

# 菖蒲郁金汤联合逍遥散加减治疗中风后抑郁临床观察

金伟民, 戴方瑜

浙江省舟山医院, 浙江 舟山 316032

**[摘要]** 目的: 观察在常规治疗基础上采用菖蒲郁金汤联合逍遥散加减治疗中风后抑郁的临床疗效。方法: 将本院收治的 114 例中风后抑郁气郁痰阻证患者随机分为对照组和观察组各 57 例, 2 组均予内科常规治疗并同时予心理干预, 在此基础上对照组予百忧解口服, 观察组则在此基础上予菖蒲郁金汤联合逍遥散加减进行治疗, 总疗程均为 6 周。疗程结束后均进行汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、卒中量表 (CSS) 评分、Barthel 指数及抑郁自评量表 (SDS) 评分的评定并评价疗效。结果: 观察组总有效率达 92.98%, 高于对照组的 78.94%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。疗程结束后, 2 组 HAMD 评分、CSS 评分及 SDS 评分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 与对照组相比, 观察组 HAMD 评分及 SDS 评分下降更加明显, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组 CSS 评分较对照组有下调趋势, 但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组 Barthel 指数均较治疗前升高, 观察组提高更加明显, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用菖蒲郁金汤联合逍遥散加减, 加上必要的常规疗法和心理干预治疗中风后抑郁能有效改善患者的忧郁情绪, 缓解心理压力, 提高患者的生活质量, 临床疗效优于单纯西药治疗。

**[关键词]** 中风后抑郁 (PSD); 气郁痰阻证; 中西医结合疗法; 菖蒲郁金汤; 逍遥散; 心理干预

**[中图分类号]** R749.4<sup>+1</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0017-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.007

中风后抑郁(post-stroke depression, PSD)是指因中风而致的以抑郁为特征和表现的复杂性情感障碍性疾病, 是中风常见并发症, 发病率高达 30%~50%<sup>[1]</sup>, 国内也有研究表明中风患者的抑郁水平高于全国常模<sup>[2]</sup>。PSD 除有中风特有的躯体症状外, 还表现为情绪低落、思维迟缓、烦躁失眠, 甚至出现绝望和自杀倾向。PSD 干扰中风患者神经功能和日常活动能力的恢复, 阻碍中风患者主动康复的意愿<sup>[3]</sup>, 影响中风的预后, 还可能导致中风的再次发生。本院神经内科选用菖蒲郁金汤联合逍遥散加减治疗 PSD, 并配合心理干预, 临床疗效显著, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择 2014 年 6 月—2016 年 3 月于本院神经内科就诊的中风患者, 共 114 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组各 57 例。对照组男 34 例, 女 23 例; 年龄 48~77 岁, 平均(64.2±9.7)岁; 病程 1.5~28 月, 平均(11.9±3.7)月; 脑出血 15 例, 脑梗死 42 例。观察组男 35 例, 女 22 例; 年龄 47~73 岁, 平均(62.8±10.4)岁; 病程 2~26 月, 平均(12.2±4.0)月; 脑出血 14 例, 脑梗死 43 例。2 组性别、年龄、病程、病情等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 中风: 参照《各类脑血管病诊断要点》<sup>[4]</sup>中脑出血、脑梗死的诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 确诊。抑郁: 参照《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[5]</sup>, 临床表现为情绪低落、对外界事物无兴趣、时感疲惫、自我评价过低、失眠或嗜睡、食欲不振, 甚至有自杀情绪, 且汉密尔顿抑郁量表(HAMD)总分>8 分。

**1.3 辨证标准** 辨证属郁证的气郁痰阻证, 临床症见情绪沮丧, 坐卧不安, 伴见失眠多梦, 食少, 头晕, 口中黏腻, 痰多, 腹胀, 大便不爽, 舌红、苔白腻或黄腻, 脉弦滑。

**1.4 纳入标准** ①符合以上诊断标准, 中风为首次发生, 抑郁继发于中风后, 症状持续≥2 周, 经诊断为轻、中度抑郁患者, 既往无抑郁病史; ②符合辨证标准; ③经本院医学伦理委员会同意, 知情并签署知情同意书; ④意识清楚, 能遵医嘱治疗、护理。

**1.5 排除标准** ①既往有抑郁病史, 近期使用过抗抑郁药; ②重度抑郁, 需配合其他干预治疗的患者; ③大面积脑梗死或者脑出血; ④合并意识障碍、智力损害、失语、耳聋等较严重的中风后遗症; ⑤合并其他系统较严重疾病; ⑥临床资料不全。

## 2 治疗方法

2 组均予内科常规治疗及对症支持治疗, 包括改善脑代

**[收稿日期]** 2016-07-16

**[作者简介]** 金伟民 (1964-), 男, 主管中药师, 主要从事临床药学服务工作。

谢、营养脑神经、控制血压及血糖等。同时予心理干预,积极了解患者心理障碍的原因及目前的心理状态,为患者提供良好的住院环境,与患者建立良好的医患关系,对患者进行心理疏导,鼓励患者多与他人接触、沟通,帮助其恢复社会角色。

2.1 对照组 口服盐酸氟西汀胶囊(百优解,礼来苏州制药有限公司生产),每次20 mg,每天1次,连续服用6周。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上予菖蒲郁金汤联合逍遥散加减治疗,处方:石菖蒲、郁金、牡丹皮、柴胡、当归、炒白芍、茯苓各15 g,淡竹茹、连翘、栀子、化橘红、姜半夏各9 g,木通、甘草各6 g。痰热较重加鲜竹沥15 g,胆南星9 g;睡眠不安加酸枣仁25 g,百合15 g;性情暴躁加石决明、琥珀、龙胆草各15 g;脾胃气虚加山药20 g,炒白术15 g。每天1剂,水煎,分早晚温服。疗程为6周。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用HAMD量表评价患者的抑郁程度,0~8分为无抑郁,9~16分为轻度抑郁,17~24分为中度抑郁,25分及以上为重度抑郁,分数越高表示抑郁程度越高<sup>[6]</sup>。并观察临床症状好转情况,以评价临床疗效;②采用抑郁自评量表(SDS)辅助对患者的抑郁情况作出评估,数值越高表示抑郁程度越重;③采用卒中量表(CSS)评定患者的神经功能,分值0~45分,分值越高表示神经功能缺损程度越强;④采用Barthel指数评价患者的生活自理能力,满分100分,分值越低表示日常生活活动能力功能障碍越严重。

3.2 统计学方法 采用SPSS16.0统计软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《神经康复学》<sup>[7]</sup>相关标准评价疗效。痊愈:神经症状基本消失,HAMD总分 $< 8$ 分;显效:神经症状明显减轻,HAMD总分减少 $\geq 50\%$ ;有效:神经症状有所好转, $25\% \leq$  HAMD总分减少 $< 50\%$ ;无效:神经症状无改善,HAMD总分减少 $< 25\%$ 或病情恶化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率达92.98%,高于对照组的78.94%,差异有统计学意义( $\chi^2=4.65, P < 0.05$ )。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	57	6	16	23	12	78.94
观察组	57	8	32	13	4	92.98 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后HAMD评分、CSS评分、Barthel指数及SDS评分比较 见表2。治疗前,2组HAMD评分、CSS评分、Barthel指数及SDS评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。疗程结束后,2组HAMD评分、CSS评分及SDS评

分均较治疗前下降,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );与对照组相比,观察组HAMD评分及SDS评分下降更加明显,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组CSS评分较对照组有下降趋势,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组Barthel指数均较治疗前升高,观察组提高更加明显,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后HAMD评分、CSS评分、

组别	n	时间	HAMD评分	CSS评分	Barthel指数	SDS评分
对照组	57	治疗前	19.77 $\pm$ 5.12	34.33 $\pm$ 4.21	52.15 $\pm$ 13.44	68.24 $\pm$ 10.11
		治疗后	12.23 $\pm$ 3.52 <sup>①</sup>	22.74 $\pm$ 2.25 <sup>①</sup>	70.05 $\pm$ 10.48 <sup>②</sup>	59.05 $\pm$ 7.52 <sup>①</sup>
观察组	57	治疗前	18.94 $\pm$ 4.89	34.56 $\pm$ 3.98	51.67 $\pm$ 14.02	66.95 $\pm$ 9.72
		治疗后	8.15 $\pm$ 2.34 <sup>②</sup>	20.89 $\pm$ 3.20 <sup>①</sup>	81.16 $\pm$ 11.04 <sup>②</sup>	44.47 $\pm$ 8.35 <sup>②</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

### 5 讨论

PSD是常见的继发性抑郁,极易影响患者主动康复的意愿,延缓神经功能缺损和认知功能的恢复,给家庭及社会都造成巨大的负担,其严重程度将会影响脑卒中患者的预后<sup>[8]</sup>。西医治疗本病以抗抑郁药为主,但副作用大、疗程长,且停药后易反复,加上中风患者以老年人居多,基础性疾病及并发症较多,更增加了药物治疗的复杂性和危险性<sup>[9]</sup>。

PSD属于中医学郁证的范畴,主要是由于中风后患者忧愁、思虑、愤怒等情绪,造成肝疏泄失常,气机郁结,心失所养,心气不畅,加之中风本有痰瘀之症,痰瘀郁积体内,气机运行受阻,浊蒙清窍,以致元神之府功能失调,神无所主,气血逆乱,气机升降失调而致郁证。肝失疏泄、脾失健运、心失所养、脏腑阴阳气血失调均是郁证的病机。治疗上应疏肝解郁、理气化痰、养心安神。菖蒲郁金汤出自《温病条辨》,主要功效是清热化痰、利湿开窍,用于痰浊蒙蔽、谵语神昏之症;逍遥散出自《太平惠民和剂局方》,是治疗妇人肝郁脾虚诸病的经典方剂。两方合用,方中石菖蒲豁痰开窍、化湿醒神;郁金行气疏肝、清心解郁,与石菖蒲配伍寒热相辅,化痰解郁;柴胡疏肝解郁,条达肝气;白芍养血敛阴,柔肝缓急,与柴胡配伍,补养肝血、条达肝气,又防止柴胡升散而耗伤阴血;淡竹茹、化橘红、姜半夏、茯苓、木通均可化痰利湿、和胃开窍;当归为血中之气药,养血和血,血和则肝和,血充则肝柔;连翘、栀子清心解郁热,直达病所;久病入络,久病多瘀,故辅以牡丹皮凉血化瘀;甘草补中益气,调和诸药。全方共奏化痰解郁之效。

心理干预在本病的治疗过程中同样起到关键作用。脑卒中后患者生理机能减退,出现一系列心理变化,影响疾病预后。及时的心理干预能影响患者的心理及整个机体状况,使患者树立战胜疾病的信心,调动主动治疗的积极性,达到生理、心理

的全面康复。

综上, 菖蒲郁金汤联合逍遥散加减, 加上必要的常规疗法和心理干预治疗 PSD 能有效改善患者的忧郁情绪, 缓解心理压力, 提高患者的生活质量, 临床疗效优于单纯西药治疗, 值得临床应用。

#### [参考文献]

- [1] Lolk J, Delbari A. Management of depression in elderly stroke patients [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2010, 6(6): 539-549.
- [2] 周群, 蒋运兰, 郭秋月, 等. 中风恢复期患者自我效能与抑郁水平的相关性研究[J]. 西部医学, 2013, 25(6): 838-839, 842.
- [3] M Flaster, A Sharma, M Rao. Poststroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery [J]. Topics in Stroke Rehabilitation, 2013, 20(20): 139-

150.

- [4] 中华神经科学会, 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): 379-380.
- [5] 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[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-88.
- [6] 王峰, 郭锦武. 温通汤结合心理干预治疗脑卒中后抑郁焦虑症的对照研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(23): 2885-2886.
- [7] 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 147-194.
- [8] 张婷, 王冬, 高晓平, 等. 迷迭香复合精油治疗脑卒中后抑郁焦虑的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(2): 127-129.
- [9] 徐满英. 脑卒中后抑郁症中医护理干预效果观察[J]. 新中医, 2014, 46(12): 224-225.

(责任编辑: 吴凌)

## 中西医结合治疗老年颈内动脉系统 TIA 所致眩晕临床观察

翟嘉宾

庆阳市中医院脑病科, 甘肃 庆阳 745000

**[摘要]** 目的: 观察硫酸氢氯吡格雷片联合丹红注射液治疗老年颈内动脉系统短暂性脑缺血发作 (TIA) 所致眩晕的临床疗效。方法: 选取 78 例颈内动脉系统 TIA 所致眩晕患者为研究对象, 随机分为治疗组和对照组各 39 例。对照组采用硫酸氢氯吡格雷片治疗, 治疗组在对照组的用药基础上加用丹红注射液治疗。比较 2 组治疗总有效率及治疗前后眩晕程度、大脑前动脉 (ACA)、大脑中动脉 (MCA) 和大脑后动脉 (PCA) 血流速度的变化。结果: 治疗组的治疗总有效率为 94.9%, 高于对照组的 76.9% ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组眩晕程度评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 7、14 天, 治疗组的眩晕程度评分均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ), 且均低于同期对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗 21 天, 2 组眩晕程度评分均低于治疗前 ( $P < 0.05$ ); 治疗组的眩晕程度评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组 ACA、MCA 及 PCA 血流速度比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。对照组治疗 14、21 天后的 MCA 血流速度及治疗 21 天后的 ACA、PCA 血流速度均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗 7、14 及 21 天后的 ACA、MCA 及 PCA 血流速度均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 且均高于同期对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 硫酸氢氯吡格雷片联合丹红注射液治疗老年颈内动脉系统 TIA 所致眩晕, 临床疗效优于单纯硫酸氢氯吡格雷片治疗。

**[关键词]** 颈内动脉系统; 短暂性脑缺血发作 (TIA); 眩晕; 瘀血阻络证; 中西医结合疗法; 硫酸氢氯吡格雷片; 丹红注射液  
**[中图分类号]** R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0019-03  
 DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.008

短暂性脑缺血发作(TIA)是颈动脉或椎-基底动脉系统发生短暂性供血不足, 导致的突发短暂性、可逆性神经功能障

碍。颈内动脉系统缺血发作持续时间较短、发作频率少, 易发展为完全性卒中, 主要症状为眩晕、视力下降等。笔者采用硫

[收稿日期] 2016-08-16

[作者简介] 翟嘉宾 (1968-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合治疗脑血管病临床工作。