

卒中后抑郁的中西医治疗探讨

★ 俞雯雯 谢海芳 蔡伯艳 (浙江中医药大学 2004 级硕士研究生 杭州 310053)

关键词:脑卒中;卒中后抑郁;中西医结合疗法;综述

中图分类号:R 743 文献标识码:A

脑卒中近年来发病率呈现明显上升趋势,已成为当今世界严重危害人类健康的三大疾病之一。它不仅导致患者的运动功能障碍,同时也给患者带来精神上的压力而造成心理障碍。卒中后抑郁(post-stroke depression PSD)是卒中后情绪障碍的主要表现形式,以持久的心境低落、兴趣下降、思维行动迟滞和语言动作减少等为主要特征,为继发性抑郁症的一种,发生率为 18%~78%^[1]。PSD 不仅延缓患者的神经功能和认知功能的恢复,而且增加脑卒中的病死率^[2,3],它对脑卒中的病程、康复和预后都会产生重大的影响。故医学界对其发病机制、病因病机、中西医各种治疗方法作了诸多研究,现综述如下。

1 中医对病因病机的认识

中医对 PSD 无明确的记载,根据其临床表现应归属于“郁证”范畴。对其病因病机各学者看法不一,但多以情志致病理论来解释。“悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑皆摇”,是中医心理对生理影响的精辟阐述。肝郁学说历来是讨论的重点。“肝为将军之官,谋虑出焉”说明五脏中与思维情绪变化等精神活动联系最密切的是肝。《医编》提出:“百病皆生于郁……郁而不舒。则皆肝木之病矣。”现代医家从多方面对病因病机进行了扩展补充,并提出了新的理论。何希俊^[4]等认为 PSD 发病机制为脑卒中后气血逆乱,窍闭神匿,元神之府功能失调,心无所主,神无所依,使肝失调达,气机升降失调,导致患者产生忧愁、思虑,情绪低落,精神抑郁。金方伟^[5]认为本病既有中风的特点,即气虚、血瘀、痰阻互相夹杂,又有郁证的特点即气机不畅。刘晓辉^[6]认为患者身体亏虚,气郁血瘀,痰瘀互结,蒙蔽清窍,则清窍失聪,神无所守,神机不能,心神不明,涉及心脾肝肾,心脾肝肾亏虚为本,气郁血阻为标,属本虚标实。郑彝伦^[7]提出“脑神-心神-五脏神-情志活动”为信息反馈轴心是郁症产生的机制。

2 西医对发病机制的认识

关于 PSD 的发生机制,目前尚无统一观点。可能与神经解剖学、社会心理学、内分泌学和神经递质学等方面有关。目前主要存在两种学说:(1)“原发性内源性学说”。认为 PSD 的发生与大脑损害后的神经生物学改变有关。脑卒中破坏了 5-羟色胺能神经元和去甲肾上腺素能神经元及其通路,使这两种神经递质低下,从而导致抑郁^[8]。(2)“反应性机制学说”认为,脑卒中带来的工作及生活能力的下降,造成病后生理、心理失衡,负性因素导致抑郁的发生。“原发性内源性学

说”似乎可以解释急性 PSD 的发病机制,而“反应性机制学说”可说明恢复期抑郁发生的原因。还有人认为外源性因素起催化作用,在内源性因素基础上有促发或加重的作用等^[9]。两者往往同时存在,故 PSD 的发生并非单一机理所能解释。

3 PSD 治疗

PSD 的治疗通常有药物治疗、针灸治疗、心理治疗、电休克治疗等方法。多数研究认为,PSD 应首选药物治疗,如药物治疗效果欠佳时可加用心理治疗。上述治疗无效的重度 PSD 可选用电休克治疗。

3.1 西医治疗

临床常用治疗 PSD 的西药主要有三环类抗抑郁药(TCA)、选择性 5-HT 再摄取抑制剂(SSRI)、选择性 NE 再摄取抑制剂(NARI)、5-HT 和 NE 再摄取抑制剂(SNRI)。(1) TCA 是最早用于治疗 PSD 的药物,但它由于阻断 5-羟色胺、去甲肾上腺素再摄取的选择性差,毒副反应较常见,易并发心律失常、直立性低血压、排尿困难、性功能减退和意识错乱等,逐渐被 SSRI 所取代。(2) SSRI 最常见的有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰和氟伏沙明等。近年国内 18 所医院共 199 例 PSD 患者选用盐酸氟西汀进行随机开放性治疗研究^[10],结果显示该药安全,具有副作用少、用量少、服用方便和疗效确切等优点,同时还表明盐酸氟西汀能促进卒中后功能的康复。Katayama 等用马来酸氟伏沙明(flvoxamme maleate)治疗了 39 例 PSD 患者,结果发现,此药能有效降低 HDS 评分,对脑血流无明显影响^[11]。Turner-Stokes 等通过分析 2002 年以前 PSD 药物治疗的文献后发现,SSRI 与 TCA 疗效相似,但 SSRI 起效快、副作用小,对 PSD 患者更适用。舍曲林镇静作用小,与华法林等抗凝药无相互作用,可作为治疗首选,其次为西酞普兰^[12]。但是 SSRI 起效慢,用药 4~6 周后才产生明显疗效。(3) NARI 代表药为瑞波西汀。Rampello 等^[13]把 PSD 患者分为焦虑型抑郁和运动阻抑型抑郁两种类型,将 74 例 PSD 患随机分成 2 组,分别给予西酞普兰和瑞波西汀进行双盲研究,结果显示两组疗效相似,均可作为一线用药。其中,西酞普兰对于焦虑型抑郁效果较好,而瑞波西汀更适于治疗运动阻抑型抑郁。(4) SNRI 代表药有文拉法新和帕罗西汀。Kimura 等^[14]报道,米那普仑治疗 12 例符合 DSM-IV 诊断标准的 PSD 患者,其中 10 例完成全部疗程,缓解率达 70%,未见明显不良反应。

3.2 中医治疗

PSD 中医治疗近年来发展较快,它疗效显著、个体化强、安全无明显毒副作用,在 PSD 治疗中逐渐表现出优势。

3.2.1 中药治疗 中药治疗辨证施治,多以疏肝解郁、活血安神、醒脑开窍为法。王忠仁^[15]采用柴胡舒肝散加减治疗 PSD 30 例,总有效率为 80.9%。李宝玲^[16]用越鞠汤治疗 PSD 35 例,总有效率为 91.43%。申志敏^[17]用疏肝解郁化痰汤治疗中风后抑郁症 30 例,方药:柴胡、白芍、枳壳、香附、川芎、茯苓、半夏各 10 g,丹参、炒枣仁各 30 g,合欢花、夜交藤各 15 g,治疗组总有效率 80.7%。陈微^[18]采用百合地黄汤治疗 PSD,随机分为中药治疗组 40 例,西药对照组 39 例,治疗后抑郁评定与神经功能缺损评分明显下降,ADL 能力评分明显提高,中药治疗组恢复速度与对照组相比无明显差异。韩旭等^[19]则辨证治疗 32 例,分为 6 型,气郁痰结、蒙蔽心窍,用半夏厚朴汤加味;肝火夹痰、上扰心神,方用丹栀逍遥散加减;气血不足、心神失养,方用血府逐瘀汤加减;心脾两虚、神志失养,方用归脾汤加减;心肾不交、阴虚火旺,方用天王补心丹加减;心胆气虚、神志不宁,方用甘麦大枣汤加减,总有效率 86%。

3.2.2 针灸治疗 针灸治疗操作简便,疗效肯定,且几乎无副作用。何希俊^[4]等以通督醒脑针刺法治疗 118 例,主穴取百会、大椎、内关、太冲、神门,总有效率为 92.37%。申鹏飞等^[20]用醒脑开窍针法治疗 180 例,选穴内关、水沟、百会、印堂、三阴交,总有效率 72.8%。蒋振亚等^[21]用天谷八阵穴治疗 PSD,总有效率为 86.7%。刘晓辉等^[6]头针与体针同用治疗 36 例,头针取额中线、顶中线、顶旁 1 线为主穴区,体针以神门、内关为主穴,总有效率 91.67%。荣琦等^[22]用电针治疗 60 例,治疗前和治疗 10、20、30 天后 HAMD、SDS 评分均有显著性差异。

3.3 心理治疗

通过心理治疗可调动神经-内分泌、神经-免疫等途径潜能,唤醒适应机制,消除抑郁情绪。苏晓琳^[23]等通过对 PSD 患者进行心理治疗,观察患者康复治疗效果的影响,结果发现心理治疗在 PSD 患者康复治疗中起重要作用,能显著提高康复治疗效果。但心理治疗只适用于轻度抑郁症、抑郁症缓解期及慢性抑郁症患者。

3.4 电休克治疗

治疗抑郁症效果肯定,治疗 PSD 亦有效但应慎用。治疗重度内源性抑郁疗效最佳,对严重自杀行为和拒食、拒饮的亚木僵患者为首选的治疗方法。

在无禁忌证情况下,采用改良电惊厥(ECT)治疗,可以奏效,确切机制仍不清楚。

4 展望

近年来,对 PSD 的研究取得了可喜的成绩,但仍存在许多不足。西医方面,PSD 发病机制不明确,西药的副作用及停药后反跳现象始终制约着它的应用。心理治疗效果也有待进一步验证。中医方面,中医治疗 PSD 取得较大进展,并逐渐走向多样化和综合化,具有一定优势,但对于临床需求,仍有许多缺陷,如中医辨证分型和疗效标准不统一;目前大量工作仍停留在临床阶段,实验研究不多;中药复方的药物成分不明;药

理作用机制不明确,药物疗效偏于笼统等。因此在未来的研究中应针对中医辨证分型和诊断标准,加强中药复方的研究,科学提取复合有效成分,明确其药理作用和机制,制定统一、客观的疗效评定标准。同时在临床治疗上应根据具体病例采用中西医结合等综合疗法,以期取得更好疗效。这也是中医药治疗 PSD 的重要发展方向。

参考文献

- [1] Singh A, Sandra E, Herrmann N, et al. Functional and neuroanatomic correlations in post stroke depression[J]. Stroke, 2000, 31: 637
- [2] Williams Ls, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(6): 1 090 ~ 1 095
- [3] Ghose SS, Williams Ls. Depression and mental health disorders increase adjusted risk of death post-stroke[J]. Stroke, 2000, 32: 364
- [4] 何希俊, 赖新生, 谭吉林, 等. 通督醒脑针刺法治疗脑卒中后抑郁 118 例疗效观察[J]. 新中医, 2006, 38(8): 60 ~ 61
- [5] 金方伟. 中西医结合治疗脑卒中后抑郁症 48 例[J]. 中国中医急症, 2006, 15(7): 785 ~ 786
- [6] 刘晓辉, 钟会亮. 头针与体针同用治疗脑卒中后抑郁症 36 例[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(7): 1 276
- [7] 郑彝伦. 从脑神与五脏神相关学说探讨郁症的诊治原则[J]. 中医药研究, 1998, 14(2): 3
- [8] 王鹏, 王洪菊. 从肝论治脑卒中后抑郁症 42 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2006, 20(4): 381 ~ 382
- [9] 孙新宇, 李义召. 脑卒中的认知和情感障碍[J]. 卒中与神经疾病, 2001, 8(1): 58 ~ 59
- [10] 朱国行, 姚景莉. 百忧解对卒中后抑郁及神经功能康复影响的研究[J]. 世界医学杂志, 1999, 3(12): 63 ~ 64
- [11] Katayama Y, Usuda K, Nishiyama Y, et al. Post-stroke depression [J]. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 2003, 40: 127 ~ 129
- [12] Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 2: Treatment alternatives[J]. Clin Rehabil, 2002, 16(3): 248 ~ 260
- [13] Rampello L, Chiechio S, Nicoletti G, et al. Prediction of the response to citalopram and reboxetine in post-stroke depressed patients [J]. Psychopharmacology, 2004, 173(2): 73 ~ 78
- [14] Kimura M, Kanetani k, Imai R, et al. Therapeutic effects of milnacipran, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor, on post-stroke depression [J]. Int Clin Psychopharmacol, 2002, 17: 121 ~ 125
- [15] 王忠仁. 柴胡舒肝散治疗中风后抑郁症 30 例[J]. 北京中医, 2003, 27(2): 101 ~ 102
- [16] 李宝玲, 王进生. 越鞠汤治疗中风后抑郁症临床观察[J]. 山西中医, 2003, 19(1): 11 ~ 12
- [17] 申志敏. 疏肝解郁化痰汤治疗中风后抑郁症 30 例[J]. 中医杂志, 2002, 43(11): 849
- [18] 陈微, 赵树华, 许淑芬, 等. 百合地黄汤治疗脑卒中后抑郁症的疗效观察[J]. 中国老年学杂志, 2004, 24(5): 417 ~ 418
- [19] 韩旭, 范圣凯, 张捷. 抑郁症的辨证施治临床观察 50 例[J]. 北京中医, 2003, 22(1): 31 ~ 32
- [20] 申鹏飞, 孔莉, 石学敏, 等. 醒脑开窍针法治疗卒中后抑郁症临床研究[J]. 中国针灸, 2005, 25(1): 11 ~ 13
- [21] 蒋振亚, 何林娜, 彭力群, 等. 针刺天谷八阵治疗中风后抑郁症 [J]. 中国针灸, 2002, 22(1): 30
- [22] 荣琦, 金泽, 蒋希成, 等. 电针治疗脑卒中后抑郁 60 例疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 3(21): 36 ~ 37
- [23] 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 ~ 85

(收稿日期: 2006-11-21)