氯丙咪嗪合并暴露疗法与单用氯丙咪嗪治疗强迫症的对照研究 *

徐文耀　何建军　谭来娣
（广东省茂名市第三人民医院　茂名 525200）

摘要：目的：对比氯丙咪嗪联合暴露疗法与单用氯丙咪嗪治疗强迫症的临床疗效。方法：选取在我院接受治疗的 52 例强迫症患者，根据随机数字分组方式分为观察组和对照组，每组 26 例，观察组采用氯丙咪嗪联合暴露疗法进行治疗，对照组仅采用氯丙咪嗪单独治疗，比较两组的临床疗效。结果：观察组的总有效率为 96.2%，明显高于对照组的 53.8%，差异有统计学意义，$P<0.05$。结论：采用氯丙咪嗪联合暴露疗法治疗强迫症的临床疗效良好，值得临床推广。

关键词：强迫症；氯丙咪嗪；暴露疗法；对照研究

中图分类号：R749.91　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.016

强迫症是一种精神障碍疾病，其病理基础为大脑皮层在兴奋或者抑制的过程中，因过度紧张或者相互冲突而引起的孤立性的病理惰性兴奋灶[1]。由于强迫症有终生患病的可能，因而会大大降低病人的生活质量，给病人及其家属造成生活困扰。为了进一步改善强迫症患者的临床效果，本次研究选取了在我院接受治疗的 52 例患者为观察对象，就氯丙咪嗪联合暴露疗法与单用氯丙咪嗪的临床疗效进行了对比分析。现报告如下：

1　资料和方法

1.1　一般资料　选择 2013 年 12 月 ~2016 年 6 月在我院接受治疗的 52 例强迫症患者，根据随机数字分组方式分为观察组和对照组，每组 26 例。其中观察组男 16 例，女 10 例；年龄 19~54 岁，平均年龄（32.7± 3.6）岁；病程 2~12 年，平均病程（5.3± 4.2）年。对照组男 17 例，女 9 例；年龄 18~56 岁，平均年龄（34.2± 2.9）岁；病程 1~10 年，平均病程（5.2± 3.1）年。两组患者的性别、年龄等一般资料相比较，差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。所选对象均符合 ICD-10 强迫症诊断标准，且 Y-BOCS≥20 分[2]。入组患者均无脑器质性和严重躯体疾病。

1.2　方法　对照组仅采用氯丙咪嗪单独进行治疗。观察组采用氯丙咪嗪联合暴露疗法进行治疗，两组的氯丙咪嗪用法用量一致。氯丙咪嗪的用法用量：初始剂量为 50 mg/d，每隔 3 d 适当加量；日最大剂量不宜超过 250 mg；持续治疗 2 个月。观察组同时给予系统放松训练治疗，让观察组患者掌握肌肉放松方法，然后予以暴露疗法：1 周开展 2 次，共开展 15 次；行暴露疗法前，先与病人建立起良好的医患关系[3]；采用患者认为可行的方式开展对抗训练；鼓励患者不要逃避暴露治疗，坚持完成；暴露治疗时，医师引导患者实地接触或想象可激发患者产生强迫行为的事物或者情景；要求患者不要逃避，至少坚持 30 min；采用先易后难的方式，循序渐进的使患者逐渐适应[4]；每次暴露治疗后，均给患者安排家庭暴露作业；于下次暴露治疗时，检查患者暴露作业的完成情况，并给予适当的指导。具体方法为：（1）评定主观不适单位。以 10 分为评定标准：心情极度不适时评 10 分，平静没有不适时评 0 分，让患者懂得这种评分标准，并学会用这种标准衡量自己的主观感觉，给自己不同情景的心情一个较为适当的分数。（2）松驰训练。让患者坐靠在沙发或藤椅上，双臂放在扶手上，随意采取舒适的姿势。首先让患者握紧拳头，然后松开；咬紧牙关，然后松开。放松训练由前臂开始，因为前臂的松驰最容易掌握。然后依次练习放松面部、颈肩、背、胸、腹及下肢。（3）设计不适层次表。将曾经引起患者主观不适的各种刺激因素搜集并记录下来，并让患者根据自己的实际感受评定每一种刺激的感觉评分（SUD），然后按其分数高低将各种刺激因素排列成表。（4）系统脱敏。由最低层次开始脱敏，循序渐进。在脱敏期间或脱敏之后，将新建立的反应迁移到现实生活中，即现场脱敏，不断练习，巩固疗效。（5）布置家庭作业，提高患者对重复动作或观念的认知检验能力，巩固疗效。

1.3　观察指标　治疗前后，每 2 周开展 1 次 Y-BOCS 评定，进行临床疗效的评价，并对比两组治疗 30 d 后的不良反应发生情况，不良反应包括失眠、恶心、口干、头晕、心慌、嗜睡等。具体治疗效果判定：若治疗前后的 Y-BOCS 减分率不低于 50%，记为痊愈；不低于 35%，记为显效；不低于 20%，记为有效；小于 20%，则为无效。（痊愈＋显效＋有效）例数 / 总例数× 100%= 总有效率。

* 基金项目：广东省茂名市科技计划项目课题（编号：20140330）

1.4　统计学处理　采取统计学软件 SPSS19.0 进行数据汇总和分析处理，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验。$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者临床疗效比较　观察组痊愈率和总有效率明显高于对照组，无效率明显低于对照组，差异均有统计学意义，$P<0.05$。见表 1。

2.2　两组患者治疗前后Y-BOCS 评分比较　治疗前，观察组与对照组的强迫行为评分、强迫观念评分和 Y-BOCS 总分无显著区别，差异无统计学意义，$P>0.05$。治疗后，两组的强迫行为评分、强迫观念评分和 Y-BOCS 总分均有所改善，治疗前后组内比较差异均有统计学意义，$P<0.05$。见表 2。

表 1　两组患者临床疗效比较[例（%）]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	26	15（57.7）	7（26.9）	3（11.5）	1（3.8）	25（96.2）
对照组	26	6（23.1）	4（15.4）	4（15.4）	12（46.2）	14（53.8）
χ^2		6.46	1.03	0.01	12.46	4.87
P		<0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.05

表 2　两组患者治疗前后 Y-BOCS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	强迫行为		强迫观念		Y-BOCS 总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	12.18± 2.67	3.74± 1.12	12.25± 3.16	6.18± 1.54	24.78± 5.62	9.82± 3.16
对照组	13.06± 2.58	7.87± 2.34	12.17± 2.88	7.12± 1.63	24.74± 5.47	16.37± 4.47
t	1.018	6.623	0.179	1.778	0.218	5.076
P	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.3　两组不良反应发生情况　观察组出现失眠 2 例、恶心 6 例、口干 8 例、头晕 3 例、心慌 7 例、嗜睡 2 例；对照组出现失眠 3 例、恶心 5 例、口干 9 例、头晕 4 例、心慌 8 例、嗜睡 3 例。两组的不良反应发生情况无显著区别，差异无统计学意义，$P>0.05$。

3　讨论

强迫症的发病机理与患者脑内 5-HT 功能低下相关[5]，因此，临床应用 5-HT 再摄取抑制剂氯丙咪嗪，可有效控制患者的强迫症状。但单用氯丙咪嗪对强迫症进行治疗的总有效率不高，临床症状改善不显著。

暴露疗法是通过让患者接触使其激动的事物，使患者情绪紧张，然后指导患者进行对抗练习，从而逐渐产生适应性，缓解强迫症状的治疗方法。通常强迫症患者对某事物高度关注时，其大脑皮层兴奋性会有所提升，此时所引起的负诱导加强，从而对病理兴奋灶起到局限作用，对削弱强迫症状具有促进作用[6]。联合应用氯丙咪嗪与暴露疗法治疗强迫症患者，不仅临床疗效显著，相比于单用氯丙咪嗪，可有效改善患者的强迫行为，降低 Y-BOCS 评分。但两种治疗方式，对患者的强迫观念的改善效果相当，相比于未接受治疗前，两种治疗方式均不同程度的改善了患者的强迫行为与强迫观念。本次研究，观察组的总有效率为 96.2%，明显高于对照组的 53.8%；观察组的 Y-BOCS 总分为（9.82± 3.16）分，明显低于对照组的（16.37± 4.47）分，差异均有统计学意义，$P<0.05$。

综上所述，采用氯丙咪嗪联合暴露疗法治疗强迫症的临床疗效良好，可有效降低患者对刺激的敏感程度，控制患者的强迫行为，对提升病人的适应性，缓解强迫症状具有积极意义，值得临床推广。

参考文献

[1]刘英,刘丽清,杨世昌.强迫症的病因及治疗研究进展[J].菏泽医学专科学校学报,2014,26(1):61-63

[2]郭雅明,马雁冰.强迫症中西医结合分型标准及中医论治[J].中医临床研究,2015,7(36):100-103

[3]汪正安,梁萍,叶晓燕,等.“暴露 / 不反应疗法”治疗一例强迫症的案例报告[J].现代妇女(医学前沿),2014,8(12):72-73

[4]李素君,罗伟连,杨峰.暴露和仪式行为阻止法对强迫症的效果分析[J].中国实用医药,2015,10(15):190-191

[5]张蒙蒙,杨彦春.难治性强迫症治疗进展[J].华西医学,2014,29(7):1380-1383

[6]李静.强迫症及其治疗方法[J].中国医药指南,2014,12(8):256-257

（收稿日期：2016-08-16）

（上接第 10 页）

[10]陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013.1711-1715

[11]刘春鹏.痰热清注射液的药物分析及临床应用[J].中医药临床杂志,2013,25(1):8-9

[12]汪洋清.痰热清药物不良反应报告分析[J].中国实用医药,2010,5(22):130-131

[13]张研,杨毅恒,刘芳,等.痰热清注射液雾化吸入治疗呼吸系统疾病的系统评价[J].中国医院用药评价与分析,2010,10(6):483-487

[14] 范红艳. 雾化吸入药物在呼吸科患者应用体会 [J]. 当代医学,2015,21(28):78-79

[15]冯玉麟.成人慢性气道疾病雾化吸入治疗专家共识[J].中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(2):105-110

（收稿日期：2016-10-10）