

加味四逆散联合腹针治疗脑卒中后抑郁临床疗效观察

陈慧敏 高敏 余婷

【摘要】 目的 探讨加味四逆散联合腹针治疗脑卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)的临床疗效。**方法** 将确诊为 PSD 的 80 例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组予加味四逆散口服并联合腹针,对照组予帕罗西汀片口服,观察其临床疗效及不良反应。**结果** 治疗组总有效率为 92.5%,对照组总有效率为 85%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);且治疗组未出现不良反应。**结论** 加味四逆散联合腹针治疗脑卒中后抑郁疗效优于西医抗抑郁药物,且无明显副作用。

【关键词】 加味四逆散 腹针 卒中后抑郁

【中图分类号】 R749.1⁺3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1007-0478(2016)05-0347-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2016.05.011

PSD 是指是指脑卒中后出现的抑郁情绪或处于抑郁的状态,是脑卒中的重要并发症之一,属于继

发性抑郁,表现为情绪低落、言语减少、睡眠障碍、食欲不佳、兴趣缺乏、精力不足、主动性差、不配合康复治疗等。卒中属于脑血管疾病,抑郁则是其常见的并发症,其发病率 20%~60%,影响患者的预后和

作者单位:510000 广州中医药大学研究生(陈慧敏 余婷);广东省第二中医院脑病科(高敏)

- [3] Gan J, Zhou M, Chen W, et al. Non-motor symptoms in Chinese Parkinson's disease patients[J]. J Clin Neurosci, 2014, 21(5): 751-754.
- [4] Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, et al. Accuracy of clinical-diagnosis of idiopathic parkinsons-disease-a clinicopathological study of 100 cases[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1992, 55(3): 181-184.
- [5] Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Brown RG, et al. The metric properties of a novel non-motor symptoms scale for Parkinson's disease: Results from an international pilot study[J]. Mov Disord, 2007, 22(13): 1901-1911.
- [6] Wang G, Hong Z, Cheng Q, et al. Validation of the Chinese non-motor symptoms scale for Parkinson's disease: results from a Chinese pilot study[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2009, 111(6): 523-526.
- [7] Berg D, Postuma RB, Adler CH, et al. MDS research criteria for prodromal Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2015, 30(12): 1600-1611.
- [8] Tomlinson CL, Stowe R, Patel S, et al. Systematic review of levodopa dose equivalency reporting in Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2010, 25(15): 2649-2653.
- [9] Peto V, Jenkinson C, Fitzpatrick R, et al. The development and validation of a short measure of functioning and well being for individuals with Parkinson's disease[J]. Qual Life Res, 1995, 4(3): 241-248.
- [10] Tsang KL, Chi I, Ho SL, et al. Translation and validation of the standard Chinese version of PDQ-39: a quality-of-life measure for patients with Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2002, 17(5): 1036-1040.
- [11] Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2015, 30(12): 1591-1601.
- [12] Guo X, Song W, Chen K, et al. Disease duration-related differences in non-motor symptoms: a study of 616 Chinese Parkinson's disease patients[J]. J Neurol Sci, 2013, 330(1/2): 32-37.
- [13] Martinez-Martin P, Schapira AH, Stocchi F, et al. Prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease in an international setting: study using nonmotor symptoms questionnaire in 545 patients[J]. Mov Disord, 2007, 22(11): 1623-1629.
- [14] Jellinger KA. Neuropathobiology of non-motor symptoms in Parkinson disease[J]. J Neural Transm, 2015, 122(10): 1429-1440.
- [15] 干静, 刘振国, 周明珠, 等. 帕金森病患者非运动症状的研究[J]. 中华老年医学杂志, 2008, 27(6): 409-412.
- [16] Haasum Y, Fastbom J, Johnell K. Use of antidepressants in Parkinson's disease: A Swedish register-based study of over 1.5 million older People[J]. Parkinsonism Relat Disord, 2016, 27(16): 85-88.
- [17] Brandt-Christensen M, Kvist K, Nilsson FM, et al. Treatment with antiparkinson and antidepressant drugs: a register-based, pharmaco-epidemiological study [J]. Mov Disord, 2007, 22(14): 2037-2042.
- [18] Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, et al. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2008, 23(2): 183-189.
- [19] 秦朝晖, 陈彪, 张丽燕, 等. 早期帕金森病患者非运动性症状与健康相关生活质量的研究: 随机对照临床试验[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2009, 9(3): 246-251.

(2016-06-08 收稿)

恢复。^[1]随着脑卒中患者发病率升高及发病年轻化, PSD 的发病也呈上升趋势,越来越引起人们的重视。对于 PSD 的治疗,目前一般主张使用 SSRIs 类抗抑郁药物,但此类药物存在较多使用禁忌,也存在不少副作用^[2]。本研究近年来采用加味四逆散联合腹针治疗 PSD,并与 SSRIs 类代表药物帕罗西汀片进行对照,现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 收集 2014 年 11 月~2015 年 11 月本院门诊及住院的 PSD 患者 80 例,男 46 例,女 34 例,年龄 45~75 岁,其中脑梗死 47 例,脑出血 33 例。2 组患者一般资料见表 1,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例均符合中华神经科学会 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》^[3]及中华医学会精神科分会编制的《中国精神障碍分类与诊断标准 CCMD-3》^[4];国家中医药管理局脑病急症协作组起草制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]及中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准·郁病》的诊断^[6]。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②经 1~3 次的头颅 CT 或 MRI 检查确诊;③首发脑卒中 2 周后及 6 个月内,意识清楚,无智力障碍,能配合检查;④所有患者在接受药物治疗前,汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)总分 >17 且 <35 分;⑤首诊 1 周内未服用抗抑郁制剂,2 周内无使用单胺氧化酶抑制剂;⑥近 3 个月内无使用过甘草、皮质激素、促肾上腺皮质激素 (ACTH)或类似物;⑦入组前血、尿、粪常规及肝肾功能正常,无严重心、肝、肾疾病史;⑧无精神疾病史及癫痫病史,无药物过敏史。

1.4 排除标准 ①年龄 >75 岁或年龄 <45 岁;②脑卒中 2 周以内及超过 6 个月者;③生命体征不稳定或合并严重肝肾系统疾病者;④严重失语、失认无法沟通者;⑤西医诊断为非抑郁性精神病患者;⑥重度抑郁症者;⑦不符合中医诊断标准者。

1.5 治疗 治疗组与对照组都维持原基础病治疗,如高血压病、糖尿病者,维持原降压降糖药,使血压及血糖稳定在正常范围内;并维持原降脂及抗血小板聚集药物。治疗组在上述基础上给予加味四逆散联合腹针治疗。加味四逆散组方:柴胡 10 g、白芍 10 g、枳壳 10 g、牡丹皮 10 g、山栀 10 g、珍珠母 30 g、龙骨 30 g、牡蛎 30、甘草 5 g。1 剂/d,水煎至 200 mL,再复煎取汁 200 mL,2 次药液混合,分早晚各 1 次,同时配合腹针进行治疗。腹针具体操作为 ①腹针取穴:选取中脘(腹正中线脐上 4 寸)、关元(腹正中线脐下 3 寸)、双侧滑肉门(腹正中线脐上 1 寸并左右旁开 2 寸)、外陵(腹正中线脐下 1 寸并左右旁开 2 寸)、双侧上风湿点(脐中上 1.5 寸,距前正中线左右旁开 2.5 寸)、大横(脐左右旁开 3.5 寸);②操作方法:针刺应用毫针,患者取仰卧位,用 75%乙醇常规消毒针刺部位,进针时采取直刺,深度为穿过皮下、位于在肌层之上、脂肪层之间,快进针,只捻转,不提插,无须得气的感觉。留针 30 min 后起针,1 次/d,连续针刺 5 d,停针 2 d,共治疗 6 周。对照组予盐酸帕罗西汀片(浙江尖峰药业),每次 20 mg,1 次/d,晨服。

1.6 疗效评定 中医疗效标准参照 1994 年 6 月国家中医药管理局公布的《中医病症诊断疗效标准》制定。痊愈:症状完全消失,情绪恢复正常;显效:主要症状明显好转,情绪基本稳定;有效:部分症状好转,情绪稍有改善;无效:症状及情绪均无改善。以及两组治疗 6 周后分别给予汉密尔顿(HAMD)评分。

1.7 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行数据处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 PSD 患者临床疗效比较,治疗组总有效率为 92.5%,对照组总有效率为 85%,治疗组总有效率均明显高于对照组 ($P<0.05$) (表 2)。2 组 HAMD 评分在治疗前后差异有统计学意义 ($P<0.05$) (表 3)。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄(岁)	原发病(例)		病程(月)	HAMD 评分(分)
		男	女		脑梗死	脑出血		
治疗组	40	22	18	65±6.9	25	15	4±4.8	20±3.6
对照组	40	24	16	62±8.8	22	18	5±3.0	21±1.7

表 2 2 组疗效比较

组别	n	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效 率(%)
治疗组	40	18	10	9	3	92.5*
对照组	40	19	7	8	6	85

注:与对照组比较,* P<0.05

表 3 2 组疗效前后 HAMD 评分比较

组别	n	HAMD	
		治疗前	治疗后
治疗组	40	20.0±1.6	9.0±5.9△
对照组	40	21.0±2.7	11.0±6.3△

注:与同组治疗前比较,△P<0.05

2.2 不良反应 对照组在治疗过程中出现的不良反应依次为头晕 2 例,便秘 2 例,口干 3 例,食欲减退 1 例,而治疗组未出现明显不良反应。

3 讨 论

PSD 属于中医学“中风病”与“郁病”之合病,不少医家^[7]认为中风后由于半身不遂、言语不利,生活不能自理,难以接受现实及医疗费用庞大等情志刺激,致肝失疏泄,肝气郁结,肝郁横逆侮脾,脾失健运,水湿不化,聚而成痰,痰气郁结,上扰清窍,蒙蔽心神,神志逆乱发为抑郁。因此,治疗宜采用疏肝理气、健脾祛湿为法。

四逆散出自《伤寒论》:“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。”我们在四逆散原方的基础上化裁出加味四逆散,方中柴胡味薄气升,疏肝解郁,透达阳气,枳实味苦主降,破气散结,宣通胃络,一升一降,气机调畅;白芍、甘草制肝和脾,缓急益阴,配合牡丹皮、栀子清心肝之火,凉血活血;龙骨、牡蛎、珍珠母平肝潜阳,镇静安神;全方共奏疏肝解郁、理气化痰之功。我们既往的研究也发现加味四逆散对 PSD 有明显的疗效,与西医抗抑郁药疗效相当。^[9]

本研究在既往研究的基础上发现奇经八脉可以

充分调节十二经的经气。由于人体腹部的脏腑最多,经络最广泛,腧穴最密集,利用腹部的经络调节人体的脏腑路径最短,效应最快。其中脘是胃经募穴、脾经结穴,为健脾要穴;联合下脘共起理中焦、调升降作用。关元是小肠经募穴,起补肾固本作用。双侧滑肉门、外陵四穴合称为“腹四关”,是脏腑之气布输四肢之关,主要作用在于疏通经络、行气血,使全身气血平衡。双滑肉门穴配双上风湿点穴可柔肝健脾;双上风湿点穴配滑肉门、外陵穴可舒肝理气,降逆除烦,缓解精神紧张。大横是脾经经穴,具有健脾祛湿、滑利关节作用。

本研究发现,加味四逆散联合腹针治疗 PSD,汉密尔顿评分及减分率均优于西医抗抑郁药物帕罗西汀片,且无明显不良反应。本研究认为,加味四逆散联合腹针治疗 PSD 安全有效,值得临床进一步推广。

参 考 文 献

[1] 马强,杨小敏.中西医结合治疗卒中后抑郁研究进展[J].现代中医药,2012,32(5):85-87.

[2] 徐俊冕.SSRI 类抗抑郁药的临床应用经验[J].国外医药:合成药、生化药、制剂分册,2001,22(4):207-209.

[3] 中华医学会全国第 4 次脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损评分功能标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):181-183.

[4] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3 版.济南:山东科学技术出版社,2001:145-146.

[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断、疗效评定标准[J].陕西中医,1988,19(9):434.

[6] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准-中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:20.

[7] 张静.自拟解忧安神汤治疗卒中后抑郁 72 例疗效观察[J].中国医药导报,2008,5(12):50-50, 59.

[8] 李仲亮.内外合治对脑卒中后抑郁的疗效观察[J].中医药导报,2009,15(11):23-24.

[9] 钟旭敏,林莹莹,林冰.加味四逆散治疗卒中后抑郁症的临床研究[J].中华中医药学刊,2008,26(8):1817-1819.

(2016-03-03 收稿 2016-04-11 修回)