

解郁活血方对脑梗死后抑郁症患者神经功能康复的影响

冯蓓蕾¹, 王翘楚², 李正元¹

(1. 上海市中西医结合医院神经内科, 上海 200082; 2. 上海市中医医院失眠疾病研究室, 上海 200071)

[摘要] 目的: 研究解郁活血方对脑梗死后抑郁症患者抑郁症状和神经功能康复的影响。方法: 将 54 例脑梗死后抑郁症患者随机分为抑郁症对照组(18 例)、氟西汀治疗组(18 例)和解郁活血方治疗组(18 例);另设脑梗死后无抑郁症对照组 18 例。观察治疗前、治疗后 30 d 和 60 d 的 Zung 抑郁自评量表(SDS)、改良爱丁堡与斯堪的那维亚量表(MESSS)和日常生活能力(ADL)评分。结果:解郁活血方治疗组治疗后 30 d、60 d SDS 评分与治疗前和同期的抑郁症对照组比较有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),治疗后 30 d 和 60 d MESSS 评分和 ADL 评分与治疗前和同期的抑郁症对照组比较也有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);解郁活血方治疗组与氟西汀治疗组间疗效无明显差异,但解郁活血方治疗组的副作用少且症状轻。结论:解郁活血方可明显改善脑梗死后抑郁症患者的抑郁症状,同时还能促进其神经功能康复。

[关键词] 解郁活血方;脑梗死;抑郁症;康复

[中图分类号] R692;R242.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-1977(2004)03-0182-03

Influence of Jieyu Huoxue Decoction on rehabilitation of patients with depression after cerebral infarction
FENG Bei-Lei¹, WANG Qiao-Chu², LI Zheng-Yuan¹

(1. Department of Neurology, Shanghai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai 200082, China; 2. Department of Sleep Disorder, Shanghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200071, China)

ABSTRACT Objective: To study the influence of Jieyu Huoxue Decoction on rehabilitation of patients with depression after cerebral infarction. Methods: Fifty four patients suffered from the depression after acute cerebral infarction were randomly divided into three groups: depression control group, fluoxetine treated group and Jieyu Huoxue Decoction treated group. Eighteen patients of cerebral infarction without depression were enrolled in the no depression control group randomly. The Zung self-rating depression scale (SDS), the modified Edinburgh-Scandinavia stroke scale (MESSS) and the activities of daily living (ADL) were evaluated before treatment, 30 and 60 days after treatment. Results: After 30 and 60 days of treatment, SDS evaluation of the Jieyu Huoxue Decoction treated group showed significant difference as compared with the condition before treatment and that of the depression control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), MESSS evaluation and ADL evaluation also showed significant difference as compared with the condition before treatment and that of the depression control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$); there was no obvious difference between the fluoxetine treated group and the Jieyu Huoxue Decoction treated group, but the Jieyu Huoxue Decoction treated group showed fewer symptoms and less side effect. Conclusion: Jieyu Huoxue Decoction can not only relieve depression after cerebral infarction, but also improve neurological functions.

KEY WORDS Jieyu Huoxue Decoction; cerebral infarction; depression; rehabilitation

J Chin Integr Med, 2004, 2(3): 182-184

脑梗死后除出现不同程度的偏身感觉和运动功能障碍外,还可以伴随出现不同程度的抑郁症状,如患者表现情绪低落、悲观,甚至厌世和有自杀行为等,直接影响了患者神经功能的康复,从而增加其致残率。近年来有研究证实,盐酸氟西汀(5-羟色胺再摄取抑制剂)能改善卒中后抑郁症者神经功能总体康复的能力^[1]。本文就中药解郁活血方对脑梗死后抑郁症患者神经功能康复能力的影响进行临床研究,并与盐酸氟西汀作对照观察,兹报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准 (1) 脑梗死诊断标准: 参照 1995 年第四届全国脑血管疾病学术会议“ 各类脑血

管疾病诊断标准要点”制定的脑梗死标准^[2],并经头颅 CT 或 MRI 检查证实。(2) 抑郁症诊断标准: 参照美国精神疾病诊断统计手册第 4 版制定^[3]。采用 Zung 抑郁自评量表 (Zung self-rating depression scale, SDS) 进行筛选, SDS ≥ 41 分即存在抑郁。(3) 纳入标准: 第 1 次发病后 1 个月内,经头颅 CT 或 MRI 证实的脑梗死患者;至少有 1 个患肢肌力 4 级; SDS ≥ 41 ; 既往无精神疾病及滥用药物、酒精史; 无药物过敏及严重心、肺、肝、肾疾病; 无失语、痴呆,能配合检查者。(4) 排除标准: 既往有抑郁症或

[作者简介] 冯蓓蕾(1970-),女,主治医师.
E-mail: budfeng@yahoo.com.cn
Correspondence to: Prof. WANG Qiao-Chu.

中风病史; 年龄 80 岁者; 不符合纳入标准, 未按规定用药或中途退出者。

1.2 一般资料 2000 年 6 月~2003 年 6 月我院神经内科住院和门诊收治的急性期(发病 1 个月内)脑梗死患者(患肢肌力 4 度) 152 例, 其中男 70 例, 女 82 例; 年龄 48~79 岁, 平均(68.78 ±7.12) 岁。从中选出符合脑梗死后抑郁症者 54 例, 其中男 24 例, 女 30 例; 年龄 48~79 岁, 平均(71.54 ±6.72) 岁。根据随机原则分成抑郁症对照组(18 例)、氟西汀治疗组(18 例)和解郁活血方治疗组(18 例)。在无抑郁的脑梗死患者 98 例中随机选出 18 例为无抑郁症对照组, 其中男 8 例, 女 10 例; 年龄 56~78 岁, 平均(70.54 ±7.92) 岁。本研究中失访或未完成者共 8 例, 其中抑郁症对照组 1 例因糖尿病并发症加重中断观察, 1 例因再次脑梗死而中断观察; 氟西汀治疗组 1 例因经济情况放弃治疗, 1 例因肾衰竭而中断观察; 解郁活血方治疗组 1 例失访; 无抑郁症对照组 2 例失访, 1 例因再次脑梗死而中断观察。4 组完成试验的患者在性别、年龄以及治疗前反映抑郁程度的 SDS 评分和反映神经功能状况的改良爱丁堡与斯堪的那维亚量表(modified Edinburgh-Scandinavia stroke scale, MESSS) 评分、日常生活能力(activities of daily living, ADL) 评分均无统计学差异, 具有可比性。

1.3 治疗方法 所有入组患者均给予脑梗死的基础治疗, 包括营养脑细胞、清除自由基、抗血小板聚集和早期的康复训练。无抑郁症对照组和抑郁症对照组除基础治疗外不给额外治疗; 氟西汀治疗组除基础治疗外, 给予盐酸氟西汀(奥麦伦, 上海中西药业) 20 mg/d(晨服); 解郁活血方治疗组除基础治疗外, 给予解郁活血方(由柴胡、郁金、天麻、钩藤、当归、赤芍、鸡血藤、桃仁、红花、菖蒲、白僵蚕等组成), 制成水煎液, 每日 2 次分服。治疗疗程均为 60 d。

1.4 疗效观察 各组分别作 SDS 评分、MESSS 评分和 ADL 评分, 均在治疗前、治疗后 30 d、治疗后 60 d 各评定 1 次, 同时观察不良反应。

1.5 统计学方法 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 利用 SPSS 10.

0 统计软件包进行多组样本的 F 检验, 以 $P < 0.05$ 判断为显著性差异。

2 结果

2.1 治疗前后抑郁程度的变化 试验开始时伴有抑郁症状各组的 SDS 评分无显著性差异。解郁活血方治疗组与氟西汀治疗组治疗后 30 d 的 SDS 评分与治疗前比较有显著性差异($P < 0.01$), 抑郁症对照组治疗后 30 d 的 SDS 评分与治疗前比较亦有显著性差异($P < 0.05$); 伴有抑郁症状的各组治疗后 60 d 的 SDS 评分与治疗前 30 d 比较有显著性差异($P < 0.05$), 而解郁活血方治疗组与氟西汀治疗组在治疗后 30 d 和 60 d 的 SDS 评分分别与抑郁症对照组比较有显著性差异($P < 0.01$), 但两治疗组间的 SDS 评分无显著性差异。结果表明, 脑梗死后抑郁症虽有一定的自愈倾向, 但药物治疗对脑梗死后抑郁症具有更显著的改善作用, 其中治疗 30 d 时效果最明显, 而中、西药物间的疗效没有明显差异。见表 1。

2.2 治疗前后神经功能变化 治疗后 30 d 的 MESSS 评分和 ADL 评分与治疗前比较, 无抑郁症对照组及解郁活血方治疗组、氟西汀治疗组均有显著性差异($P < 0.01$), 抑郁症对照组亦有显著性差异($P < 0.05$); 各组治疗后 60 d 的 MESSS 评分和 ADL 评分与治疗前 30 d 比较均有显著性差异($P < 0.05$); 治疗后 30 d 和 60 d 无抑郁症对照组及解郁活血方治疗组、氟西汀治疗组分别与抑郁症对照组比较有显著性差异($P < 0.01$), 而此三组间比较则无显著性差异。结果表明, 脑梗死后抑郁症对患者神经功能康复有不利影响, 而通过药物治疗后患者的神经功能康复能同不伴抑郁症者一样良好, 且在治疗后 30 d 神经功能康复的能力尤为明显。见表 2、表 3。

2.3 副反应 氟西汀治疗组中 5 例出现不良反应, 占 31.25%, 在服药初期出现恶心或食欲减退 4 例、失眠 3 例、头痛 2 例, 症状较轻, 患者均能耐受; 解郁活血方治疗组中 2 例出现不良反应, 占 11.76%, 均为胃脘部不适, 1~2 d 消失。

表 1 治疗前后 SDS 评分变化

Tab 1 Changes of SDS score after treatment

Group	n	Before treatment	($\bar{x} \pm s$)	
			30 d after treatment	60 d after treatment
No depression control	15	30.2 ±4.2	27.1 ±4.3	25.8 ±3.7
Depression control	16	48.8 ±5.7	43.5 ±5.2*	41.1 ±4.7
Fluoxetine treated	16	48.1 ±6.13	6.9 ±4.3**	34.9 ±4.6
Jieyu Huoxue Decoction treated	17	48.2 ±5.83	5.9 ±4.1**	32.9 ±5.1

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, vs before treatment; $P < 0.05$, vs 30 d after treatment; $P < 0.01$, vs depression control

表 2 治疗前后 MESSS 评分变化

Tab 2 Changes of MESSS score after treatment

Group	n	Before treatment	$\bar{x} \pm s$	
			30 d after treatment	60 d after treatment
No depression control	15	21.1 ± 5.2	14.6 ± 4.2 ^{**}	9.4 ± 4.2
Depression control	16	23.3 ± 5.9	18.6 ± 5.2 [*]	14.4 ± 2.2
Fluoxetine treated	16	23.9 ± 5.5	13.6 ± 5.1 ^{**}	9.1 ± 3.2
Jieyu Huoxue Decoction treated	17	23.5 ± 6.2	13.9 ± 4.9 ^{**}	9.3 ± 5.2

* P < 0.05, ** P < 0.01, vs before treatment; P < 0.05, vs 30 d after treatment; P < 0.01, vs depression control

表 3 治疗前后 ADL 评分变化

Tab 3 Changes of ADL after treatment

Group	n	Before treatment	$\bar{x} \pm s$	
			30 d after treatment	60 d after treatment
No depression control	15	25.4 ± 3.5	21.8 ± 2.6 ^{**}	19.8 ± 4.2
Depression control	16	29.9 ± 2.9	25.8 ± 3.2 [*]	23.8 ± 4.2
Fluoxetine treated	16	28.9 ± 3.6	20.8 ± 5.1 ^{**}	19.1 ± 3.2
Jieyu Huoxue Decoction treated	17	28.5 ± 4.5	20.3 ± 4.2 ^{**}	19.4 ± 2.2

* P < 0.05, ** P < 0.01, vs before treatment; P < 0.05, vs 30 d after treatment; P < 0.01, vs depression control

3 讨论

抑郁症是卒中后最常见的情感障碍之一,其患病率约为 22%~60%^[4]。卒中后抑郁症的病因仍不清楚,有学者认为与卒中病灶部位^[5]或卒中后脑内损害引起去甲肾上腺素和 5-羟色胺之间平衡失调有关^[4];也有人认为其发病并非单一因素所致^[6,7],而是与卒中前患者个性、社会环境及卒中后导致的躯体和认知障碍、不良的家庭环境、社会、心理等综合因素有关,所有这些因素常导致患者躯体症状加重,同时又增加了患者的精神痛苦,影响了患者战胜疾病的主动性和积极性,对卒中患者神经功能康复造成不良影响。

脑梗死患者出现的抑郁症状,如情绪低落、兴趣减少、思虑过度、悲观失落与中医“郁证”表现相似。中风后患者受突如其来的生理功能障碍影响,往往产生忧愁、思虑、恼怒情绪,而忧思郁怒最易伤肝,影响肝的疏泄功能,使肝失条达;气郁日久,津停成痰,血阻成瘀,痰瘀又加重气郁;而中风又以“血瘀”为主要病理特点。因此,情志所伤、肝郁痰瘀是本病的基础,贯穿本病的始末。依此我们拟疏肝解郁、活血化瘀为治则,方中柴胡、郁金、天麻、钩藤疏肝平肝解郁;当归、赤芍、鸡血藤、桃仁、红花理气活血柔肝;菖蒲、白僵蚕等化痰开窍。

本组资料显示解郁活血方能改善脑梗死后的抑郁症状,并能促进患者神经功能康复,且在急性脑梗死后抑郁症治疗的最初 30 d 疗效最为明显,以后神经功能康复速度减慢,因此早期诊断、早期治疗有利于神经功能康复,应引起临床重视。关于本方的药

理机制及对抑郁症状改善和神经功能康复间的关系尚有待进一步研究。本方能明显改善患者的睡眠,这也有助于改善抑郁症状,并加速神经细胞修复,促进神经功能康复。

另外,本资料显示解郁活血方的副反应发生率低于盐酸氟西汀,且中、西药的日均费用基本一样,因此纯天然、毒副作用低的中草药值得进一步研究开发。

由于本文所选用的 SDS 为抑郁症筛选量表,其评分受到患者主观因素、受教育程度等多种因素影响,反映患者的抑郁程度有一定的局限性,故此在以后的研究中有待改进。

[参考文献]

- 1 陈小江,林志雄,李君良,等.抗抑郁药物对脑卒中后抑郁症及其神经功能康复疗效观察[J].中国临床康复,2002,6(9):1289.
- 2 中华医学会.脑血管病诊断和分类诊断要点——神经功能缺损程度的评分标准[S].中华神经科杂志,1996,29(5):376-383.
- 3 美国精神科学协会.颜伟文译.精神障碍诊断和统计手册[M].第4版.上海:上海精神医学出版社,1994.327-332.
- 4 冯蓓蕾,王翘楚,顾丽芳.卒中后抑郁症研究现状[J].国外医学·脑血管疾病分册,1999,7(1):14-16.
- 5 Krishnan KR. Neuroanatomic substrates of depression in the elderly[J]. J Geriatr Psychiatry Neurol, 1993, 6(1):39-58.
- 6 Burvill P, Johnson G, Jamrozik K, et al. Risk factors for post-stroke depression[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 1997, 12(2):219-226.
- 7 Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen MW, et al. Risk factors for depression after apoplexy[J]. Ugeskr Laeger, 1996, 158(43):6107-6110.

[收稿日期] 2003-11-10 [本文编辑] 白玉金