

# 逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗卒中后抑郁 30 例临床观察

杨秋霞 任金生

(河南省商丘市第二人民医院 商丘 476000)

**摘要:**目的:比较逐淤解郁汤联合西酞普兰与单纯应用西酞普兰治疗卒中后抑郁的临床疗效。方法:将 60 例卒中后抑郁患者随机分两组,分别应用逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗与单纯给予西酞普兰治疗,疗程 6 周,用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定临床疗效,用神经功能缺损评分量表(SNFD)评定神经功能康复疗效。结果:治疗第 6 周末,两组总有效率、HAMD 评分及 SNFD 评分均有显著性差异( $P<0.05$ )。结论:逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗卒中后抑郁临床疗效优于单纯应用西酞普兰,有利于神经功能的康复,促进卒中后抑郁的全面康复。

**关键词:**卒中后抑郁;中西医结合疗法;西酞普兰;逐淤解郁汤

中图分类号:R 749.12

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.010

卒中后抑郁(PSD)指脑卒中后出现不同程度的抑郁症状且症状持续 2 周以上<sup>[1]</sup>。脑卒中后抑郁的诊断标准同普通抑郁症。卒中后抑郁是卒中最常见的并发症之一,尤其是首发卒中患者<sup>[2]</sup>,占脑卒中患者的 20%~50%,症状一般在脑卒中后 6 个月~2 年内最严重,一定程度上影响了脑卒中患者的神经功

善更为显著( $P<0.01$ )。结果见表 2。

表 2 观察组与对照组神经功能缺损评分比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d
观察组	49	21.5±9.3	14.3±6.2* <sup>△</sup>	7.5±9.5* <sup>△</sup>
对照组	49	22.4±7.2	17.4±9.4*	14.5±9.3*

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ,<sup>#</sup> $P<0.01$ ;与对照组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

**2.3 不良反应** 治疗组用药后有 5 例出现注射部位疼痛,经对症处理或减慢输液速度后缓解,对照组中未见不良反应。两组治疗前后血、尿、大便常规及肝肾功能均无显著差别。

### 3 讨论

急性脑梗死是临床老年科的常见病、多发病,占脑血管病的 70%~80%。现代研究表明脑梗死治疗的关键是尽早挽救缺血半暗带神经细胞,即梗死灶周边的可逆性受损区域的脑组织功能,减少缺血再灌注损伤<sup>[3]</sup>。如能及时给予脑保护剂等综合治疗,该区域的神经细胞可能被挽救,否则就转为不可逆损伤,使梗死灶扩大。

葡萄糖是人脑唯一的能量来源,但脑组织储存糖原很少,在正常情况下 85%~95%脑组织能量由葡萄糖有氧氧化而来。急性脑梗死时,脑组织无氧酵解增加,组织中乳酸堆积,能量产生急剧减少,ATP 降解,大量氧自由基产生,引起缺血再灌注损伤,而致细胞水肿、死亡;同时, $Ca^{2+}$  通道开启异常, $Ca^{2+}$  内流,破坏脑细胞膜的通透性及完整性,使损害进一步恶化。果糖二磷酸钠是能量代谢三羧酸循环的中间产物之一,它通过激活丙酮酸激酶、磷酸果糖激酶及乳酸脱氢酶来调节几个酶促反应,促进无氧糖酵解而增加磷酸激酶及 ATP 含量<sup>[4]</sup>。有利于急性脑梗死时缺血缺氧、水肿损伤状态下的细胞能量代谢

能、认知等方面的恢复<sup>[5]</sup>。我们采用逐淤解郁汤联合西酞普兰治疗 PSD,取得良好疗效。现将结果报告如下:

### 1 临床资料

**1.1 对象** 选择 2010 年 9 月~2011 年 6 月在我院住院并诊断为卒中后抑郁的 60 例患者。纳入标准:

及对葡萄糖的利用。同时,果糖二磷酸钠还可提供离子泵能量,阻止  $Ca^{2+}$  内流,抑制氧自由基生成,减少生物膜及细胞结构的破坏,延长红细胞寿命,稳定细胞膜,减轻缺血缺氧对脑组织造成的损害。醒脑静有拮抗阿片受体样作用,能清除氧自由基,减轻脑水肿,减轻炎症反应,改善脑循环从而全面保护脑细胞<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示,果糖二磷酸钠治疗急性脑梗死有一定的疗效,果糖二磷酸钠联合醒脑静使用,对急性脑梗死的缺血半暗带区域神经细胞的保护有协同和相加作用,疗效更加明显。两组治疗 2 周后,观察组的显效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗 7 d 后,两组的神经功能缺损评分较治疗前均明显降低,且观察明显低于对照组,较对照组改善明显( $P<0.05$ )。治疗 14 d 后,观察组的神经功能缺损评分改善更为显著( $P<0.01$ )。治疗后血、尿、大便常规及肝肾功能等均无显著差别,仅有少数患者出现注射部位疼痛,但基本都能耐受。说明果糖二磷酸钠在该剂量疗程上是比较安全的,值得临床推广使用。

### 参考文献

- [1]中华神经科学会.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]中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):62-64
- [3]鲁明,李伟,袁振芝.果糖二磷酸钠治疗脑梗死 20 例[J].中国实用神经病学杂志,2008,11(5):87
- [4]丁素菊.1,6-二磷酸果糖对缺血性脑组织的保护作用[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,1994,21(2):57-59
- [5]张健莉.依达拉奉联合醒脑静治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J].药物与临床,2011,49(1):27-28

(收稿日期:2012-03-20)

(1)符合第四届全国脑血管学术会议通过的脑卒中诊断标准;(2)均经头颅 CT 或 MRI 确诊;(3)无意识障碍及智能障碍,可有轻度言语功能障碍,但能配合检查;(4)符合中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)<sup>[4]</sup>;(5)汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17 项总分 $\geq 18$ 分<sup>[5]</sup>;(6)既往未经过抗抑郁治疗。既往有高血压病史 32 例,糖尿病史 20 例,冠心病史 2 例。缺血性卒中 38 例(脑梗死 21 例,腔隙性脑梗死 17 例),出血性卒中 22 例(脑出血 17 例,蛛网膜下腔出血 5 例)。60 例患者随机分为中药联合西酞普兰组(中药组)30 例,男 18 例,年龄(65.3 $\pm$  13.1)岁,女 12 例,年龄(64.6 $\pm$  11.4)岁;西酞普兰组(对照组)30 例,男 19 例,年龄(64.8 $\pm$  12.8)岁,女 11 例,年龄(67.5 $\pm$  12.7)岁。两组在性别、年龄、文化程度、病程及 HAMD 与 SNFD 初始评分方面均无显著性差异( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 对照组:口服西酞普兰片,初始剂量 10 mg/d,根据病情需要逐渐加至治疗剂量 20~40 mg/d。中药组:西酞普兰基础上加服逐淤解郁汤(赤芍 15 g,桃仁 10 g,红花 6 g,川芎 15 g,当归 12 g,柴胡 15 g,枳壳 8 g,桔梗 12 g,厚朴 10 g,郁金 10 g,合欢皮 12 g,薏苡仁 30 g,川牛膝 12 g,石菖蒲 10 g),每天 1 剂,煎至 300 mL,早晚各 150 mL。总疗程 6 周。治疗期间不兼用任何其他抗抑郁药物及心理治疗。

1.3 观察指标 (1)HAMD-17 项:<8 分正常,8~20 分轻度抑郁,20~35 分中度抑郁,>35 分重度抑郁。本组病例中轻度抑郁 36 例,中度抑郁 19 例,重度抑郁 5 例。(2)神经功能缺损评定:采用 1995 年中华神经科学会制定的脑卒中患者神经功能缺损评分量表(SNFD)<sup>[6]</sup>评定,并按其标准分型:轻型 0~15 分,中型 16~30 分,重型 31~45 分。本组病例中轻型 35 例,中型 22 例,重型 3 例。两组患者在治疗前、后分别采用 HAMD、SNFD 评定临床疗效和神经功能的康复。在入组前及治疗 6 周末进行血常规、尿常规、肝功、肾功、心电图等检查。

1.4 疗效判断标准 依 HAMD 减分率评定临床疗效,采用痊愈、显著进步、进步、无效 4 级评定标准,HAMD 减分率 $\geq 75\%$ 为痊愈, $\geq 50\%$ 为显著进步, $\geq 25\%$ 为进步,<25%为无效。治疗第 6 周末作 HAMD 评定。HAMD 减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 全部资料用 SPSS 13.0 统计软件包,进行 $\chi^2$ 检验及方差分析。

## 2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。两组总有效率比较, $P<0.05$ ,说明中药组总有效率显著高于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
中药组	30	16	8	5	1	96.67
对照组	30	11	7	4	8	73.33

2.2 HAMD 评分 见表 2。两组 HAMD 治疗第 6 周末评分与治疗前存在显著性差异( $P<0.05$ ),同时两组 6 周末 HAMD 评分存在显著性差异( $P<0.05$ ),说明中药组改善抑郁症状显著优于对照组。

表 2 两组治疗前后 HAMD 评分变化 ( $\bar{X}\pm S$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
中药组	30	23.5 $\pm$ 2.1	9.7 $\pm$ 1.2
对照组	30	22.9 $\pm$ 3.2	15.6 $\pm$ 2.7

2.3 SNFD 评分 见表 3。两组 SNFD 治疗第 6 周末评分与治疗前存在显著差异( $P<0.05$ ),同时两组 6 周末 SNFD 评分存在显著性差异( $P<0.05$ ),说明中药组在改善神经功能缺损方面显著优于对照组。

表 3 两组治疗前后 SNFD 评分变化 ( $\bar{X}\pm S$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
中药组	30	25.4 $\pm$ 5.3	8.9 $\pm$ 3.1
对照组	30	24.7 $\pm$ 5.6	15.2 $\pm$ 2.3

## 3 讨论

PSD 的发病机制尚不清楚。目前存在两种学说:(1)原发性内源性学说,即 PSD 的发生与大脑损害后的神经生物学改变有关,病变损害去甲肾上腺素能及 5-羟色胺能神经元及其传导通路,致使去甲肾上腺素及 5-羟色胺含量下降导致抑郁。(2)反应性机制学说,即家庭、社会、生理等多种影响导致卒中后患者的生理及心理平衡失调而导致反应性抑郁<sup>[7]</sup>。目前,西医多首选 SSRI 类中选择性最强的 5-羟色胺再摄取抑制剂西酞普兰治疗。西酞普兰可有效激活脑内神经突触间隙 5-羟色胺的平衡水平,改善脑血液循环,从而改善抑郁症状<sup>[8]</sup>。

卒中后抑郁属中医“郁证”、“脏躁”、“百合病”等范畴。中医治疗抑郁症历史悠久,方法颇多,效果良好,中药副作用少,病人易于接受。在应用西药的基础上,加用中医辨证施治,其疗效明显高于单纯应用西药,且副反应明显较少,提高了患者用药的依从性。卒中恢复期多属本虚标实,病人多年老体衰,加之情志所伤使人体阴阳平衡失调,以致气血亏损、气滞血瘀、血阻经络、肝脉不舒,从而产生卒中后抑郁。抑郁又加重了瘀血,瘀阻心、脑、肝之脉络,气血运行失畅,卫气出入失常,阴阳失交,故抑郁反复不愈。因此,卒中后抑郁治疗以活血化瘀通络为主,佐以疏肝理气除湿,安神定志。逐淤解郁汤是由血府逐瘀汤化裁而成。方中赤芍、桃仁、红花、

# 食用醋加大黄保留灌肠治疗肝性脑病的临床研究

戈水根 吴梅香 黎江萍 钟根勇 聂清海

(江西省上高县中医院 上高 336400)

**摘要:**目的:观察食用醋与大黄联合保留灌肠治疗肝性脑病的临床疗效。方法:将 80 例肝性脑病患者随机分为治疗组和对照组。对照组在常规抗肝性脑病的基础上加用食醋 50 mL、生理盐水 100 mL 灌肠。治疗组在常规抗肝性脑病基础上,联合应用食醋及大黄保留灌肠。观察治疗前后肝性脑病的临床主要症状、体征和血氨指标改善情况,并比较两组治疗前后血氨水平。结果:食用醋联合大黄保留灌肠能够显著改善肝性脑病患者计算能力及扑翼样震颤等症状、体征,对肝性脑病 I、II 级疗效优于对照组,并且能够降低患者血氨水平。结论:食用醋联合大黄保留灌肠对肝性脑病 I、II 级有显著疗效,值得临床应用。

**关键词:**食用醋;大黄;保留灌肠;肝性脑病

中图分类号:R 742

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.011

肝性脑病(hepatic encephalopathy,HE)是急慢性肝病患者的常见并发症和主要死亡原因之一,目前临床缺少有效的治疗手段,且由于患者消化道症状较重,多有神志改变,口服给药存在一定困难。因此,积极探索肝性脑病治疗的有效方法,提高救治成功率十分必要。自 2007 年 1 月~2011 年 12 月我们在常规抗肝性脑病药物治疗的基础上,加用食用醋、大黄保留灌肠治疗肝性脑病 43 例,取得了较好的临床疗效。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 80 例病例均为我院住院患者,诊断符合 2000 年西安第 10 次全国病毒性肝炎会议修订的肝性脑病诊断标准,肝性脑病按 I~IV 级分类<sup>[1]</sup>。随机分为两组,治疗组 43 例,男 29 例,女 14 例,年龄 25~70 岁,平均年龄 39.7 岁,病毒性肝炎亚急性 10 例,肝硬化失代偿期 33 例;对照组 37 例,男性 27 例,女性 10 例,年龄 27~65 岁,平均年龄

川芎、当归活血化瘀;川牛膝祛瘀通血脉并引瘀血下行;柴胡疏肝解郁、升达清阳;桔梗、枳壳开胸行气;郁金行气化瘀,使气行则血行;厚朴、薏苡仁理气燥湿健脾以助气血生化之源;合欢安神解郁;石菖蒲开窍宁神。全方不仅行血分瘀滞,而且能解气分之郁结,活血而不耗血,祛瘀又能生新。有学者认为,大量活血化瘀药物能促进机体代谢,提高大脑皮质兴奋性,配合理气解郁药物,可改善抑郁状态<sup>[9]</sup>。单味药研究亦表明,方中郁金能明显延长猫的各期睡眠,具有较强的中枢抑制作用<sup>[9-10]</sup>。石菖蒲对中枢神经系统具有广泛的药理作用,能显著减少小鼠的自发活动,具有镇静催眠抗惊厥作用<sup>[11]</sup>。

本组研究结果显示,逐淤解郁汤不但有直接的抗抑郁作用,而且还具有镇静和改善睡眠作用,还能有效改善神经功能缺损症状,同时能改善心脑血管循环和局部细胞代谢,从而促使卒中后抑郁的全面

38.3 岁,病毒性肝炎亚急性 6 例,肝硬化失代偿期 31 例。两组在性别、年龄、病情严重程度和肝性脑病程度上无显著差异性,具有可比性(见表 1)。

表 1 两组病例病情严重程度比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 例

组别	n	肝性脑病分级				TBIL ( $\mu\text{mol/L}$ )	PTA(%)
		I	II	III	IV		
治疗组	43	7	21	9	6	251.3 $\pm$ 97.2	24.1 $\pm$ 12.3
对照组	37	5	19	8	5	265.4 $\pm$ 90.7	23.4 $\pm$ 11.2
P 值						>0.05	>0.05

**1.2 治疗方法** 对照组在常规抗肝性脑病药物治疗(主要药物:支链氨基酸、20%甘露醇、醒脑静等)的基础上,加食醋 50 mL、生理盐水 100 mL 灌肠。治疗组在常规抗肝性脑病药物治疗的基础上,应用食醋联合大黄保留灌肠,具体方法为:上午 9 时许取大黄 50~100 g(视病情轻重、体重及大便情况而定)浸入 500 mL 开水中,自然冷却后取液 400 mL 左右保留灌肠 1 次,下午 5 时许用生理盐水 100 mL 加食醋 50 mL,保留灌肠 1 次,7 d 为 1 个疗程。

**1.3 疗效评价** 观察治疗前后肝性脑病的临床主

康复。

## 参考文献

- [1]姚传芳.情感性精神障碍[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.291
- [2]黎雪芳,卢舜南,潘朝勇.卒中后抑郁评价和早期心理干预[J].国外医学·脑血管疾病分册,2005,13(4):286-288
- [3]忻琪君.脑卒中后抑郁的研究进展[J].中风与神经疾病杂志,2002,19(2):124
- [4]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[S].济南:山东科学技术出版社,2003.103-105
- [5]张明园.精神科手册[M].上海:上海科学技术出版社,2002.496
- [6]全国第四届脑血管学术会议组.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):313-315
- [7]秦琴.中西医结合治疗脑卒中后抑郁临床观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(3):17
- [8]王祖新.另一 SSRI 西酞普兰[J].国外医学·精神科分册,2003,30(2):75
- [9]张姣兰,周莉.中西医结合治疗中风后抑郁症 28 例[J].山西中医,2001,17(5):121
- [10]王浴生,邓文龙,薛春生.中药药理与运用[M].北京:人民卫生出版社,1998.671
- [11]李明亚,陈红梅.石菖蒲对行为绝望动物抑郁模型的抗抑郁作用[J].中药材,2001,24(1):140

(收稿日期:2012-03-28)