

## • 临床研究 •

## 逍遥散联合百忧解治疗脑卒中后抑郁疗效观察

李瀛,朱海勇,高慧娟,樊留博

[摘要] 目的 观察逍遥散联合百忧解辅以心理疗法治疗脑卒中后抑郁(PSD)及神经功能缺损的疗效。方法 将 85 例 PSD 患者随机分为治疗组 43 例和对照组 42 例,在药物治疗基础上,对照组予百忧解配合心理治疗,治疗组在对照组的基础上加用逍遥散。治疗前后采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、改良 Barthel 指数(MBI)、斯堪的纳维亚卒中量表(SSS)对患者进行评定,比较两组的疗效。结果 治疗后,治疗组的有效率明显高于对照组( $P < 0.01$ ),HAMD 评分和 SSS 评分明显低于对照组( $P < 0.01$ ),MBI 评分明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论 逍遥散联合百忧解并配以心理疗法治疗 PSD 不仅能明显改善患者的抑郁症状,而且能促进神经功能的恢复。

[关键词] 脑卒中后抑郁;逍遥散;百忧解;心理治疗

Effect of Xiaoyao Powder Combined with Prozac on Post-stroke Depression LI Ying, ZHU Hai-yong, GAO Hui-juan, et al. The Department of Rehabilitation, Taizhou Hospital, Linhai 317000, Zhejiang, China

**Abstract:** **Objective** To observe the effect of Xiaoyao powder combined with prozac and psychological therapy on post-stroke depression (PSD). **Methods** 85 PSD patients were randomly divided into the treatment group ( $n = 43$ ) and control group ( $n = 42$ ). All patients were treated with routine therapy, including prozac and psychological therapy. Patients in the treatment group were also given Xiaoyao powder. Scores of Hamilton Depression Scale (HAMD), modified Barthel index (MBI) and Scandinavian Stroke Scale (SSS) of all patients were evaluated before and after therapy. **Results** After treatment, the effective rate and MBI scores were significantly higher and scores of HAMD and SSS were significantly lower for patients of the treatment group compared with those of the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Xiaoyao powder combined with prozac and psychological therapy can improve depression and neural function of PSD patients significantly.

**Key words:** post-stroke depression; Xiaoyao powder; prozac; psychological therapy

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2006)06-0501-02

[本文著录格式] 李瀛,朱海勇,高慧娟,等. 逍遥散联合百忧解治疗脑卒中后抑郁疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(6):501-502.

抑郁是脑卒中后常见的症状,也是影响患者生活质量和神经功能恢复的重要因素之一<sup>[1]</sup>。中药传统方剂逍遥散常被用于治疗抑郁症相关疾病,笔者采用逍遥散配合百忧解、心理疗法治疗脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)患者,现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者共 85 例,其中缺血性脑卒中 56 例、出血性脑卒中 29 例。脑卒中前患有精神障碍或抑郁症者不列入本研究范围。所有患者符合中等以上程度的抑郁表现,汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评分  $\geq 18$  分。随机将患者分为治疗组和对照组。治疗组 43 例,其中男性 23 例、女性 20 例,年龄 45~81 岁,平均( $69.53 \pm 7.87$ )岁,入选时 HAMD 评分 18~29 分,平均( $22.3 \pm 3.8$ )分;对照组 42 例,其中男性 22 例、女性 20 例,年龄 47~80 岁,平均( $68.23 \pm 7.35$ )岁,入选时 HAMD 评分 18~30 分,平均( $22.7 \pm 3.3$ )分。两组患者的性别、年龄、抑郁程度及神经功能缺损程度等均无显著性差异( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 脑卒中诊断符合第四届全国脑血管病学术会议修订的诊断标准,经头颅 CT 或 MRI 扫描确诊。抑郁诊断符合中国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD- II-R)<sup>[2]</sup>,除外原发性抑郁症及其他继发性抑郁症,如更年期综合征抑郁症、甲状腺功能亢进抑郁症、糖尿病抑郁症等。除外药物过敏及严

重心、肺、肝、肾等器质性病变及精神分裂症。采用 17 项版本的抑郁量表进行筛选及在入组前、治疗后 4 周和 8 周进行评定。

1.3 治疗方法 两组患者的原发病治疗方法相同,脑出血给予减轻脑水肿及对症治疗;脑梗死给予改善微循环及对症治疗;保持水电解质平衡。对抑郁的治疗给予百忧解并辅以心理治疗。百忧解 20 mg 每日 1 次晨服;心理治疗为对患者实施积极有效的心理疏导,加强积极暗示,避免消极暗示,教会患者一套行之有效的放松情绪方法,给予适当的心理护理措施,努力提高患者的情商及情商整合能力。治疗组在以上治疗基础上加用逍遥散。逍遥散配方:柴胡 10 g、白芍 10 g、当归 10 g、白术 10 g、茯苓 10 g、炙甘草 5 g、薄荷 3 g、生姜 5 g,每日 1 剂,分 2~3 次水煎服。

在患者入组前及治疗后 4 周、8 周进行血常规、肝肾功能及心电图检查。

1.4 疗效评定标准 入组前和治疗后 4 周、8 周分别采用 HAMD、斯堪的纳维亚卒中量表(Scandinavian Stroke Scale, SSS)和改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)评定患者的抑郁症状、神经功能缺损程度和日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)。疗效评定以评分的减分率为标准。抑郁疗效标准为:①痊愈:减分率  $> 75\%$ ;②显效:减分率  $> 50\%$ ;③有效:减分率  $\geq 25\%$ ;④无效:减分率  $< 25\%$ 。神经功能康复疗效标准为:①痊愈:减分率为  $91\% \sim 100\%$ ;②显著进步:减分率为  $50\% \sim 90\%$ ;③进步:减分率为  $20\% \sim 49\%$ ;④无变化:减分率  $< 20\%$ 。减分率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分  $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用  $t$

作者单位:浙江省台州医院康复科,浙江临海市 317000。作者简介:李瀛(1974),男,浙江临海市人,主治医师,主要研究方向:脑卒中康复。

检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较 两组患者治疗后 4 周 8 周的 HAMD 评分均较治疗前明显下降(  $P < 0.01$  ),但治疗组评分明显低于与对照组(  $P < 0.01$  ),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较(  $\bar{x} \pm s$  )

组别	n	治疗前	治疗后 4 周	治疗后 8 周
治疗组	43	27.45 $\pm$ 3.82	17.29 $\pm$ 2.38 <sup>a</sup>	6.31 $\pm$ 1.93 <sup>a,b</sup>
对照组	42	27.61 $\pm$ 3.73	18.15 $\pm$ 2.72 <sup>a</sup>	12.55 $\pm$ 2.06

注 :a.与治疗前比较,  $P < 0.01$  ;b.与对照组治疗后 8 周比较,  $P < 0.01$  。

2.2 两组患者治疗前后 SSS 和 MBI 评分比较 治疗后,两组患者的 SSS 评分均较治疗前明显下降(  $P < 0.01$  );治疗组在治疗后 4 周即有明显下降,对照组在治疗后 8 周才有明显下降;两组治疗后 8 周的 SSS 评分比较有非常显著性差异(  $P < 0.01$  )。两组患者治疗后的 MBI 评分均明显提高(  $P < 0.01$  ),但治疗组在治疗后 8 周与对照组比较有非常显著性差异(  $P < 0.01$  ),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SSS 和 MBI 评分比较(  $\bar{x} \pm s$  )

组别	量表	治疗前	治疗后 4 周	治疗后 8 周
治疗组	SSS	33.19 $\pm$ 5.33	22.48 $\pm$ 7.39 <sup>a</sup>	5.13 $\pm$ 0.97 <sup>a,b</sup>
(n = 43)	MBI	30.47 $\pm$ 18.92	49.25 $\pm$ 16.89 <sup>a</sup>	66.35 $\pm$ 22.19 <sup>a,b</sup>
对照组	SSS	32.79 $\pm$ 6.32	26.76 $\pm$ 7.56	12.77 $\pm$ 2.52 <sup>a</sup>
(n = 42)	MBI	29.39 $\pm$ 17.86	41.57 $\pm$ 8.42 <sup>a</sup>	46.33 $\pm$ 18.73

注 :a.与治疗前比较,  $P < 0.01$  ;b.与对照组治疗后 8 周比较,  $P < 0.01$  。

2.3 两组患者抗抑郁疗效比较 抗抑郁治疗总有效率治疗组为 95.35 %,对照组为 73.81 %,两组间有非常显著性差异(  $P < 0.01$  ),且两组的痊愈率比较亦有非常显著性差异(见表 3)。

表 3 两组患者抗抑郁疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率( %)
治疗组	43	14 <sup>a</sup>	17	10	2	95.35 <sup>a</sup>
对照组	42	8	14	9	11	73.81

注 :a.与对照组比较,  $P < 0.01$  。

2.4 两组患者神经功能康复疗效比较 神经功能康复总有效率治疗组为 93.02 %,对照组为 71.43 %,两组间有非常显著性差异(  $P < 0.01$  ),见表 4。

表 4 两组患者神经功能康复疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率( %)
治疗组	43	5	19	16	3	93.02 <sup>a</sup>
对照组	42	3	16	11	12	71.43

注 :a.与对照组比较,  $P < 0.01$  。

2.5 不良反应 治疗 2 周后,出现头痛 4 例(治疗组和对照组各 2 例),恶心、食欲下降 5 例(治疗组 2 例,对照组 3 例),症状程度均较轻,患者可以耐受。治疗 4 周和 8 周时复查血常规、肝肾功能未见异常。

3 讨论

脑卒中后抑郁的发病率较高,且与病变部位及神经功能缺损程度有密切关系<sup>[3]</sup>,但临床上对脑卒中往往能够及时诊断和治疗,而对伴发的 PSD 尚未引起临床医生足够的重视。Castillo 等的研究显示,脑卒中急性期抑郁的发生率为 40 %,慢性期抑郁的发生率则高达 54 %<sup>[4]</sup>,但国内报道的 PSD 发病率低于国外<sup>[5,6]</sup>。尽管造成 PSD 的原因目前还不十分清楚,但多数学者认为可能是生物、心理和社会因素共同作用的结果,因此,PSD 的治疗除应用药物外,亦不能忽视心理治疗的作用<sup>[7,8]</sup>。

临床实践表明,中医治疗 PSD 有较好的疗效<sup>[9,10]</sup>。抑郁症在中医学中属“郁证”范畴。郁证是由于情志不舒,气机郁结所引起的一类病证,临床常表现为心情抑郁、情绪不宁、胸胁胀痛、太息或心烦易怒善哭、失眠等。《丹溪心法·六郁》中云:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁”。郁证的病理基础是肝气郁结,气机不畅。肝性喜条达,主疏泄;肝以愉悦舒畅为德,忧愁恼怒为病。七情的变化首先是肝失条达之性,疏泄失职,气机郁结不畅。所谓当升不升,当降不降,当变化不变化,此为转化失常,六郁之病见矣。抑郁症的治疗正如《证治汇补·郁症》中所云,“郁病虽多,皆因气不周流,法当顺气为先”。《素问·六元正纪大论篇》有“木郁达之”的古训,故郁症当疏肝解郁,可使用逍遥散治疗。逍遥散出自宋代《太平惠民和剂局方》,具疏肝解郁、调和肝脾、疏肝和胃之功效。方中柴胡疏肝解郁,又配当归、白芍药养血柔肝,体用兼顾,气血同调;白术、茯苓健脾利湿,使气血得以生化;少许薄荷、煨姜疏散条达;炙甘草益气和中,调和诸药。诸药合用,疏肝解郁,健脾和营。现代药理学研究显示,逍遥散可改善大脑微循环,对大脑皮质和纹状体的去甲肾上腺素和多巴胺系统有调节作用,并有一定的免疫调节功能及抗氧化功能。

本研究表明,在常规应用抗抑郁药百忧解和心理治疗的基础上合用逍遥散治疗 PSD 疗效好,并能较好地改善患者的肢体运动功能和日常生活能力,显示出中西医结合治疗 PSD 的优势。

[参考文献]

[1] 张通,孟家眉,项曼君. 脑卒中后抑郁症的前瞻性研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2):73-76.

[2] 中华医学会精神科学会. 中国精神疾病分类方案与诊断标准[M]. 第 2 版修订版. 南京:东南大学出版社,1995:691.

[3] 梁翠萍,刘宏丽,李振芳. 脑血管病后抑郁的生物学机制[J]. 中国康复,2005,20(2):83-84.

[4] Castillo CS, Schltz SK, Robinson RG. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety[J]. Am J Psychiatry,1995,152(8):1174-1179.

[5] 姚斌,尹岭,吴东宇,等. 北京万寿路地区老年人卒中后抑郁的调查研究[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(9):695-697.

[6] 冯艳蓉. 急性脑卒中后抑郁的临床分析[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(10):798-799.

[7] 苏晓琳,赵宏文,肖学长,等. 心理治疗对脑卒中后抑郁患者康复疗效的影响[J]. 中国康复,2004,19(2):84-86.

[8] 马艳,李洁,罗利俊,等. 心理治疗对脑卒中抑郁患者肢体运动功能的影响[J]. 中国康复,2005,20(6):362.

[9] 洪杰斐,李君良. 郁星菖志汤对急性脑卒中后抑郁症患者血清去甲肾上腺素和 5-羟色胺的影响[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(5):297-298.

[10] 何希俊,谭吉林,王本国,等. 醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后抑郁 86 例疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(6):467-468.

(收稿日期:2006-03-08)