

# 中西药配合治疗脑梗死后抑郁症 30 例

★ 叶时龙 (浙江省奉化市中医院 奉化 315500)

关键词:脑梗死;抑郁症;解郁安神汤;百忧解

中图分类号:R 743 文献标识码:A

中风后抑郁是中风病的常见并发症之一,其中以脑梗死后抑郁症为多见,患者表现为中风后悲观、失望,对工作生活失去兴趣,对疾病的康复丧失信心,不能积极、主动地配合治疗,甚至拒绝进食,自杀等,严重影响中风病患者的康复及预后。据统计,美国每年卒中的 600 万人中,抑郁症的发生率为 22%~60%<sup>[1]</sup>,因其较高的发病率,已逐渐引起人们的重视。我院中风病专科从 2001 年 8 月~2004 年 7 月,采用自拟解郁安神汤配合西药百忧解治疗脑梗死后抑郁症 30 例,收到良好疗效。现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 病例资料 根据临床症状及 HAMD 抑郁量表评分入选 60 例脑梗死后抑郁患者,全部病例来自我院中风病专科门诊及住院脑梗死患者,其中男性 31 例,女性 29 例;年龄最大 86 岁,最小 45 岁,平均年龄 66.1 岁;轻度抑郁 37 例,中度抑郁 18 例,重度抑郁 5 例;病种分布:左侧脑梗死 20 例,右侧脑梗死 16 例,多发性脑梗死 14 例,腔隙性脑梗死 10 例;脑梗死病程:最短 1.1 个月,最长 38 个月,平均 3.2 个月。随机分成两组,治疗组 30 例,对照组 30 例,两组性别、年龄、主要病史、病程、病情等分布情况均相似,无显著性差异,具有可比性( $P>0.05$ )。

1.2 诊断标准 参照 1995 年第 4 次全国脑血管病学术会议制定的标准<sup>[2]</sup>,并经 CT 或 MRI 证实为脑梗死;其抑郁状态符合美国 DSM-III-R 抑郁症诊断标准<sup>[3]</sup>。

## 2 方法

2.1 治疗方法 治疗组:自拟解郁安神汤,方药:柴胡 10 g,郁金 10 g,生白芍 15 g,石菖蒲 10 g,茯苓 15 g,柏子仁 15 g,远志 10 g,当归 10 g,炒酸枣仁 15

g,桃仁 10 g,红花 10 g,枳实 6 g。以上中药加清水 300 mL,煎汁 100 mL,再复煎取汁 100 mL,2 次药液混合,早晚分服,1 剂/日,同时服用百忧解(美国礼来亚洲公司生产)每次 20 mg,每天 1~2 次,60 天为一疗程。

对照组:只给予百忧解(美国礼来亚洲公司生产)口服,每次 20 mg,每天 1~2 次,60 天为一疗程。

2.2 统计学方法 计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )描述,疗效比较采用 Ridit 分析,评分变化应用  $t$  检验。

## 3 结果

3.1 疗效标准 (1)根据汉密顿抑郁量表(HMAD)<sup>[4]</sup>,选择 24 项症状与体征按 5 级评分法进行评分,记录治疗前后两组患者评分的变化,分为临床治愈、显效、有效、无效四级。临床治愈:HMAD 评分变化大于 90% 以上;显效:HMAD 评分变化在 75%~90% 之间;有效:HMAD 评分变化在 50%~75% 之间;无效:HMAD 评分变化小于 50%。

(2)神经功能缺损程度评分参照 1995 年第 4 次全国脑血管病学术会议制订的标准<sup>[2]</sup>,记录治疗前后评分的变化,按脑血管疾病的疗效判定标准判定脑血管疾病的疗效。

## 3.2 治疗结果

3.2.1 疗效比较 见表 1。

| 表 1 两组临床疗效对比 |    |    |    |    |    |         | 例        |
|--------------|----|----|----|----|----|---------|----------|
| 组别           | 例数 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 愈显率 (%) | 总有效率 (%) |
| 治疗组          | 30 | 6  | 12 | 9  | 3  | 60      | 90       |
| 对照组          | 30 | 3  | 10 | 11 | 6  | 43.33   | 80       |

注:经 Ridit 分析,两组间疗效相比有显著性差异, $P<0.05$ 。

## 3.2.2 两组汉密顿抑郁评分对照 见表 2。

表 2 两组对汉密顿抑郁评分的影响

| 组别  | 例数 | 治疗前总分      | 治疗后总分         |
|-----|----|------------|---------------|
| 治疗组 | 30 | 30.15±4.28 | 14.24±2.56**△ |
| 对照组 | 30 | 31.07±4.78 | 19.29±3.35*   |

注:与治疗前相比 \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ;与对照组同期相比  $\Delta P < 0.01$ 。

## 3.2.3 两组神经缺损评分对照 见表 3。

表 3 两组对神经缺损评分的影响

| 组别  | 例数 | 治疗前总分      | 治疗后总分         |
|-----|----|------------|---------------|
| 治疗组 | 30 | 25.12±3.15 | 12.56±3.05**△ |
| 对照组 | 30 | 24.95±3.36 | 17.81±2.94*   |

注:与治疗前相比 \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ;与对照组同期相比  $\Delta P < 0.01$ 。

## 3.2.4 两组用药后不良反应对照 见表 4。

表 4 两组用药后不良反应比较

| 组别  | 胃肠道不适<br>(厌食、恶心、腹泻) | 植物神经功能紊乱<br>(头痛、失眠、颤抖、流汗) |
|-----|---------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 9*                  | 8*                        |
| 对照组 | 13                  | 15                        |

注:与对照组相比 \*  $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

脑梗死为中风病最常见的类型,中风后,由于风、痰、火、瘀、郁结致使气血郁滞不畅,肝气失其条达,神明失其清展,同时,中风患者对自身疾病预后的担忧,情绪低落,忧思悲哀,肝气郁结不得疏泄,

气滞、血瘀、痰湿三邪扰乱神明,导致抑郁症。故中风合并抑郁既有郁病情志不舒、气机不畅的特点,又有中风的特点,与气血失调、痰瘀互结、上扰清窍、心神紊乱有关。中医辨证当属病后郁证范畴,治以疏肝解郁、活血祛瘀、安神开窍为主,据此,笔者拟定了解郁安神汤,方中柴胡疏肝解郁,白芍、当归养血柔肝,可防柴胡劫肝阴之弊;郁金入气分又入血分,行气解郁、凉血清心,合当归养血活血而解郁作用更强;柴胡、芍药、当归、郁金四药相伍,共奏疏肝解郁之功;柏子仁、远志、炒酸枣仁养心安神,茯苓健脾燥湿,枳实调畅气机;当归、桃仁、红花活血化瘀,促进机体代谢,改善大脑供血,提高大脑皮质兴奋性,配合理气解郁药,可改善抑郁状态;气滞、痰瘀互为因果,故用石菖蒲、远志祛痰开窍,安神定志,诸药相伍,共奏疏肝理气、活血化瘀、祛痰开窍、醒脑安神之功。

## 参考文献

- [1]冯蓓蓓,王翊楚,原丽芳,等.卒中后抑郁研究现状[J].国外医学脑血管疾病分册,1999,1(7):14
- [2]中华神经学会,中华神经外科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [3]Robinson RG, Szelela B. Mood changes following left hemisphere brain injury[J]. Am Neurol, 1981(9):447
- [4]张明圆.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121

(收稿日期:2005-12-27)

## 疏肝理脾法治疗五更泄泻 73 例

★ 沈焱彬 (浙江省仙居县中医院 仙居 317300)

关键词:疏肝理脾法;五更泄泻

中图分类号:R 242 文献标识码:B

五更泄泻一病,前人多责之于肾阳虚弱,脾失温养所致,以温养脾胃法治疗大多有效,但也会碰到效果不理想的病人。作者在临床中发现用温养脾胃法无效的五更泄泻病人多伴有胸胁胀闷、暖气、脉弦等肝郁表现,故考虑其腹泻可能为肝郁犯脾,脾胃虚弱,运化失常所致,采用疏肝理脾法治疗,获得了一定疗效,现报告如下。

## 1 一般资料

本组 73 例中,男 22 例,女 51 例;病程最长者 15 年,最短者 6 个月;年龄最小 31 岁,最大 68 岁,平均 43.6 岁;均经温养脾胃法治疗效果不理想。

## 2 治疗方法

以四逆散加味治疗。基本方:郁金 20 g,白芍、白术各 15 g,柴胡、枳实、木香(后下)各 10 g,炙甘草 5 g。大便夹有不消化食物者,加焦山楂 15 g、神曲 1 g;泻下较稀者,加补骨脂、诃子各 10 g;泻下不爽者,加黄芩、黄连各 10 g。每日 1 剂,水煎分 2 次温服。

## 3 治疗结果

临床治愈(大便性状恢复正常,症状消失)50 例,好转(大

便性状恢复正常,症状减轻)21 例,无效(情况无改善或反而加重)2 例,总有效率 97.3%。

## 4 体会

五更泄泻多于黎明之时阳气未振,阴寒较盛时发作,多认为由于肾阳不振所致。但笔者在临床中所见五更泄泻病例,可分为以下 3 种情况:(1)饮食不节;因进食过度致食积,或夜间晚餐进食酒类、辣椒等刺激性食物致黎明前腹泻,治疗可予调整饮食;有些病人略加香砂六君丸服用数日即可获效,大多数情况下可不药而愈。(2)即一般所认为的肾阳不足引起的五更泄泻,亦即肾泄,五版教材亦有相应治疗方法,不复赘述。(3)肝气郁积所致的五更泄泻,临床表现可为胸胁胀闷、暖气、脉弦,五更时腹痛难忍,大便作泻,泻后则舒。形成原因可能有以下 2 种情况:其一,原有肾阳不足之五更泄泻,因病久心情不畅致肝郁,求治中肾阳不足之偏得以纠正,肝郁之弊却逐渐明显。其二,为原有肝郁所致五更泄泻,却不求辨证,墨守五更泄泻即肾泄一说。

(收稿日期:2005-10-08)