

柴胡疏肝散联合西药预防脑卒中后抑郁 30 例临床观察

周 荣 吴志敏 胡万华

(浙江中医药大学附属温州中医院, 浙江温州 325000)

摘 要 目的: 观察柴胡疏肝散联合西药对脑卒中后抑郁的防治效果。方法: 将 60 例脑卒中患者随机分为治疗组和对照组, 每组 30 例。对照组予脑卒中基础治疗, 治疗组在对照组的基础上加用中药柴胡疏肝散。比较 2 组患者治疗前及治疗后第 4 周、8 周、12 周、24 周发生抑郁的人数及汉密顿抑郁量表 (HAMD) 评分、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分。结果: (1) 2 组患者治疗后 HAMD 评分均升高 ($P<0.05$), 但治疗组评分明显低于对照组 ($P<0.05$); (2) 治疗后 2 组均出现不同比例的抑郁患者, 但对照组出现抑郁的患者人数较治疗组明显增多 ($P<0.05$); (3) 2 组患者治疗后 NIHSS 评分均降低 ($P<0.05$), 但治疗组治疗后第 8 周、12 周、24 周的评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论: 在脑卒中常规治疗基础上加用中药柴胡疏肝散, 能有效预防脑卒中患者抑郁的发生, 促进神经功能的康复。

关键词 柴胡疏肝散 抑郁 中风后遗症 柴胡疏肝散 中西医结合疗法

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X (2017) 11-0036-03

脑卒中后抑郁 (post stroke depression, PSD) 是指脑血管疾病发生后 2 年内出现的以情绪低落、活动机能减退、思维功能迟缓为主要特征的一类情感障碍性疾病^[1]。PSD 影响患者认知、语言及缺损神经功能的恢复, 使患者的生存质量下降, 甚至会增加患者的死亡率。目前针对未发生抑郁的脑卒中患者预防抑郁发生的相关研究不多, 尤其是中医药预防卒中患者发生抑郁更是少见。中医学历来重视预防医学的思想, 强调未病先防, 既病防变。本研究拟观察在西医常规治疗基础上联合柴胡疏肝散治疗脑卒中能否降低 PSD 的发生率及对神经功能恢复情况的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2016 年 3 月至 2016 年 12 月浙江中医药大学附属温州中医院神经内科门诊及住院的脑卒中患者 60 例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组男 15 例, 女 15 例; 平均年龄 (65.1 ± 10.81) 岁; 汉密顿抑郁量表 (HAMD) 评分 (4.24 ± 1.68) 分, 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分 (10.93 ± 4.96) 分; 平均病程 (6.9 ± 3.8) d。对照组男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (65.7 ± 11.24) 岁; HAMD 评分 (3.97 ± 1.77) 分, NIHSS 评分 (11.42 ± 5.38) 分; 平均病程 (7.1 ± 4.1) d。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 脑卒中诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^{[2][49]}, 抑郁诊断标准参照《中国精神疾病分类与诊断标准》^[3]。

1.3 纳入标准 符合脑卒中诊断标准; 年龄 45~80 岁, 性别不限; HAMD24 项总分 <8 分者; 意识清楚, 查体合作, 无失语及严重认知障碍者; 病程 ≤ 14 d; 签署知情同意书。

1.4 排除标准 精神病史及精神病家族史者; 恶性肿瘤, 甲状腺功能减退, 严重肝肾功能不全或心脑血管疾病者; HAMD24 项总分 >8 分者; 有酒精、药物滥用史者; 对研究中使用的药物成分过敏者。

1.5 剔除及脱落标准 不符合纳入标准及被误入的病例; 未按规定完成治疗或资料不全等影响疗效或安全性判定者; 自行退出者及研究过程中发生严重不良反应而不宜继续进行临床观察者; 重度抑郁发作及有自杀倾向者, 或 HAMD24 项 >35 分者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予脑卒中基础治疗, 参照 2010 年《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^{[2][52]}。符合静脉溶栓指征, 予阿替普酶针 0.9mg/kg; 无溶栓指征, 予拜阿司匹林肠溶片 300mg/d, 2 周后 100mg/d, 疗程 24 周; 立普妥片 (辉瑞制药) 40mg/d, 疗程 24 周; 恩必普胶囊 (石药集团) 200mg/d, 疗程 2 周; 凯时 (北京泰德制药) 10μg/d, 疗程 2 周; 依达拉奉针 (先声

基金项目: 温州市科学技术局科技计划项目 (Y20150124)

药业) 30mg/次, 2次/d, 疗程2周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用中药柴胡疏肝散, 药物组成: 陈皮 9g, 柴胡 10g, 川芎 6g, 香附 10g, 枳壳 5g, 生白芍 10g, 炙甘草 3g。日 1 剂, 早晚 2 次分服。4 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 HAMD量表 由Hamilton于1960年编制, 是临床上评定抑郁状态时应用得最为普遍的量表。本课题采用24项版本, 其总分能较好地反映疾病严重程度, 即病情越轻, 总分越低; 病情愈重, 总分愈高。评价标准: 总分<8分为正常; 总分8~20分为可能有抑郁症; 总分20~35分为肯定有抑郁症; 总分>35分为严重抑郁症。^[4]

3.1.2 NIHSS量表 用于评估脑卒中患者神经功能缺失严重程度的量表, 该表使用简便, 可一天内多次检查, 内容一致性好。包含意识、凝视、视野、面瘫、肢体运动、共济、感觉、语言、构音、忽视等11个部分。分数越高, 表示神经功能缺失程度越严重。^[5]

3.2 统计学方法 应用SPSS 16.0软件进行统计学处理。计量资料采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后HAMD评分比较 随着病程的延长, 2组患者HAMD评分较治疗前均升高 ($P<0.05$), 但治疗组明显低于对照组 ($P<0.05$)。详见表1。

3.3.2 2组患者治疗后抑郁发生人数比较 随着病程进展, 2组均出现不同比例的抑郁患者, 但对照组同时时间段出现抑郁的人数明显多于治疗组 ($P<0.05$)。详见表2。

3.3.3 2组患者治疗前后NIHSS评分比较 2组治疗后NIHSS评分较治疗前均降低 ($P<0.05$), 但治疗组治疗后第8周、12周、24周评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。详见表3。

4 讨论

脑卒中是我国第一致死病因, 巨大的医疗资源消耗、久治不愈的病程、长期的康复训练、缓慢的康复效果不仅给社会和家庭带来沉重的负担, 而且给患者带来巨大的精神压力, 常常导致患者出现紧张、抑郁等消极情绪, 甚至导致抑郁症、自杀等发生^[6-8]。脑卒中后抑郁症是脑卒中常见的并发症, 发病率一般在40%~50%^[9]。

生活规律紊乱、病情康复不确定性以及社会功能落差, 均可导致脑卒中后抑郁症的发生。症状一般表现为情绪低落、睡眠障碍、思想迟缓、食欲减退等, 严重影响患者及其家属的生活质量, 阻碍神经功能的恢复, 增加患者的死亡率^[10]。脑卒中后抑郁采用文拉法辛等西药治疗不良反应发生率较高, 治疗依从性差, 难以达到预期的治疗效果, 并且增加了患者痛苦^[11]。

脑卒中后抑郁在中医学属“郁证”范畴。主要由于情志不舒、气机不畅、脏脏功能失调, 造成心血不足、疏泄失职、筋脉失养、气血生化不足、虚阳上浮等^[12]。五志过极、七情内伤为郁病的主要病因, 素体虚弱或性格内向、肝气易结者为郁病发生的体质因素。忧思郁怒、精神紧张、过度思虑、悲哀愁忧等情志刺激, 均可使肝气郁结, 脾失健运, 心神受损, 渐至脏腑气血阴阳失调而成郁病。《丹溪心法·六郁》提出: “气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉。故人身诸病, 多生于郁。”《素问·六元正纪大论》指出“木郁达之”, 故郁证总的治则为疏通气机。柴胡疏肝散出自《景岳全书》, 是治疗肝气郁结之代表方, 为中医治疗情志异常证候的常用方剂, 主治肝气郁结及气郁导致的血滞。方中柴胡疏肝行气解郁; 香附、川芎既助柴胡以解肝郁, 又增行气活血止痛之效; 陈皮、枳壳理气行滞和中; 芍药、甘草缓急止痛, 使肝气调达, 气血通畅。诸药合用, 共奏疏肝理气、调和肝脾之功。

本研究结果表明在脑卒中常规治疗的基础上加用中药柴胡疏肝散, 可明显降低NIHSS评分, 有效预防脑卒中患者抑郁的发生, 促进神经功能的康复, 值得临床推广应用。今后拟进一步扩大样本量, 并与抗抑郁药物对脑卒中后抑郁的防治效果做对照研究, 为临床提供更加可靠的依据。

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

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗8周后	治疗12周后	治疗24周后
治疗组	30	4.24±1.68	5.69±1.94 [*]	6.96±2.28 [#]	7.04±2.40 [#]	7.35±2.87 [#]
对照组	30	3.97±1.77	8.24±3.18 [*]	10.21±3.75 [*]	11.71±4.26 [*]	11.80±4.93 [*]

注: *与本组治疗前比较, $P<0.05$; #与对照组同时时间段比较, $P<0.05$ 。

表2 治疗组与对照组治疗后抑郁发生人数比较 例 (%)

组别	例数	治疗4周后	治疗8周后	治疗12周后	治疗24周后
治疗组	30	2 (6.67) [#]	4 (13.33) [#]	7 (23.33) [#]	10 (33.33) [#]
对照组	30	9 (30.00)	14 (46.67)	18 (60.00)	21 (70.00)

注: #与对照组同时时间段比较, $P<0.05$ 。

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

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗8周后	治疗12周后	治疗24周后
治疗组	30	10.93±4.96	6.46±2.84 [*]	4.85±1.74 [#]	4.46±1.68 [#]	4.10±1.39 [#]
对照组	30	11.42±5.38	8.87±3.04 [*]	8.68±3.75 [*]	8.04±3.14 [*]	7.81±3.07 [*]

注: *与本组治疗前比较, $P<0.05$; #与对照组同时时间段比较, $P<0.05$ 。

川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平影响的临床研究

王克俭 朱桂松 诸虹 吴同启 陈华尧

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘要 目的:观察川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平的影响。方法:将32例胃肠功能紊乱的危重症患者按照随机数字表法分为治疗组17例和对照组15例,2组均结合基础病给予相应常规内科治疗,治疗组在此基础上加用川黄合剂(50mL/次,3次/d),疗程2周。分别于治疗前及治疗第7、14d测定并比较2组患者促胃液素(GAS)、胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)水平,统计急性生理与慢性健康评分(APACHE II评分)和胃肠功能障碍评分。结果:2组患者治疗后APACHE II评分、胃肠功能障碍评分较治疗前有不同程度降低,治疗第14日治疗组上述评分均明显低于对照组($P<0.05$);治疗后治疗组GAS、MTL水平均较治疗前明显升高($P<0.05$),也明显高于同期对照组($P<0.05$),VIP水平平稳;对照组治疗后VIP水平较治疗前明显上升($P<0.05$)。结论:川黄合剂可通过调整胃肠激素水平,改善危重症胃肠功能障碍患者的临床症状。

关键词 危重症 胃肠功能紊乱 胃肠激素 川黄合剂 中西医结合疗法

中图分类号 R459.7

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)11-0038-03

重症患者易发生胃肠功能紊乱,具体包括消化吸收障碍、动力障碍和屏障障碍等,临床表现为腹胀、腹痛、无排便排气及消化道出血等,查体可见腹部膨胀、肠鸣音减弱或消失^[1]。胃肠功能障碍易造成肠道细菌移位,肠源性感染,成为多脏器功能障碍综

合症(MODS)的启动因素之一^[2],加重了患者的治疗负担。我们临床使用川黄合剂治疗胃肠功能紊乱等病症,取得了较好的疗效。本研究观察了川黄合剂对危重症患者胃肠激素水平的影响,探索其治疗机制,现将结果报道如下。

基金项目:南京市医学科技发展项目(YKK14144)

参考文献

- [1] 张海东,李峰,马翊斌.脑卒中后抑郁的研究进展[J].卒中与神经疾病,2014,21(1):63.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2).
- [3] 李雪荣,苏林雁,罗学.中国精神疾病分类与诊断标准第三版(CCMD-3)儿童青少年部分的修订与现场测试[J].中国心理卫生杂志,2002,16(4):2301.
- [4] 赵燕,李雪,徐雯洁,等.抑郁症患者HAMD量表因子分与证候要素的相关性分析[J].天津中医药,2009,26(6):515.
- [5] 寇鹏,石学敏.醒脑开窍法针刺治疗中风疗效回顾及NIHSS量表评价分析[J].山西中医,2015,31(5):41.
- [6] 吴进纯,杨波,罗成凤,等.疏肝解郁胶囊配合综合心理干预对脑卒中后抑郁症的30例分析[J].重庆医学,2014,43(4):419.
- [7] 郭瑜韩.心理干预对脑卒中吞咽障碍后抑郁患者的效果观察[J].中外医学研究,2013,11(35):99.
- [8] 潘小丽.脑卒中患者应用舒适护理的效果观察[J].中国现代医生,2013,51(27):100.
- [9] 杨玲俐,张志璐.卒中后抑郁的流行病学及临床特点[J].中国卒中杂志,2007,2(11):907.
- [10] 段思羽,赵庆华.中风后抑郁症的中医护理干预疗效探析[J].时珍国医国药,2012,23(7):1842.
- [11] FITZPATRICK A M, TEAGUE W G, MEYERS D A, et al. Heterogeneity of severe asthma in childhood: Confirmation by cluster analysis of children in the National Institutes of Health/National Heart, Lung, and Blood Institute Severe Asthma Research Program[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2011, 127(2):383.
- [12] 于文娟,朱丽萍.中医药治疗抑郁症的研究进展[J].精神医学杂志,2012,25(5):396.

第一作者:周荣(1984—),男,医学硕士,主治医师,研究方向为中西医结合情志病防治。

通讯作者:胡万华,本科学历,主任医师,硕士研究生导师。2245980195@qq.com

收稿日期:2017-07-19

编辑:王沁凯 强雨叶(助理)