

安宫牛黄丸治疗脑梗死后焦虑障碍临床研究

乐 添

浙江省海宁市人民医院, 浙江 海宁 314400

摘要: 目的: 研究安宫牛黄丸在急性脑梗死后焦虑障碍 (PSAD) 方面的临床疗效。研究方法: 选择海宁市医院神经内科的海宁市人民医院, 2023.01–2024.01 50 例符合最新诊断规范的急性脑梗死后焦虑障碍患者纳入本研究, 通过随机数字列表法将治疗组和对照组分别分为 25 个样本。在治疗过程中, 口服安宫牛黄丸作为主药, 配合急性脑梗死常规药物进行治疗。对照组病人给予急性脑梗死常规药物干预并治疗, 心理疏导, 疗程均为 4 周。分别在治疗前后对患者进行汉密尔顿焦虑量表 (HAMD) 评分, 并进行统计分析。结果显示安宫牛黄丸组总有效率高于普通对照组 ($P < 0.05$), 实验组 HAMD 评分均较对照组明显降低 ($P < 0.05$)。结论安宫牛黄丸对于改善脑梗死后临床焦虑障碍症状有一定疗效, 值得进一步研究。

关键词: 安宫牛黄丸; 急性脑梗死; 焦虑

卒中后焦虑障碍指的是发生于脑卒中后产生的精神障碍, 其主要症状表现为焦虑症状, 患者大多会出现精神焦虑不安, 思维迟缓, 对日常工作生活充满担忧等表现, 对病人的生活工作产生很大困扰, 且其发病率并不低, 研究标明卒中后 1 年内卒中后焦虑障碍的综合发生率为 29.5% [根据研究数据, 卒中后 1 个月的早期、中期以及 6 个月后的康复期, 卒中后焦虑障碍的发生率分别为 25.5%、23.6% 和 21.5%^[1]。脑梗死后导致患者的肢体活动障碍, 吞咽饮食障碍及意识障碍等与卒中的不良预后有着主导性作用, 但是随着病程的发展, 卒中后焦虑在患者的预后过程中也有着不可忽视的作用, 情绪低落、营养支持、康复锻炼的不配合等等在患者的治疗过程中也有重要作用, 而本科也因此多年来与心理科展开合作, 重视卒中后焦虑患者的心理健康。目前对于卒中后焦虑的治疗多为抗抑郁药为主, 长期应用会产生一些副作用, 为患者增加新的负担^[2], 近年来随着中医药的发展, 中医药对于卒中后并发症的辅助治疗引起越来越多人的重视, 因此本研究初步探索安宫牛黄丸在卒中后焦虑在临床实践中, 该方法取得了显著的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者的选择上依据 2023 中国急性缺血性脑出血的筛查方法, 随机选择 2023.1–2024.1 在我院神经内科就诊的 50 例 50–70 岁急性脑梗死后焦虑障碍患者。遵循以下标准: (1) 针对临床症状和影像学表现, 脑梗死诊断患者得以确立。(2) 第二诊断适应《国内精神病诊断标准 (CCMD-3)》^[4], 同时汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分

≥ 14 分; (3) 告知患者并同意参与此项研究并签署知情同意书;

排除标准: (1) 脑梗死症状严重, NIHSS > 25 分, 或伴有意识障碍、失语的患者; (2) 存在严重心脏功能、肺功能不全情况的病人者; (3) 脑梗死发病前有焦虑障碍病史者; (4) 对安宫牛黄丸过敏出现不良反应患者; 随机将所有入组患者为两组, 其 25 例为治疗组, 对照组 25 例, 治疗组男 14 例, 女 11 例, 平均年龄 65.4 岁, NIHSS 评分 10.86 ± 2.05 , MRS 评分 2.09 ± 0.47 。对照组男 12 例, 女 13 例, 平均年龄 67.2 岁, NIHSS 评分 10.43 ± 2.75 , MRS 评分 1.67 ± 0.89 。两组从性别、年龄、神经功能缺损等方面无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

治疗上两组都采用的急性脑梗死常规药物的治疗 (阿司匹林、氢氯吡格雷、应用上二种方法均进行急性脑梗死常规治疗 (阿司匹林、氢氯吡格雷、氢氯吡格雷、氨基比林、血栓通等药物的使用) (代号为 AC805) 等离子体药物吸附的治疗方式 (代号为 AC805)。阿托伐他汀辅助补液、改善脑循环等)。对照组患者予以言语交流方式行心理疏导。治疗组口服安宫牛黄丸 (杭州胡庆余堂, 国药准字: Z33020160), 1 枚/日。两组均 4 周为 1 个疗程。使用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 对患者进行治疗前后评分并记录, 判断疗效。

1.3 观察指标

受检前或治疗了 1 个疗程的病人中, 神经功能进行评价如 NIHSS 评分, HAMA 量表评分。

1.4 药物疗效标准

表 1 两组患者 NIHSS 评分的比较研究

组别例数（男/女）入院后		（分）	一个疗程后（分）
治疗组	25(14/11)	10.86 ± 2.05	6.34 ± 4.041
对照组	25(12/13)	10.43 ± 2.75	7.27 ± 3.634
P 值		0.316	0.031
T 值		-0.871	-2.036

按 HAMA 减分率评定疗效：痊愈>75%；下降 74% ~ 50%为显著；进步为 49% ~ 25%；无效为减分率低于 25%；前三者合计为总有效。

1.5 统计学分析

使用 SPSS 28.0 进行统计检验，计量数据检验方法为 t 检验；计数资料检验方法使用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

（1）如下图所示，治疗前，两组之间 NIHSS 评分 P 值 0.316 统计学无明显差异，对照组予阿司匹林、氢氯吡格雷、阿托伐他汀治疗，实验组在此基础上加用安宫牛黄丸治疗 1 个疗程，1 个疗程后两组 NIHSS 评分较治疗前均有下降，但实验组 NIHSS 评分下降优于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），结果见表 1。

（2）HAMA 评分结果如下：经治疗后，实验组及对照组 HAMA 评分较前均有明显下降，但治疗组较对照组 HAMA 评分下降明显，差异有统计学意义。在疗效上治疗组总有效率优于对照组 P 值为 0.037，差异有统计学意义。见表 2 和表 3。

表 2 两组患者治疗前后 HAMA 评分比较(X ± s, 分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	19.7 ± 3.8	12.8 ± 3.2*
对照组	19.4 ± 3.7	15.6 ± 4.6

注：与对照组比较，*P<0.05。

表 3 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	痊愈	显著进步	进步	无效	总有效
治疗组(n = 25)	5	12	6	2	23 *
对照组(n = 25)	0	12	8	5	20

注：与对照组比较，*P<0.05。

3 讨论

研究标明我国脑卒中患者约 600 万，而缺血性脑卒中患者发生率随着人口老龄化及高血压、糖尿病、高脂血症等基础疾病及相关危险因素的增加，患者数量每年新增约

150 万^[5]，给患者及医疗工作带来巨大的经济负担和挑战。而卒中后焦虑患者的增加也给患者及家属的康复及看护、护理带来不小的挑战，目前卒中后焦虑障碍的病变机制还不很清楚，大部分学者认为其形成原因和神经调节通路的破坏密切相关，卒中后脑神经组织受损后不仅使得运动、言语、感觉等神经功能缺失给病人带来生活、工作的不便，从而使得患者情绪产生焦虑、抑郁障碍，研究标明神经内分泌在此病理过程中也发挥重要作用，由于大量神经细胞受损，5-HT、NE 与 DA 等神经递质的分泌受到抑制，而由腹内侧核下丘脑分泌的五羟色胺等分泌的减少，降低神经兴奋性，从而出现焦虑、抑郁症状^[6-7]。

西医认为缺血性脑卒中是各种疾病引起的脑组织血流通障碍所引起的脑组织血流供应不足，从而引发的脑组织血流供应障碍导致的。神经细胞缺血、缺氧从而发生不可逆的坏死出现的一系列神经功能缺损症状，治疗上西医主要为降纤、抗血小板、降血脂、血管内介入等治疗为主，针灸、中药的辅助治疗因其不错疗效得到众多临床工作者的认可。中医学将焦虑障碍归属“郁证”范畴。李东垣的《脾胃论》中有提到阴火 李东垣的《脾胃论》中讲到阴火 李东垣的《脾胃论》里有说阴火 李东垣的《脾胃论》中有提及阴火炽盛可致“烦冤”“惋”等情志症状，焦虑障碍等系统的躯体症状与阴火流行全身各处所致的周身症状相吻合，故可基于阴火学说以补脾胃升清阳泻阴火治疗；治疗上中医认为对于邪实热盛的急性缺血性卒中患者，应从开窍化痰、活血清热入手，卒中患者临床表现表现为肢体运动困难、言语能力困难、语言障碍、言语功能障碍、及语言功能障碍、饮食吞咽障碍等在心理上对患者产生打击，产生消极情绪，另一方面卒中导致的血气亏虚，养神不佳等也可引起焦虑、心情低落、心烦不安、胃肠功能紊乱等症状。胃脾失调，脾主运化，脾虚失调导致的血气生发无源，又会进一步引起肢体失养，进一步导致活动能力降低，加重情志不畅表现等^[8]。因此中药的使用因已清脑养神、补足脾虚等方面入手，出自于《温病条辨》中安宫牛黄丸为代表性药物，在既往西医的溶栓、取栓等

未广泛时期及不发达地区早早应用于确需及出血性脑卒中的治疗工作,现代病理生理学及药理学研究显示,缺血脑组织的坏死、血脑屏障的破坏、炎性因子的损伤和缺血再灌注的伤害,同时伴随在脑梗死的不同时期,而恢复脑灌注及清除自由基等炎性因子在保护缺血缺氧的神级组织上有着重要作用,药理学研究标明安宫牛黄丸在调节中枢神经递质、保护血脑屏障等方面有着重要作用,从而对脑组织进行缺血缺氧的保护^[9]。

本研究显示实验组不仅在 HAMA 评分上较对照组下降明显,在神经功能缺失如 NIHSS 量表上也可见到。有统计学差异,诚然肢体活动障碍、语言功能障碍恢复良好的患者在心理焦虑的恢复上也会起到相辅相成作用,但正如之前所述,我们也不能忽视其在神经调节通路的改善,神经递质的修复在患者的情绪改善方面的重要作用。

4 小结

综上所述,安宫牛黄丸在辅助治疗缺血性卒中患者上,不论改善神经缺损功能及改善神志情绪等方面,均可帮助病人康复,或许可以提高病人正常生活能力,防止神经中枢炎性反应相关,且因其服用方便、疗效尚佳、不良反应小,值得临床应用。

参考文献:

[1]RafstenL, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis [J]. J Rehabil Med, 2018, 50(9): 769-778. DOI:10.2340/16501977-2384.

[2]KnappP, Dunn-Roberts A, Sahib N, et al. Frequency of anxiety after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies [J]. Int J Stroke, 2020, 15(3): 244-255. DOI:10.1177/1747493019896958.

[3]李书超,罗红艳.氟哌噻吨美利曲辛对脑卒中后焦虑或抑郁神经功能康复的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(23):173-175.DOI:10.16458/j.cnki.1007-0893.2017.23.086.

[4]郭兰婷,万云,单友荷.中国精神障碍分类与诊断标准第3版孤独症诊断标准的临床研究[J].中华精神科杂志,2002,(03):37-40.

[5]《中国卒中中心报告 2022》概要[J].中国脑血管病杂志,2024,21(08):565-576.

[6]金蓓,王恩龙.卒中后焦虑抑郁共病中西医研究进展[J].中医药临床杂志,2022,34(01):194-198. DOI:10.16448/j.cjtc.2022.0143.

[7]陆红宇,宋鲁平.神经反馈在卒中后抑郁与焦虑的临床研究[J].中国卒中杂志,2016,11(09):786-790.

[8]彭素娟,张林,钟艳,等.温胆汤加味治疗脑卒中后抑郁焦虑共病效果与安全性的随机对照实验[J].时珍国医国药,2018,29(03):721-723.23.

[9]王玉昆,丁人杰,段丽娟,等.安宫牛黄丸的临床应用研究进展[J].药物评价研究,2022,45(10):2146-2153.

作者简介:乐添(1985-),男,汉,本科,神经内科。