

活血解郁汤治疗脑卒中后抑郁症的临床研究

★ 韩新 李斌 旷艳红 张晓建 郭烈炫 方名湧 冯南平 郭新生 (江西省遂川县人民医院 遂川 343900)

摘要:目的:探讨活血解郁汤治疗脑卒中后抑郁症(PSD)的临床疗效。方法:78例 PSD 患者,随机分成活血解郁汤研究组 38 例和对照组 40 例,在常规脑卒中治疗基础上,研究组加活血解郁汤每日 1 剂治疗,对照组加氟西汀 40 mg/天治疗,疗程 2 个月。用汉密顿抑郁量表和临床神经功能缺损程度评分标准在治疗 2 周、1 个月和结束后分别进行评定观察。结果:抗抑郁的效果,治疗 2 周时,研究组的疗效优于对照组($P < 0.05$),但治疗 1 个月和 2 个月时,两组疗效相近($P > 0.05$);对神经功能缺损的恢复,研究组优于对照组($P < 0.05$),尤其是治疗 2 周和 2 个月时更为显著($P < 0.01$)。结论:活血解郁汤治疗 PSD 见效快,疗效好,费用低,无副作用。

关键词:活血解郁汤;脑血管意外;抑郁症

中图分类号:R 255.2 **文献标识码:**A

脑卒中后抑郁症(past stroke depression, PSD)是脑卒中常见的并发症,不仅进一步减少了患者与社会的联系,降低了患者生活的信心和战胜疾病的意志,影响了患者的生存质量,也妨碍其神经功能缺损的恢复。本研究对我院 2002 年 2 月~2005 年 4 月收治的 38 例 PSD 患者采用活血解郁汤治疗,并以氟西汀治疗进行对照,就其抗抑郁的效果,以及对神经功能缺损的康复作用进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 病例选择

78 例均为我院 2002 年 2 月~2005 年 4 月收治的急性脑卒中患者,经头颅 CT 或 MRI 检查证实,符合全国第四届脑血管疾病会议制定的诊断标准^[1]和中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)心境障碍中抑郁发作的诊断标准^[2],且汉密顿抑郁量表

(HAMD)^[3](24 项)评分标准总分在 20 分以上。排除标准:(1)有严重失语;(2)脑卒中前有精神病史;(3)有智力障碍或严重记忆减退史。

1.2 一般资料

78 例 PSD 患者,用抽签法随机分成活血解郁汤研究组和氟西汀对照组,其中研究组 38 例,男 23 例,女 15 例;脑出血 17 例,脑梗死 21 例;年龄 41~77 岁,平均 (61.3 ± 11.0) 岁;受教育年限 0~16 年,平均 (6.7 ± 4.3) 年。对照组 40 例,男 22 例,女 18 例;脑出血 15 例,脑梗死 25 例;年龄 34~80 岁,平均 (60.8 ± 10.6) 岁;受教育年限 0~14 年,平均 (7.1 ± 4.6) 年。

两组在性别、卒中分型、年龄、受教育年限、伴发疾病积分及既往史积分^[4]方面比较见表 1,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 研究组与对照组一般情况比较

组别	n	性别		分型		年龄 /岁	受教育年限 /年	伴发疾病 /分	既往史 /分
		男	女	脑出血	脑梗死				
研究组	38	23	15	17	21	61.3 ± 11.0	6.7 ± 4.3	4.6 ± 2.9	5.3 ± 3.1
对照组	40	22	18	15	25	60.8 ± 10.6	7.1 ± 4.6	4.8 ± 3.2	4.9 ± 3.4
统计值		$\chi^2 = 0.243\ 8$		$\chi^2 = 0.421\ 8$		$t = 0.204\ 4$	$t = 0.396\ 2$	$t = 0.288\ 7$	$t = 0.542$
P 值		> 0.05		> 0.05		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 两组患者均给予控制血压、降颅压及脑保护等常规脑卒中治疗,研究组同时给予活血解郁汤口服,每日 1 剂,疗程 2 个月;对照组同时给予氟西汀口服,40 mg/d,疗程 2 个月。

1.3.2 药物组成 活血解郁汤组成:丹参 15 g,郁金 12 g,川芎 6 g,当归 10 g,白芍 15 g,柴胡 10 g,远

志 6 g,石菖蒲 6 g,合欢皮 15 g,茯苓 15 g。另外出现气郁化火症状加栀子 10 g、丹皮 10 g,心脾两虚症状加党参 15 g、黄芪 15 g、白术 12 g、酸枣仁 15 g,阴虚火旺症状加生地 12 g、淮山 15 g、山茱萸 9 g、泽泻 15 g、丹皮 10 g、栀子 10 g。水煎服,每日 1 剂,早晚服。

1.3.3 观察方法 由专门培训过的 2 名神经内科

医师对入院 2 周的急性脑卒中患者,采用交谈与观察的方式,联合进行 HAMD(24 项)测定,检查结束后,两名评定者分别独立评分,将符合上述诊断标准的患者纳入本研究,并按全国第四届脑血管疾病会议制定的临床神经功能缺损程度评分标准进行神经功能缺损评分^[4]。治疗 2 周、1 个月和结束后,用同样的方法对患者进行复查。

1.3.4 统计方法 所有计量资料均采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)形式表示,统计学运算应用 PEMS 3.1 统计软件处理,两组间比较计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验,当方差不齐时用 t' 检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 HAMD 评分比较

见表 2。

表 2 研究组和对照组 HAMD 评分比较 分

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 1 个月	治疗 2 个月	t' 值	P 值
研究组	38	31.5 $\pm$ 4.3	29.3 $\pm$ 3.0	21.4 $\pm$ 2.7	13.3 $\pm$ 2.4	22.782 8*	<0.01*
对照组	40	32.6 $\pm$ 4.1	30.9 $\pm$ 3.6	20.6 $\pm$ 3.3	14.2 $\pm$ 2.3	24.754 4*	<0.01*
t 值		1.156 6	2.126 5	1.168 3	1.689 3		
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05		

注: * 同组治疗前与治疗 2 个月比较。

从表 2 中可以看出治疗 2 周时,研究组的疗效优于对照组($P<0.05$),但治疗 1 个月和 2 个月时,两组疗效相近($P>0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后神经功能缺损评分比较

见表 3。

表 3 研究组和对照组神经功能缺损评分比较 分

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 1 个月	治疗 2 个月	t' 值	P 值
研究组	38	24.6 $\pm$ 4.9	19.7 $\pm$ 4.4	12.8 $\pm$ 3.9	8.0 $\pm$ 3.5	16.993 6*	<0.01*
对照组	40	26.3 $\pm$ 4.0	23.0 $\pm$ 4.0	14.7 $\pm$ 4.0	11.4 $\pm$ 4.2	16.247 6*	<0.01*
t 值		1.682 3	3.468 9	2.122 5	3.873 3		
P 值		>0.05	<0.01	<0.05	<0.01		

注: * 同组治疗前与治疗 2 个月比较。

从表 3 中可以看出研究组对神经功能缺损的恢复优于对照组($P<0.05$),尤其是治疗 2 周和 2 个月时更为显著($P<0.01$)。

2.3 不良反应

两组患者治疗期间均进行严密观察,对照组服用氟西汀初期有 8 例患者曾出现失眠,短期加服地西泮后消失,另外有 5 例患者出现口干、便秘等不良反应;研究组所有患者均未出现不良反应。

3 讨论

PSD 是脑卒中严重的并发症之一,发生率约为 12%~64.1%^[5,6],伴发抑郁症的脑卒中病死率可增加 3~4 倍。有人认为^[7],抑郁的发生是对脑卒中导致的各种功能障碍的反应,是家庭、社会、生理等多种因素导致病后生理、心理平衡失调的结果,也有可能是缺血性脑损害或局灶脑血管病变的直接后果。一旦发生,常能直接影响脑血管病的发生、发展,影响患者的生活质量和延缓康复的速度和程度,

或增加原本已有诸如高血压、心脏病等脑卒中危险因素的危险性,同时反复求医诊治又增加患者的经济负担,导致恶性循环。

通常认为,PSD 的发生率和严重程度与神经功能缺损和日常生活能力下降程度有关,尤其与病程 2 周时神经功能损害的程度明显相关。本研究选取脑卒中后 2 周伴发抑郁症的患者,给予活血解郁汤治疗,并以氟西汀治疗进行对照。氟西汀为选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂,为临床上最常用的抗抑郁药之一,治疗效果确切,一般需服药 4 周左右才能发挥明显效应。本研究结果表明活血解郁汤治疗抑郁症的效果和氟西汀一样好,且起效较氟西汀快。此外,活血解郁汤对神经功能缺损的恢复也明显好于氟西汀。由于神经功能的明显康复,也可从心理上促进抑郁症的缓解,疗效相得益彰。

PSD 在中医学可归属郁症范畴。中医学认为情志所伤是脑卒中发病的重要因素之一,也是 PSD 发病的首要因素。正如《丹溪心法·六郁》所说:“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉。”我们从中医传统理论结合现代医学对 PSD 的认识,认为脑卒中后血溢脑脉之外和脑脉痹阻、脑失所养、神明失用与情志抑郁、肝失疏泄、脾失健运、心神失养、脏腑阴阳气血失调均能引起心脑神志的变化,从而产生精神症状。这是 PSD 脏腑阴阳气血失调所致气滞血瘀痰凝的结果。据此我们制定了活血解郁汤治疗 PSD。该方以活血化瘀解郁为主,佐以醒脑开窍,化痰宁神,使瘀化痰消,气机通畅,郁滞得解,精神症状渐消。活血解郁汤用丹参、郁金、川芎活血化瘀解郁;当归、白芍和血疏郁;柴胡疏肝解郁;远志、石菖蒲醒脑开窍,化痰宁神;合欢皮安神解郁;茯苓宁心安神。本研究表明,该方见效快,疗效好,费用低,无副作用,值得推广应用。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379~380
- [2] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 87~88
- [3] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 第 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998. 121~126
- [4] 全国第四届脑血管病学术会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 382~383
- [5] 贾永雄, 马永华, 刘志斌. 脑卒中后抑郁状态 48 例临床分析[J]. 新医学, 2003, 34(4): 237~238
- [6] Fuh JL, Liu HO, Wang SJ, et al. Post-stroke depression among the Chinese elderly in a rural community[J]. Stroke, 1997, 28(6): 1126~1129
- [7] 王定超. 阿米替林与博乐欣治疗卒中后抑郁症的疗效分析[J]. 临床荟萃, 2004, 19(19): 1115~1116

(收稿日期: 2006-04-12)