参照美国精神病学协会制定的美国精神疾病诊断标准 (DSM-IV) 中关于 VD 的诊断标准; (2) 伴有急性、亚急性神经系统功能障碍发作临床表现; (3) 发病前无认知、精神障碍; (4) 经 CT/MRI 诊断排除其它原因引起的痴呆; (5) 智力量表评分 10~27 分; (6) 未合并严重心、脑、肝与肾疾病; (7) 治疗前 1 周, 未应用其它疗法治疗。

1.3 治疗方法 三组患者均积极控制、治疗原发病, 并指导家属完成基本的康复、认知训练。对照组在此基础上, 应用血塞通, 50~100 mg/次, 口服, 3 次/d。观察组 1 在对照组的基础上, 给予多奈哌齐 (国药准字 H20050978) 治疗, 5 mg/次, 口服, 1 次/d。观察组 2 在对照组的基础上, 给予多奈哌齐, 10 mg/次, 用法同观察组 1。每隔 4 周, 到院复查, 接受肝肾