

中西医结合治疗脑卒中后抑郁症临床观察

秦琴

(甘肃省天水市中西医结合医院 天水 741000)

摘要:目的:观察益水疏肝饮结合西医常规治疗脑卒中后抑郁症(PSD)的临床疗效。方法:将 76 例脑卒中后抑郁症患者随机分为两组,每组 38 例,对照组给予氟西汀常规治疗,治疗组在西药常规治疗基础上给予益水疏肝饮,治疗 5 周后对两组疗效进行分析,以 HAMD 量表、中医疗效指数进行疗效评定。结果:治疗后临床疗效及 HAMD 评分的减分率对比,有显著差异($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗脑卒中后抑郁症具有较好的疗效。

关键词:脑卒中后抑郁症;中西医结合疗法;疗效评价

中图分类号:R 749.13

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.010

脑卒中是目前病死率最高的疾病之一,而抑郁症是脑卒中后的常见并发症,文献报道脑卒中后抑郁症(PSD)的发病率有一定差异,一般在 25%~75%之间^[1]。近年来,随着社会人群老龄化和心脑血管疾病

2.3 危险因素分布 见表 3。三种剂量 ASA 对 AA 诱导 MAR $\geq 70\%$ 组中糖尿病、高血压、冠心病的百分比均显著高于 MAR $<70\%$ 组。

表 3 服用 ASA 组中不同危险因素在 AA 聚集抑制情况中的分布 例(%)

组别	n	糖尿病	冠心病	高血压
MAR $\geq 70\%$ 组	26	10(38.5)	9(34.6)	13(50.0)
MAR $<70\%$ 组	119	5(4.2)	11(9.2)	21(17.6)
卡方值(校正)		23.44	8.70	12.44
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

阿司匹林的最佳剂量一直存在争议,众多临床试验的结果不能完全一致。争议的焦点是:是否应用大剂量的 ASA 即能达到更多的保护作用,但已知 ASA 对胃肠道的副作用如出血也呈剂量依赖性。在美国食品与药品管理局和美国胸科医师学院公布的脑卒中二级预防指南中,ASA 的剂量为 50~325 mg $\cdot$ d⁻¹。本研究表明 ASA 对 AA 诱导血小板聚集显著抑制者在 50 mg $\cdot$ d⁻¹ 组为 60.9%,75 mg $\cdot$ d⁻¹ 组为 72.5%,100 mg $\cdot$ d⁻¹ 组为 91.7%;对 AA 诱导聚集无显著抑制者的比例在小剂量时较多,50 mg $\cdot$ d⁻¹ 组为 30.4%(14/46),即未达到 ASA 抗栓机制上的基本作用。且 ASA 组对 AA 和 COL 诱导的 MAR 变异系数较大,说明 ASA 的个体差异较大。我们认为,由于存在个体差异,临床需要根据血小板聚集率的监测结果而决定用药剂量,力求用 ASA 的最小剂量而取得最好的抗血小板聚集作用。

缺血性脑血管疾病的血管病变最常见的是动脉粥样硬化和在此基础上发生的血栓形成。在动脉血栓形成中,血小板的作用是重要的。ASA 可完全而持久地抑制血小板环氧化酶(COX),导致 AA 转化成血栓素 A₂(TXA₂)的减少,抑制了 TXA₂ 依赖性血小板激活,为目前最明确的 ASA 抗栓作用的主要机制^[2]。本研究发现,ASA 组与未治疗组或健康对照组相比,对 ADP、EPN、COL 和 AA 诱导聚集的抑

病发生率的居高不下,脑卒中后抑郁症有逐年增加的趋势,对脑卒中后抑郁症的研究已引起国内外学者的重视。目前对本病的治疗多应用西药抗抑郁剂进行治疗,因其起效较慢,副作用大,患者难以承制均有显著性。其中对 AA 的抑制程度最大,对 ADP 的抑制程度最小,表明不同诱导剂对 AA 代谢的依赖程度不同,而 AA 代谢又有赖于 COX 的完整性。口服 ASA 后,因 ADP 诱导聚集主要是通过与 ADP 受体蛋白相结合,其过程仅部分涉及 AA 的代谢机制,故其诱导聚集受影响较轻;AA 诱导的聚集则完全依赖于完整的 COX 和继发的 TXA₂ 的生成,故其诱导的聚集可被完全抑制^[3]。因此 AA 诱导聚集的抑制在反映 ASA 的 COX 抑制作用上有较强的特异性;即或呈显著抑制(MAR $\leq 30\%$),或无显著抑制(MAR $\geq 70\%$)。基于 ASA 作用的机制,AA 诱导聚集的显著抑制应为 ASA 达到其基本抗血小板作用的必要条件。

本研究还发现,ASA 治疗组中合并糖尿病、冠心病、高血压病者对 AA 的聚集抑制差,表明个体差异与患者自身的危险因素相关。提示口服 ASA 后不完全的 MAR 除与 ASA 的剂量有关外,还与缺血危险性高的疾病相关。文献报道糖尿病、冠心病、高血压病患者的血小板黏附性和聚集性是增加的,其中血小板膜复合物生物物理状态的改变,可能是血小板高反应性和高功能性的决定性因素之一^[4]。因此,对于部分合并糖尿病、冠心病、高血压病的患者可能需要更大一些的剂量。

参考文献

[1]中华神经病学学会,中华神经外科学会.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]Patrono C,Roth GJ.Aspirin in ischemic cerebrovascular disease:how strong is the case for a different dosing regimen [J].Stroke,1996,27:756-760

[3]Helgason CM,Tortorice KL,Winkler SR, et al.Aspirin response and failure in cerebral infarction [J].Stroke,1993,24:345-350

[4]Sobol AB, Watala C.The role of platelets in diabetes-related vascular complications [J].Diabetes Res Clin Pract,2000,50:1-16

(收稿日期:2011-02-24)

受。本文对我院近 4 年神经内科住院和部分门诊脑卒中后抑郁症 38 例患者进行中西医结合治疗,探讨其对该病的治疗作用,以获取更佳的治疗方案。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为本院 2006 年 11 月~2010 年 11 月住院患者,共计 76 例。随机分为治疗组和对照组:治疗组 38 例,男 20 例,女 18 例,年龄 46~80 岁,平均(66± 7)岁;对照组 38 例,男 19 例,女 19 例,年龄 45~82 岁,平均(65± 8)岁。经统计学处理,两组病例性别、年龄、神经功能缺损评分差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所观察病例均符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 检查证实^[3]。中医学证候标准:根据国家中医管理局 1995 年公布实施的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准·郁证》、《中医病证诊断疗效标准·癫证》及中国中西医结合学会精神疾病委员会 1991 年 4 月于昆明制定的《情感性(心境)障碍中西医结合辨证分型标准》。

1.3 治疗方法 对照组在脑卒中常规治疗和正规康复训练基础上,使用氟西汀 20 mg 口服,1 次/d;治疗组在对照组治疗基础上加用中药益水疏肝饮(柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、香附、郁金、酸枣仁、远志、生地黄、山茱萸、山药),每日 1 剂,水煎服,3 次/d。用药 3、4、5 周后,进行 HAMD 测定,对所有脑卒中后抑郁症患者进行心理治疗和心理护理。

1.4 疗效标准 治疗后 HAMD 评分的减分率 $\geq 70\%$ 为显效, $\geq 50\%$ 为有效, $<30\%$ 为无效。

1.5 观察时间 入院 3、4、5 周后分别对两组病例进行检查并记录,5 周后比较治疗效果。

1.6 统计学方法 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)表示,采用配对 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;应用 SPSS11.0 统计软件进行统计分析。

1.7 结果 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	38	13(34.2)	21(55.3)	4(10.5)
对照组	38	6(15.8)	18(47.4)	14(36.8)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2 讨论

临床上脑卒中伴发心理障碍较常见,抑郁性障碍是常见类型之一,脑卒中后抑郁症可以发生在脑卒中后数小时到数天,常可持续到脑卒中后 1~3 年。卒中后抑郁症的存在常常可以加重患者的神经功能缺损,直接影响卒中患者的神经功能康复和生活质量。因此,对卒中后抑郁症患者进行早期诊断和综合治疗,有利于患者躯体功能恢复及改善预后。脑卒中后抑郁症的发病机制较为复杂,目前一般选择应用 5-羟色胺再摄取抑制剂可取得满意的疗效。SSRI 是目前新药开发中最多的一类,是临床主要应用的抗抑郁药。这些药物虽然疗效肯定,但仍有不易解决的问题,起效慢,副作用多,如口干、便秘、嗜睡、恶心、厌食等,且耐受性较差。

抑郁症属中医“郁证”范畴。《黄帝内经》认为抑郁症的核心病机是“肝郁”。而脑卒中后抑郁的病理机制多是本虚标实,本虚则为脏腑虚衰,尤以肝肾为主,实则为气机不调、痰浊瘀血、神机失运。中医认为肝主疏泄,肝气疏泄正常,则气机畅通,气血和调,脏腑活动正常。如果肝失疏泄,木失条达,则导致抑郁症。益水疏肝饮中柴胡舒肝解郁,且有抗抑郁作用^[4];当归、白芍柔肝养血,调和情志,且能稳定患者情绪^[5],促进血液循环;白术、茯苓健脾化湿;香附、郁金行气解郁,理气宽胸;酸枣仁、远志益肝养心安神;生地黄、山茱萸肉、山药益肾精,养肾阴:全方共奏舒肝解郁、健脾益肾养心之功。经临床观察,中西医结合治疗脑卒中后抑郁症疗效确切,并明显优于对照组,值得临床推广应用。

参考文献

[1]Lincoln NB, Flannaghan T.Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke:a randomized controlled trial[J].Stroke, 2003,34(1):111
[2]中华神经科学会.全国第四届脑血管病学术会议标准(1995)[S].中华神经科杂志,1996,29(6):376
[3]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].第 3 版.济南:山东科学技术出版社,2001.145-146
[4]王彬.柴胡皂苷加强氟西汀在强迫游泳模型上的抗抑郁作用[J].中草药,1997,28(12):729
[5]张吉柱,董兰.多虑平合并逍遥丸治疗隐匿性抑郁症对照研究[J].中国行为医学科学,2001,10(4):368

(收稿日期:2011-02-12)



邮购信息

本刊存有自 2001 年创刊以来的《实用中西医结合临床》合订本。定价为:2002 年合订本(含 2001 年创刊号)85 元;2003、2004、2005、2006、2007、2008、2009、2010 年合订本,每本各 75 元。以上均含邮费,需要者请直接与本刊发行部联

系。地址:江西省南昌市文教路 529 号,江西省中医药研究院院内。邮编:330046。联系电话:0791-8525621,8528704,传真:0791-8528704。联系人:刘丹,E-mail:szxl@chinajournal.net.cn,jxnc5621@tom.com。