

自拟疏肝解郁方联合穴位按摩对肝郁气滞型 脑梗死后抑郁患者康复的疗效观察

牛艳美, 庞晓妍, 朱彪彪

(临泉县人民医院康复科, 安徽 临泉 236400)

摘要: 目的: 探究自拟疏肝解郁方联合穴位按摩在肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者康复中的临床效果分析。方法: 选取 2020 年 1 月~2022 年 11 月我院就诊 90 例脑梗死后抑郁(肝郁气滞证)患者作为观察对象, 使用简单随机化法分为观察组和对照组, 每组各 45 例。对照组采用常规西医治疗, 观察组在其基础上给予自拟疏肝解郁方联合穴位按摩。比较两组患者治疗 20 天后临床效果, 对比治疗前、治疗 20 天后两组中医症候积分、抑郁水平[汉密尔顿抑郁量表(HAMD)]、血清神经介质[5-羟色胺(5-HT)、神经营养因子(BDNF)、神经生长因子(NGF)]、生活质量[日常生活能力表(ADL)]的变化。结果: 治疗 20 天后, 观察组治疗有效率显著高于对照组, 中医症候积分显著低于对照组(P 均 <0.05); 两组治疗 20 天后 HAMD、ADL 评分、血清 5-HT、BDNF、NGF 水平均明显升高, 且观察组高于对照组(P 均 <0.05)。结论: 自拟疏肝解郁方联合穴位按摩疗效显著, 可显著缓解肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者临床抑郁症状, 对于患者神经功能恢复有利。

关键词: 疏肝解郁方; 穴位按摩; 肝郁气滞; 脑梗死; 抑郁

中图分类号: R 749.1⁺3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2024)04-0161-04

脑梗死后抑郁主要指脑梗死患者出现思维迟钝、兴趣降低、情绪低迷等精神疾病, 是脑梗死后常见后遗症, 其发病率较高、治疗难度大, 症状严重者甚至出现自虐、自杀等情况, 严重影响患者生命健康^[1]。中医理论将脑梗死后抑郁归于“郁证”“中风”范畴, 患者思虑过度而致情绪变化, 脏腑气血运行不畅, 导致抑郁发生, 故而情志内伤、脏腑功能受损是其主要病理因素^[2]。脏腑中肝脏又与精神活动最为密切, 肝属木, 喜爱顺达而厌恶抑郁, 主疏泄, 能疏导气机, 气为血之帅, 气通则血行。气血津液运行畅通, 则心情舒畅, 阴平阳秘, 精神乃治^[3]。本病病位在脑, 又起始于肝后及心、脾, 肝气郁结, 神明不达而至抑郁, 该病虚实兼见, 早期以实证为主^[4]。《素问》云:“木郁达之。”故理气解郁为该病主要治则。本研究主要利用自拟疏肝解郁方联合穴位按摩治疗肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者, 取得较好效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月~2022 年 11 月我

院就诊 90 例脑梗死后抑郁(肝郁气滞证)患者作为观察对象, 使用简单随机化法分为观察组和对照组, 每组各 45 例。诊断标准: (1) 西医标准: 经影像学以及 CT 检查确诊为脑梗死, 抑郁表现符合《中国精神障碍分类与诊断》^[5]相关标准, 患者临床出现情绪低落、心情不佳、思维迟缓, 症状持续时间超过 2 周, 并且汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分超过 8 分。(2) 中医标准: 参见《中医病证诊断疗效标准》^[6], 所有患者符合肝郁气滞证相关诊断标准, 主症: 情绪不定, 心情抑郁、低落, 情感淡漠, 常伴有易怒、易哭、失眠症状; 次症: 胸闷, 食欲不佳, 排便不畅, 口干口苦, 头痛耳鸣, 舌质偏红或有淤点, 舌苔黄, 脉弦。纳入标准: ①符合上述描述中西医相关诊断标准; ②自愿原则。排除标准: ①神志不清, 无法正常沟通; ②近 1 个月进行其他抗抑郁方案者; ③脑梗死急性发作; ④对汤剂过敏者; ⑤治疗配合度差者。研究内容经临泉县人民医院医学伦理委员会审核通过(编号: SL-KY2023~010)。两组一般资料均衡可比, 见表 1。

- [20] 王敏, 刘建勋, 姚明江, 等. 抗脑缺血后神经损伤中药及其药理学研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, (3): 513-517.
- [21] 孟晓艳, 高佳, 孙艳杰, 等. 滋阴通络解痉法联合西药治疗脑卒中后偏瘫疗效及对患者炎症细胞因子水平影响. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生. 2022, (9): 162-164.
- [22] Muffel T, Kirsch, Shih Pc, et al. Anodal transcranial direct current stimulation over s1 differentially modulates proprioceptive accuracy in young and old adults[J]. Front Aging Neurosci, 2019, 11: 264.

- [23] 冉志军, 寇东东, 王姣. 神经肌肉关节促进法在缺血性脑卒中患者运动功能障碍中的临床疗效[J]. 检验医学与临床. 2021, 18(6): 838-841.
- [24] 李晓娟, 李建秀, 徐宁, 等. 中华白花单生与其近缘种的形态分类鉴定[J]. 广西植物, 2018, 38(5): 635-645.
- [25] 刘巧, 毕启瑞, 谭宁华, 等. 地龙蛋白多肽类成分的研究进展[J]. 中草药, 2018, 50(1): 252-261.
- [26] 孟海波. 滋阴通络解痉方联合常规疗法加物理康复治疗脑卒中后偏瘫 40 例[J]. 中医研究, 2019, 32(2): 26-28.

(收稿日期 2023-10-19)

表 1 一般资料比较[$(\bar{x}\pm s)$, n (%)]

组别	n	年龄(岁)	性别		HAMD(分)
			男	女	
观察组	45	54.73±4.36	29(64.44)	16(35.56)	20.38±2.54
对照组	45	55.79±4.53	25(55.56)	20(44.44)	21.07±2.46

1.2 治疗方法 对照组采用常规西医治疗,包括常规康复训练、心理支持、营养支持等,康复锻炼主要对患者上肢、下肢等进行训练。观察组在其基础上给予自拟疏肝解郁方联合穴位按摩,方药组成:柴胡、枳壳、甘草各 9g,制香附、陈皮各 12g,郁金、红枣各 15g,淮小麦 30g。每日 1 剂,煎服,每次约 200ml,早晚各 1 次。穴位按摩:取穴百会、内关、神门、印堂、太冲、四神聪、期门、肝俞、大陵穴,参考《推拿学》,医师使用大拇指指腹逐渐用力按压穴位,每次按压持续 3~5s,每穴按 20 次,每日 1 次。两组均持续治疗 20 天。

1.3 观察指标 ①临床效果:比较两组患者治疗 20 天后临床疗效,参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]。临床症状完全消失,HAMD 降低率超过 75%,表示临床控制;临床症状明显减轻,HAMD 降低率超过 50%,表示显效;临床症状部分减轻,HAMD 降低率超过 25%,表示有效;临床症状无明显改变,HAMD 降低率低于 25%,表示无效。②中医症候积分:于治疗前、治疗 20 天后观察两组情绪低落、易怒、失眠、胸闷的变化情况,将其症状分

为正常、轻、中、重 4 个等级,每个等级分别计分为 0 分、1 分、2 分、3 分,分数越高表示症状越严重。③抑郁水平:于治疗前、治疗 20 天后使用 HAMD^[8]评估两组抑郁水平。HAMD 得分越低表示患者抑郁情绪越小。④血清神经介质:于治疗前、治疗 20 天后使用液相色谱法、酶联免疫吸附分别检测 5-羟色胺(5-HT)和神经营养分子(BDNF)、神经生长因子(NGF)水平。⑤生活质量:于治疗前、治疗 20 天后使用日常生活能力表(ADL)^[9]评估两组生活质量变化,ADL 得分越低生活质量越差。

1.4 统计分析 使用 SPSS 22.0 进行数据分析,通过正态和方差齐性检验的计量数据用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组内进行配对 t 检验,组间进行独立样本 t 检验;计数数据用%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 20 天后,观察组治疗有效率高于对照组(P 均 <0.05),见表 2。

表 2 两组治疗效果比较[n (%)]

分组	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	45	34(75.56)	10(22.22)	1(2.22)	44(95.78)
对照组	45	23(51.11)	16(35.56)	6(13.33)	39(86.67)

2.2 两组中医症候积分比较 治疗 20 天后,两组中医症候积分均显著降低,且观察组低于对照组(P 均 <0.05),见表 3。

表 3 两组中医症候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	情绪低落		易怒		失眠		胸闷	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	2.12±0.31	0.87±0.26 ^{*△}	2.21±0.30	0.92±0.28 ^{*△}	2.13±0.31	0.83±0.40 ^{*△}	2.18±0.34	0.81±0.27 ^{*△}
对照组	45	2.18±0.32	1.26±0.32 [*]	2.24±0.29	1.45±0.43 [*]	2.15±0.23	1.22±0.31 [*]	2.13±0.23	1.18±0.40 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.3 两组抑郁水平比较 治疗 20 天后,两组 HAMD 评分均显著降低,且观察组低于对照组(P 均 <0.05),见表 4。

2.4 两组血清神经介质水平比较 治疗 20 天后,两组血清 5-HT、BDNF、NGF 水平均显著升高,且观察组高于对照组(P 均 <0.05),见表 5。

2.5 两组生活质量比较 治疗 20 天后,两组 ADL 评分均显著升高,且观察组高于对照组(P 均 $<$

0.05),见表 6。

表 4 抑郁水平比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	HAMD 评分	
		治疗前	治疗后
观察组	45	20.38±2.54	6.51±0.67 ^{*△}
对照组	45	21.07±2.46	8.41±0.59 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

表 5 血清神经介质水平比较($\bar{x}\pm s$,ng/mL)

组别	n	5-HT		BDNF		NGF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	103.28±10.31	139.87±11.26 ^{*△}	9.31±1.30	16.92±1.28 ^{*△}	6.92±1.31	11.83±1.40 ^{*△}
对照组	45	106.18±11.32	130.26±13.32 [*]	9.24±1.29	12.45±2.43 [*]	7.15±1.23	9.22±2.21 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

表 6 生活质量(ADL 评分)比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	45	33.38±5.54	56.51±6.67* [△]
对照组	45	31.67±5.46	48.41±7.59*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

3 讨 论

脑梗死后抑郁是继发于脑梗死后出现的一系列以郁证为主要表现形式的精神障碍疾病,在中医理论中归于“中风”、“郁证”合病范畴。“中风”医学认为脑梗死后抑郁其病位在脑,又与肝、肾密切相关,阴阳失和、气机混乱是其主要病因^[10]。患者因“中风”而导致“郁”,“郁证”继发于“中风”,治疗时当以“郁”而论。脑梗死后肝肾亏虚,阳气不足,脑髓不充,导致神志失养而情感淡漠、心情低落,肾气不充,肝血失源,再加之情志失调刺激肝脏疏泄功能,肝气郁结于内,患者产生消极情志,故理气解郁为该病主要治则^[11,12]。

本研究结果发现治疗后观察组治疗有效率显著高于对照组,中医症候积分、HAMD 评分显著低于对照组,说明自拟疏肝解郁方联合穴位按摩能有效缓解肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者临床症状,改善抑郁水平。自拟疏肝解郁方中柴胡和郁金善于解郁疏肝,二者同为君药;制香附具有梳理肝气、止痛、解郁的作用,淮小麦能安神助眠、养阴益气,两者配伍即可助君药疏肝之郁滞,亦可限制柴胡疏散肝气太过而伤阴,二者同为臣药;枳壳与陈皮具有理气疏滞、行气宽中的功效,再加之大枣补气和缓,以防其行气太过,此三者同为佐药;生甘草可益气和中、止痛,还能调和诸药,是使药^[13]。诸药合用共奏理气解郁、疏肝行气、养神安心之功,如此患者气机恢复,则诸症自除。

本研究结果还发现治疗后观察组血清 5-HT、BDNF、NGF 水平、ADL 评分均显著高于对照组,表明自拟疏肝解郁方联合穴位按摩能有效改善肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者神经功能,提高患者生活质量。5-HT、BDNF、NGF 是神经信号传导过程中重要的神经递质和营养物质,能够改善神经元损伤情况,对神经纤维起保护作用^[14,15]。自拟疏肝解郁方中柴胡皂苷、柴胡醇、多糖等物质能增加大脑海马区神经递质 mRNA 以及神经营养因子受体蛋白激酶的表达,通过上调海马区微管蛋白磷酸化从而促进脑源性神经营养因子的合成^[16],进而缓解患者神经损伤情况。穴位按摩中取穴督脉之百会,经外奇之四神聪、印堂,此 3 穴为主穴,百会位于头巅顶位置,头为诸阳汇集之所,脑是髓海,因此百会督全身之阳气,此穴与该病病位、病性十分契合;心主神明,故而在配制内关、大陵之手厥阴心包经,神门之手少阴经穴,按之可凝神定志,安心通络。此外肝乃疏泄

之所,能调畅情志,针对肝郁气滞证患者再辅以按摩太冲、期门之足厥阴肝经穴,切中该病病位,因此标本同治,不仅能有效改善患者抑郁症状,还可显著促进患者神经功能恢复^[17,18]。另外穴位按摩不限地点可随时开展,具有成本低、不良症状少的特点,患者依从性较好,是一种效果显著,方法安全可靠的治疗措施。

综上所述,自拟疏肝解郁方联合穴位按摩能有效改善肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者临床症状和抑郁水平,促进患者神经功能修复,提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 张丽娟,许键伟,冯占辉,等.住院脑梗死患者抑郁相关因素分析及风险预警模型的构建[J].现代预防医学,2021,48(10):1901-1905.
- [2] 邵俊,李博,袁爱红,等.化瘀通络灸联合揠针治疗脑梗死后轻中度抑郁疗效观察[J].中国针灸,2022,42(11):1211-1215.
- [3] 乔春梅,瞿迁,方铁根,等.脑梗死后患者认知功能障碍发病机制及中医治疗研究进展[J].陕西中医,2022,43(10):1487-1489.
- [4] 洪飞,姚明,沈斌.柴胡龙骨牡蛎汤治疗肝郁气滞型失眠临床疗效观察[J].中医药学报,2021,49(2):75-78.
- [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].济南:山东科学技术出版社,2001:179-180.
- [6] 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,1994:37-38.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:13.
- [8] 滕昌军,张宁,王纯,等.抑郁患者发作期与临床治愈期缰核静息态功能连接的比较研究[J].中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(9):813-819.
- [9] 祖拉叶提·吐尔逊,张桂青,姚永坤,等.全病程管理模式在精神分裂症患者中的应用效果研究[J].中国全科医学,2022,25(5):595-602.
- [10] 王辉,谢有良,翟立武,等.脑卒中后抑郁的情志病机探讨[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(4):548-549.
- [11] 金蓓,王恩龙.卒中后焦虑抑郁共病中西医结合研究进展[J].中医药临床杂志,2022,34(1):194-198.
- [12] 戚桂波,朱贺,刘江峰,等.基于经络学说探析卒中后抑郁的发病机制[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(3):859-864.
- [13] 范春香,陈宝瑾,王琦,等.中西医综合康复方案对肝郁气滞型卒中后抑郁患者抑郁状态及神经功能影响的临床研究[J].上海中医药杂志,2020,54(1):49-51.
- [14] 徐伟,李东芳,白波,等.血清糖脂代谢、5-羟色胺水平与脑卒中后抑郁的相关性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(23):4364-4367.
- [15] 张宁,蔡慧敏,韩新生,等.运动性引导想象训练联合度洛西汀对脑梗死后伴发抑郁患者的神经认知功能、血清 NGF 及 BDNF 水平的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(4):672-674.

颈部中药封包联合中频物理电疗干预对后循环缺血性眩晕患者临床症状、睡眠质量及复发率的影响

侯青青

(太和县中医院脑病一科, 安徽 太和 236600)

摘要: 目的: 探究颈部中药封包联合中频物理电疗干预对后循环缺血性眩晕(气虚血瘀型)患者临床症状、睡眠质量及复发率的影响。方法: 选取 2019 年 1 月~2021 年 1 月收治的 82 例后循环缺血性眩晕患者, 据随机数表法分为对照组(中频物理电疗干预, $n=41$)和观察组(予以颈部中药封包联合中频物理电疗干预, $n=41$), 均持续干预 14d。于干预前后, 评估两组不良情绪[汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)];采用数字评估量表(NRS)评估患者临床症状;采用匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)评估患者睡眠质量。于干预结束后 1 个月、3 个月进行随访, 观察患者复发情况。结果: 干预后, 相较于对照组, 观察组 HAMD、HAMA 评分更低($P<0.05$);观察组患者眩晕、头痛、恶心呕吐和视物障碍等临床症状评分均显著低于对照组($P<0.05$);干预后 3 个月, 观察组复发率为 4.87%, 显著低于对照组的 19.51%($P<0.05$)。结论: 颈部中药封包联合中频物理电疗干预有利于改善患者临床症状和心理状态, 提高睡眠质量, 降低复发率。

关键词: 颈部中药封包; 中频物理电疗; 后循环缺血性眩晕; 临床症状; 睡眠质量; 复发率

中图分类号: R 255.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2024)04-0164-03

后循环缺血性眩晕作为常见的脑血管疾病, 是因椎基底动脉系统缺血所致, 主要症状表现为眩晕、恶心和头痛等, 具有反复发作的特点^[1-2], 若未及时得到干预, 可对患者神经造成损害, 引起一系列严重并发症, 给患者身心健康造成极大危害。目前, 临床西医主要采取抗血小板聚集、降脂和保护神经等方法对患者进行干预, 可在一定程度上改善患者临床症状, 但因个人体质不同导致整体预后效果欠佳^[3]。随着中医研究的不断深入, 其对于干预后循环缺血性眩晕的应用价值肯定。中医认为, 后循环缺血性眩晕(气虚血瘀型)与情志内伤、饮食不节、体虚久病等多方面有关^[4]。故对此类疾病的干预应以活血化瘀、通络益气为主。中频物理电疗具有疗效持久、痛苦小等优点, 有利于促进血液循环, 减轻局部肌肉紧张和痉挛, 促使疾病恢复^[5]。颈部中药封包是一种特色疗法, 可将药物渗进皮肤, 达到调和气血、温经通络的目的^[6]。既往研究显示^[7], 其在颈椎病、颈源性眩晕和胃肠疾病的干预中取得了满意效果。鉴于此, 本文旨在将颈部中药封包联合中频物理电疗干预引入到后循环缺血性眩晕患者中, 探讨其临床影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2019 年 1 月~2021 年 1 月收治

82 例后循环缺血性眩晕患者纳入此次研究对象, 并依据随机数表法分为 2 组, 观察组与对照组均 41 例。纳入标准: 西医: 符合后循环缺血性眩晕诊断标准^[8]。中医^[9]: 证型为气虚血瘀型, 主证: 眩晕; 次证: 头晕, 目眩, 耳鸣, 神疲乏力、心悸少寐; 舌象: 舌淡, 苔薄白; 脉象: 细弱。患者了解同意此研究。排除标准: 存在肝肾功能病变者; 存在因其他疾病导致的眩晕者; 存在精神疾病患者。观察组: 男/女=24/17 例, 年龄(平均年龄)37~59(48.54±3.34)岁, 病程(平均病程)2~6(4.29±0.69)年; 对照组: 男/女=22/19 例, 年龄(平均年龄)37~59(49.23±3.09)岁, 病程(平均病程)2~6(4.52±0.38)年。两组患者基线资料对比无差异($P>0.05$)。本研究获医院伦理委员会同意。

1.2 干预方法 (1) 对照组: 予以中频物理电疗干预。采用 FK998-G 型电脑中频电疗仪(北京天长福医疗设备制造有限公司)进行干预, 频率设置为 1000~100000HZ 之间, 位置为患者颈部大椎穴两侧, 每次 20min。持续干预 14d。(2) 观察组: 在对照组基础上联合颈部中药封包干预。药方组成: 黄芪 10g; 丹参、当归、防风、赤芍、川芎、远志、酸枣仁各 9g。将所有药方研磨成粉后, 取适当蜂蜜调和制成中药包, 利用微波炉加热 10min, 将其用于毛巾

[16] 高雪松, 王永志, 李丽, 等. 疏肝类中药复方干预抑郁症药理机制的研究进展 [J]. 现代中医临床, 2018, 25 (2): 46-49.
[17] 王新宇, 楚天云, 杨磊, 等. 针灸治疗肝郁气滞抑郁症选穴规律研究 [J]. 环球中医药, 2021, 14 (7): 1219-1225.

[18] 李鹏帆, 施琴, 王琦, 等. 中西医结合康复方案对肝郁气滞型卒中后抑郁患者临床疗效研究 [J]. 中医药通报, 2022, 21 (11): 33-36.

(收稿日期 2023-12-03)