

十味温胆汤治疗缺血性卒中后抑郁心胆气虚证的临床观察

刘娟¹, 仲诚², 庞敬涛¹, 田立^{1*}

(1. 潍坊市中医院, 山东 潍坊 261041; 2. 潍坊护理职业学院, 山东 潍坊 252300)

[摘要] 目的:观察十味温胆汤治疗缺血性卒中后抑郁心胆气虚证临床疗效,探究其作用机制。方法:将缺血性卒中后抑郁心胆气虚证患者80例,采用随机数字表法分组。对照组40例,给予口服用抗抑郁药帕罗西汀20 mg·d⁻¹;观察组40例,十味温胆汤内服,1剂/d。两组疗程均为连续治疗4周。观察两组的临床疗效、汉密尔顿抑郁量表-17(HAMD-17)因子评分,血清C-反应蛋白(CRP),同型半胱氨酸(Hcy)水平,中医证候积分、生活质量评分,并进行比较。结果:经过治疗,观察组疗效明显优于对照组($Z=-2.104, P<0.05$),且总有效率明显高于对照组($\chi^2=5.00, P<0.05$);与本组治疗前进行比较,观察组患者的HAMD量表-17各因子评分均明显减少($P<0.05$),对照组患者的HAMD量表-17各因子评分除绝望感、焦虑两项无差异,其他各项因子评分均明显减少($P<0.05$);与对照组治疗后比较,观察组HAMD量表-17各因子评分减少更明显($P<0.05$)。与本组治疗前比较,治疗后两组患者血清CRP, Hcy水平均显著降低($P<0.01$);与对照组治疗后比较,观察组血清CRP, Hcy水平降低更明显($P<0.05$)。与本组治疗前比较,治疗后观察组患者中医证候评分均显著减少($P<0.01$),对照组患者小便清长明显降低($P<0.05$)。与本组治疗前比较,治疗后观察组患者生活质量评分均显著提高($P<0.01$),对照组患者SF-36健康调查简表评分除精力、社会职能,其他评分均明显提高($P<0.05$),观察组治疗后躯体功能、生理智能、躯体疼痛、社会职能、精神健康评分较对照组明显升高($P<0.05$)。结论:与常规西医治疗比较,十味温胆汤治疗缺血性卒中后抑郁心胆气虚证,可进一步减轻患者的抑郁程度,改善抑郁症状,提高生活质量,临床疗效和综合效果更为明显。

[关键词] 十味温胆汤; 卒中后抑郁; 心胆气虚; 帕罗西汀

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)19-0189-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20201921

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200723.1115.013.html>

[网络出版日期] 2020-7-23 11:28

Clinical Observation on Shiwei Wendantang in Treating Post-ischemic Stroke Depression of Heart and Gallbladder Qi Deficiency Syndrome

LIU Juan¹, ZHONG Cheng², PANG Jing-tao¹, TIAN Li^{1*}

(1. Weifang Traditional Chinese Hospital, Weifang 261041, China;

2. Weifang Nursing Vocational College, Weifang 252300, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of Shiwei Wendantang on post-ischemic stroke depression of heart and gallbladder Qi deficiency syndrome. **Method:** The 80 patients with post-ischemic stroke depression of heart and gallbladder Qi deficiency syndrome were divided into two groups by random number table. 40 cases in control group received oral administration of antidepressant Paroxetine, 20 mg·d⁻¹, and 40 cases in observation group received Shiwei Wendantang, 1 dose/day. The treatment course was 4 weeks in both groups. The clinical efficacy, hamilton depression scale (HAMD-17) score, serum C-reactive protein (CRP), homocysteine (Hcy) level, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score and quality of life score of two groups were observed and compared. **Result:** After treatment, the curative effect of observation

[收稿日期] 20191020(002)

[基金项目] 潍坊市卫计委中医药科研项目(2017-04-036)

[第一作者] 刘娟,在读硕士,主治医师,从事中医脑病研究,E-mail:13964758297@163.com

[通信作者] *田立,硕士生导师,主任中医师,从事中医脑病研究,E-mail:wftianli@126.com

group was better than that of the control group ($Z=-2.104, P<0.05$), and the total effective rate in observation group was significantly higher than that of control group ($\chi^2=5.00, P<0.05$). After treatment, the scores of each factor of HAMD-17 scale in observation group were significantly decreased ($P<0.05$), and the scores of factors of HAMD-17 scale in the control group were also significantly decreased ($P<0.05$) except despair and anxiety. The decrease of scores in the observation group was more obvious than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the values of serum CRP and Hcy in two groups were decreased significantly ($P<0.01$), and the values of serum CRP and Hcy in observation group were also decreased significantly ($P<0.01$). After treatment, the scores of TCM syndromes in observation group were decreased significantly ($P<0.01$), while in control group, only the score of urination was significantly decreased ($P<0.05$). The scores of quality of life in observation group were all significantly higher than those before treatment ($P<0.01$). The scores of SF-36 Health Survey Form in the control group were significantly decreased except for energy and social function ($P<0.05$). The scores of physical function, physical intelligence, physical pain, social function, and mental health in observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** As compared with the conventional western medicine treatment, the application of Shiwei Wendantang in the treatment of post-ischemic stroke depression of heart and gallbladder Qi deficiency syndrome, can further reduce the degree of depression of patients, improve the symptoms of depression, and improve the quality of life, with more significant clinical efficacy and comprehensive effect.

[Key words] Shiwei Wendantang; post-stroke depression; heart and gallbladder Qi deficiency; paroxetine

脑卒中是中老年人常见疾病,严重危害身心健康和生命安全,具有极高的致残率和死亡率。其并发症中,卒中后抑郁(PSD)较为常见,卒中后各期均可发生。据文献报道,在我国脑卒中患者中,PSD发病率高达47%^[1]。其对患者日常生活能力造成极大伤害,同时对神经功能的恢复造成严重影响,在一定程度上增加了脑血管疾病的发病率和死亡率,降低了患者生存质量^[2]。近年来,抑郁障碍治疗的新型药物及新技术不断涌现,治疗技术水平不断提升,但抗抑郁治疗的总体有效性并无根本改善。具有高度受体选择性的新型抗抑郁药,如选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取阻滞剂(帕罗西汀)、选择性多巴胺受体阻滞剂(黛力新)等,虽然克服了传统药物的诸多弊端,但仍存在许多问题,比如增强自杀观念和增加自杀行为的风险等^[3]。截至目前,PSD的发病机制不十分明确,出现了神经解剖学说、神经生化递质学说以及神经遗传学说等各种理论,在一定程度上影响了研究进程和治疗效果^[4-5]。因此,改变现有的陈旧治疗模式、尽早明确发病机制、开发提升临床疗效的革命性药物、坚定不移的走中西医结合的道路,已成为当下治疗本病的热点^[3]。其中,具有多靶点、多途径、多效应成分的中药复方,越来越被国内外从事相关研究的人员重视^[6]。

PSD根据其临床表现,可归属于“中风”与“郁

证”的范畴,病位在脑,同时与心、肝、肾、胆等密切相关^[7]。中医证候学相关研究表明,心气虚、胆气虚均为郁证的证候因子,心胆气虚证是其主要证型之一^[8],这与笔者长期临床实践和观察结果是非常吻合的。因此本研究以益气镇惊、宁心安神、理气化痰为主要方法,方用十味温胆汤,本方在明代医家王肯堂《三因极一病证方论》温胆汤基础上加减而成。据报道,近年来该方在治疗精神神经疾病及心脑血管疾病方面,具有较好的临床疗效^[9],但在治疗缺血性PSD心胆气虚证方面,鲜有文献记载。本研究通过对相关指标的数据整理和统计分析,探讨十味温胆汤在治疗过程中的作用机制,为中西医结合治疗PSD提供理论依据和样本支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本方案经过潍坊市中医院伦理委员会审查批准,批号2017-潍坊市中医院-045。选取潍坊市中医院2017年11月至2018年11月脑病科病房住院及门诊就诊的缺血性PSD心胆气虚证患者,共计80例。根据随机数字表法进行分组,分为观察组(中药治疗)和对照组(西药治疗),比例为1:1。其中,观察组患者40例,男25例,女15例;年龄40~73岁,平均(54.6±8.35)岁;轻度抑郁22例,中度抑郁18例;病程最短者4个月,最久者23年,平均(8.73±3.12)年。对照组40例,男22例,女18例;年龄42~

72岁,平均(56.8±9.15)岁;轻度抑郁24例,中度抑郁16例;病程最短者3个月,最久者24年,平均(9.67±3.55)年。比较两组患者上述基线资料,并进行分析,差异无统计学意义,具有可比性。研究过程中,未出现剔除、脱落和中止病例。

1.2 诊断标准

1.2.1 PSD诊断标准 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[10]中有关脑卒中的诊断标准,同时符合《中国精神障碍分类与诊断标准》^[11](CCMD-3)中抑郁症诊断标准。①病史明确,并经脑CT,磁共振成像(MRI)检查确诊为缺血性卒中;②心境低落,兴趣丧失,无愉快感;社会功能受损,给本人造成痛苦或不良后果;符合症状标准至少已持续2周;③排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。依据汉密尔顿抑郁量表-17(HAMD-17)进行评分,HAMD-17>7分为有抑郁症,≤7分则无。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[12]中风及郁病的诊断标准,同时符合《中药新药临床研究指导原则》^[13]中心胆气虚证的中医辨证诊断标准。主证见情绪不宁,精神不振,忧郁不畅,善太息,或不思饮食,易怒善哭。次证为心中惕惕不安,失眠多梦易于惊醒,心悸气短。舌质淡,苔薄白,脉弦细。

1.3 纳入标准 ①年龄35~75岁;②符合以上中西医诊断标准,中医辨证为心胆气虚证;③可配合量表评定;④经HAMD检测,评分>7分^[14];⑤发作脑卒中前,无抑郁病史;⑥签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[10],生命体征不稳定或严重的肝、肾功能障碍者;②原发性抑郁或其他原因造成的继发性抑郁者;③既往有可能影响抑郁量表评分的相关疾病者;④近1年内有酒精或药物依赖者。

1.5 治疗方法 两组患者均进行脑卒中二级预防基础治疗,包括监测血压、血糖,抗血小板聚集,稳定斑块,治疗原发病,防治并发症,鼓励患者加强主动或被动康复训练^[15]。

对照组予口服抗抑郁药帕罗西汀(浙江尖峰药业有限公司,国药准字H20040533,20 mg/粒),20 mg/次,1次/d。观察组内服十味温胆汤,方剂组成为法半夏12 g,枳实10 g,陈皮12 g,茯苓15 g,酸枣仁15 g,远志10 g,五味子15 g,熟地黄15 g,人参片15 g,炙甘草9 g。饮片由潍坊市中医院中药房统一提供,经本院药学部徐有光主任药师鉴定,全部

符合2015年版《中国药典》一部规定。医院煎药室采用煎药机煎煮2次,混合药液至400 mL,分早、晚2次温服,1剂/d。两组均以4周为1个疗程。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 通过HAMD-17量表^[14],对两组患者的因子积分进行比较。包括焦虑、体质量、认识障碍、昼夜、睡眠障碍、阻滞、绝望感7项症状,并按程度分级评分,相应记分为无(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分),极重度(4分),由经过专业训练的心理评估医师于治疗前后各检测1次,得分越高,说明病情越重。总分≤7分为正常,在8~17分为轻度抑郁,在18~24分为中度抑郁,≥25分为重度抑郁。

1.6.2 次要疗效指标 ①对两组患者治疗前后血清C-反应蛋白(CRP)和同型半胱氨酸(Hcy)数值的变化情况进行观察。采用免疫比浊法,对CRP进行测定,CRP试剂盒购自上海康朗生物科技有限公司,批号SEA821Hu。采取荧光生化方法,检测分析血清Hcy含量,人同型半胱氨酸Hcy试剂盒,厦门慧嘉生物科技有限公司,批号KB10022,均严格按照说明书进行操作。②运用Likert五点评分法^[16],对心胆气虚证患者主证症状进行评分,1~5分分别代表治疗后症状缓解的程度。5分代表很严重;4分代表比较严重;3分代表有,且一般;2分代表有,较轻;1分为根本没有。③采用中文版SF-36健康调查简表,对患者治疗后生活质量进行评估,内容包括躯体疼痛、精力、社会职能、躯体功能、生理职能、情感职能、一般健康状况、精神健康8个方面^[17]。将各个条目得分进行分值转换,生活质量评分=(实际评分-最低可能评分)/一般平均可能评分×100%,其范围从0~100分,分数越高,说明其生活质量越好。

1.7 疗效评定标准 参见《精神科评定量表手册》^[14]标准,并结合HAMD-17量表评分拟定。临床痊愈确定标准为患者情绪恢复正常,症状消失,HAMD评分减少≥75%;显效为患者情绪明显好转,HAMD评分减少≥50%,且<75%;有效为患者情绪基本稳定,HAMD评分减少≥25%,且<50%;无效为情绪、症状均无改善,HAMD评分减少<25%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×例数数。

1.8 统计学方法 数据采用SPSS 19.0统计学软件进行分析,计量资料用 $\bar{x}±s$ 表示,用 t 检验进行组间比较,计数资料以%表示,用 χ^2 检验,等级资料采取

非参数秩和检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后观察临床疗效, 观察组明显优于对照组 ($Z = -2.104, P < 0.05$), 且总有效率也高于对照组 ($\chi^2 = 5.00, P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者治疗前后HAMD-17量表因子评分比较 与本组治疗前比较, 观察组患者HAMD-17量表各因子评分均明显减少 ($P < 0.05$), 对照组患者HAMD-17量表各因子评分除焦虑、绝望感两项无

表1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	痊愈/例(%)	显效/例(%)	有效/例(%)	无效/例(%)	有效率/%
观察	10(25.0)	12(30.0)	14(35.0)	4(10.0)	90.0
对照	6(15.0)	7(17.5)	15(37.5)	12(30.0)	70.0

差异外, 其他各项因子评分亦明显减少 ($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较, 观察组HAMD-17量表各因子评分减少更为明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后HAMD-17量表因子评分比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 2 Comparison of scores of HAMD-17 between two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	体质量	焦虑	昼夜	睡眠障碍	阻滞	认知障碍	绝望感
观察	治疗前	1.35±0.48	3.53±0.72	1.50±0.51	3.25±0.49	3.98±0.16	3.93±0.34	3.23±0.58
	治疗后	0.63±0.49 ^{1,2)}	3.15±0.74 ^{1,2)}	0.83±0.55 ^{1,2)}	2.70±0.65 ^{1,2)}	2.98±0.78 ^{1,2)}	3.10±0.87 ^{1,2)}	2.78±0.77 ^{1,2)}
对照	治疗前	1.48±0.51	3.25±0.81	1.60±0.50	3.28±0.64	3.98±0.16	3.90±0.30	3.40±0.67
	治疗后	1.03±0.58 ¹⁾	3.50±0.72	1.10±0.55 ¹⁾	3.00±0.68 ¹⁾	3.45±0.60 ¹⁾	3.55±0.71 ¹⁾	3.15±0.66

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分比较 与本组治疗前比较, 观察组患者生活质量评分均显著升高 ($P < 0.01$)。对照组患者SF-36健康调查简表评分精力、社会职能两项差异无统计学意义, 躯体功能、

生理智能、一般健康状况、社会职能、情感职能、精神健康评分均显著提高 ($P < 0.01$)。与对照组治疗后比较, 观察组生理智能、躯体疼痛、精力、社会职能、精神健康评分明显升高 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后生活质量评价比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 3 Comparison of quality of life evaluation between two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	躯体功能	生理智能	一般健康状况	躯体疼痛	精力	社会职能	情感职能	精神健康
观察	治疗前	52.98±14.78	53.58±14.39	53.35±13.47	52.65±12.85	54.30±13.78	55.38±13.78	52.00±12.74	56.98±15.55
	治疗后	66.95±12.53 ¹⁾	67.63±9.93 ^{1,2)}	64.70±11.00 ¹⁾	68.13±10.19 ^{1,2)}	65.03±11.91 ^{1,2)}	70.05±11.92 ^{1,2)}	65.33±7.98 ¹⁾	68.08±11.54 ^{1,2)}
对照	治疗前	54.83±12.65	52.75±12.71	54.65±13.11	50.18±11.47	54.50±11.49	54.78±13.96	57.45±13.53	56.28±11.76
	治疗后	64.35±11.93 ¹⁾	58.68±12.76 ¹⁾	63.80±12.23 ¹⁾	56.85±13.98 ¹⁾	58.68±13.71	60.30±13.39	65.73±11.64 ¹⁾	62.20±12.48 ¹⁾

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表4同)。

2.4 两组患者治疗前后血清CRP, Hcy水平变化情况比较 与本组治疗前比较, 治疗后两组血清CRP, Hcy水平均显著降低 ($P < 0.01$)。与对照组治疗后比较, 观察组血清CRP, Hcy水平降低更明显 ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者治疗前后血清CRP, Hcy水平比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

Table 4 Comparison of levels of CRP, Hcy between two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	CRP/mg·L ⁻¹	Hcy/μmol·L ⁻¹
观察	治疗前	5.91±1.34	25.18±5.42
	治疗后	3.52±0.93 ^{1,2)}	13.51±1.78 ^{1,2)}
对照	治疗前	5.86±1.30	23.81±5.85
	治疗后	4.05±0.93 ¹⁾	15.38±2.36 ¹⁾

2.5 两组患者治疗前后中医证候积分比较 与本组治疗前比较, 治疗后观察组患者中医证候评分均显著减少 ($P < 0.01$), 对照组患者中医证候评分中小便清长积分显著减少 ($P < 0.01$)。与对照组治疗后比较, 观察组中医证候积分降低更显著 ($P < 0.01$)。见表5。

害, PSD做为其常见并发症, 对患者身心健康及生活质量会产生极其恶劣的影响。与此同时, 抑郁也可诱发或加重缺血性卒中, 从而形成恶性循环^[18]。研究表明, 在与PSD发生密切相关的脑部损害中,

3 讨论

缺血性脑卒中对人类健康造成异常严重的危

表5 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	时间	精神抑郁	不寐多梦	胆怯心悸	气短倦怠	小便清长
观察	治疗前	3.95±1.18	4.18±1.11	3.90±0.93	4.03±0.97	3.86±1.02
	治疗后	2.85±0.83 ^{1,2)}	3.03±0.92 ^{1,2)}	3.18±0.87 ^{1,2)}	2.95±1.04 ^{1,2)}	3.15±0.89 ^{1,2)}
对照	治疗前	4.28±0.85	4.00±0.93	4.03±1.12	4.08±1.07	4.18±1.03
	治疗后	3.95±0.75	4.08±0.69	3.78±0.86	3.85±0.77	3.70±0.65 ¹⁾

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.01$ 。

前部半球和优势半球的损害最为常见^[19]。“神经递质失衡”机制研究表明,PSD与脑内递质调节失衡有密切关系,而其中去甲肾上腺素和5-HT浓度变化最为关键^[20]。

帕罗西汀,作为中枢神经系统5-HT再摄取抑制剂,可通过控制突触前膜对5-HT的再摄取,在一定程度上提高神经元突触间隙内的5-HT水平,最终使抑郁症状得到有效改善。但在临床应用帕罗西汀过程中,其毒副作用、依从性差以及对自杀倾向的影响等问题时有报道^[21]。

十味温胆汤首载于元代危亦林所著《世医得效方》,收录于明代王肯堂的《证治准绳·类方》,乃王肯堂根据临床需要和实践经验,在《三因极一病证方论》之温胆汤基础上加减而成。在原方中加入益气养血、宁心安神之人参、五味子、熟地黄、远志、酸枣仁,去掉清胆和胃之竹茹而成十味温胆汤,故本方无清热之效,而培养心之功。方中半夏为君,具燥湿化痰之功。重用陈皮、枳实为臣药,陈皮苦辛微温,化痰理气和胃,行胸膈之气又有破气导滞之效;枳实散结消痞、降气化痰,辛开苦降,通调气机。两药配伍,使郁结之气得开,积聚之痰得消。佐药茯苓,益气健脾,脾健则绝生痰之源而神安。使药甘草,益气和缓、调和诸药。远志具祛痰安神之功,与诸药配伍,使脾健湿祛则痰无以生。五味子、酸枣仁与人参配伍,可达益气养心、安神定志之效,熟地黄滋阴养血安神。全方共奏理气化痰,养心安神定惊之功。文献研究显示,十味温胆汤临床广泛用于抑郁症、失眠症、冠心病心绞痛、颈性眩晕、自闭症等的治疗^[9]。

心主藏神,胆主决断,二者的生理功能在神志活动方面具有统一性。《黄帝内经·素问·灵兰秘典论》云:“心者,君主之官也,神明出焉”,《黄帝内经·灵枢·邪客》曰“心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也”,这意味着心通过主神明而统领五脏六腑。《黄帝内经·素问·灵兰秘典论》中云:“胆者,中正之官,决断出焉。”决断,决定和判断,也属于精神意识和

思维活动的范畴。由此可见,在精神情志活动方面,心和胆的关系异常密切,心主神志之功能需借助胆之决断方能正常行使,胆主决断亦需在心之统率下才能正常发挥。如若素体心胆气弱,遇事即胆怯心悸、忧愁不解,再受惊恐悲虑等不良刺激,则致心胆阳气更虚。心气不足,即现心神失养、情绪低落、失眠多梦。患者对自身情况及所处环境无法正确认识和评判,故可见自卑绝望。面白倦怠,舌淡苔薄白,脉沉细或细而无力,皆为心胆气虚之象^[22]。照顾好PSD患者的情绪、改善患者临床症状、提高患者生活质量,是临床医师需始终贯彻的治疗原则。

本研究结果显示,观察组HAMD-17量表各因子评分均显著减少,与对照组比较,观察组的治疗后评分减少更为明显。这表明经十味温胆汤治疗后,PSD患者的抑郁程度减轻,临床症状得到缓解。与此同时,一些研究表明,PSD患者CRP,Hcy数值增加,并与其抑郁程度呈正相关,可以作为观察指标^[23]。从研究结果可以发现,观察组和对照组血清CRP,Hcy数值均明显降低,但观察组数值降低更为明显,提示十味温胆汤有助于降低患者CRP,Hcy水平,有效改善其生活质量。另外,观察组患者中医证候各项评分均明显减少,并且在生理职能、躯体疼痛、精力、社会职能、精神健康五方面较对照组有显著改善,可见十味温胆汤的使用有助于提高患者的日常生活能力,改善抑郁症状。

微观病理认识是西医学的主张,依据整体观念施行辨证论治,则是中医学的基本特点,两者有本质区别。中国传统医学治疗,更注重疾病对患者生活质量的影响。因此,患者的主观感觉是在诊断和治疗过程中一个非常重要的指标。目前国际上用于生活质量测评的工具很多,其中被普遍认可的就是SF-36量表,可以针对患者治疗期间的身体状态进行全面评价,并监测整个诊疗过程^[24]。这项研究结果显示,通过应用十味温胆汤,观察组生活质量的得分有明显改善,说明它可以显著提高患者的生

活质量。

综上所述,针对PSD心胆气虚证的治疗,十味温胆汤可进一步改善患者抑郁情绪及临床症状,提高生活质量,降低中医证候积分,临床疗效和患者综合效果均优于单纯的西医治疗。但本研究在样本总量方面有一定欠缺,对于作用机制的探讨比较浅显。为了进一步明确其临床疗效及抗抑郁机制,需要更为长久丰富的样本积累,同时联合兄弟单位进行多中心试验研究。

[参考文献]

- [1] MCCARTHY M J, SUCHAREW H J, ALWELL K, et al. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke [J]. *J Behav Med*, 2016, 39 (1): 55-64.
- [2] 王少石,周新雨,朱春燕. 卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J]. *中国卒中杂志*, 2016, 11 (8): 685-693.
- [3] 孟宪良,赵娜,张宁,等. 卒中后抑郁的研究进展[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2019, 22 (18): 2082-2088.
- [4] 史宇,杨冬冬,黄国志,等. 卒中后抑郁发病机制及相关影响因素[J]. *实用医学杂志*, 2016, 32 (6): 867-869.
- [5] 张国平,王莉莉,王海燕. 脑卒中后抑郁与神经功能缺损关系研究[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2016, 16 (5): 271-274.
- [6] 范鹏,赵铎. 中西医对脑卒中后抑郁的认识与诊治[J]. *中医研究*, 2019, 32 (3): 7-9.
- [7] 赵亚伟,张彦利,傅天. 中医药治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2017, 26 (8): 909-912.
- [8] 朱晨军,唐启盛,曲淼,等. 安神定志丸治疗心胆气虚型抑郁症的临床疗效观察[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2010, 16 (5): 206-208.
- [9] 高荣慧. 十味温胆汤的临床应用近况[J]. *世界睡眠医学杂志*, 2014, 1 (2): 126-128.
- [10] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48 (4): 246-257.

- [11] 中华医学会精神科学会. 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,2000: 179-180.
- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:1-94.
- [13] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:187.
- [14] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:121-126.
- [15] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:46-55.
- [16] 戴霞,王成岗,韩晓春,等. 中医证候量表条目筛选的方法学探讨[J]. *中华中医药杂志*, 2010, 25 (8): 1168-1171.
- [17] 李莉,陈善佳,方云华,等. 中文版SF-36用于评价亚急性脑卒中患者生存质量的信度和效度[J]. *中国康复医学杂志*, 2017, 32 (5): 509-515.
- [18] SHI Y Z, XIANG Y T, WU S. The relationship between frontal lobe lesions, course of post-stroke depression, and 1-year prognosis in patients with first-ever ischemic stroke [J]. *PLoS One*, 2014, 9 (7): e100456.
- [19] METOKI N, SUGAWARA N, HAGII J, et al. Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients [J]. *Ann Gen Psychiatry*, 2016, 15 (1): 12.
- [20] KANDEL E R, SCHWARTZ J H, JESSELL T M, et al. *Principles of neural science* [M]. McGraw: Hill Medical, 2014: 148-337.
- [21] 张启胜,肖玉琴. 帕罗西汀治疗缺血性脑卒中后合并抑郁焦虑障碍临床观察[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2018, 21 (13): 1470-1474.
- [22] 唐启盛. 抑郁症中西医基础与临床[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:221.
- [23] 伍俊,罗国刚. 脑卒中后抑郁发生的相关因素分析[J]. *中国康复*, 2017, 32 (4): 271-274.
- [24] 李宗信,黄小波,王宁群,等. 脑梗死急性期抑郁状态对SF-36生存质量的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2008, 16 (12): 1429-1430.

[责任编辑 张丰丰]