

# 解郁 1 号方联合八段锦干预脑卒中后抑郁的临床观察

吴志敏 胡万华 赵娜<sup>▲</sup>

浙江省温州市中医院神经内科,浙江温州 325000

**[摘要]** 目的 观察解郁 1 号方联合八段锦干预脑卒中后抑郁(PSD)的临床疗效及作用机制。方法 研究对象为 2019 年 1—12 月在温州市中医院神经内科住院的 80 例 PSD 患者,随机分成试验组和对照组,每组 40 例。对照组予盐酸舍曲林治疗,试验组予解郁 1 号方联合八段锦治疗,治疗后观察两组临床疗效并进行比较。分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、症状自评量表(SCL-90)对 PSD 患者抑郁情况及相关心理状况进行评价,两组患者治疗前、治疗 4 周后分别评价 1 次;治疗前、治疗 4 周后检测患者血清中 5-羟色胺(5-HT)、脑源性神经营养因子(BDNF)水平。结果 治疗 4 周后,试验组患者的 HAMD、SCL-90 躯体化、抑郁、其他(饮食睡眠)因子均低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );两组患者 5-HT 和 BDNF 水平均比治疗前明显提高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),且试验组治疗后 5-HT 和 BDNF 数值均高于对照组( $P<0.05$ );两组不良反应和脱落发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 解郁 1 号方联合八段锦治疗 PSD 的临床疗效显著,可能与提高患者 5-HT、BDNF 的表达有关。

**[关键词]** 八段锦;解郁 1 号方;脑卒中后抑郁;临床观察

**[中图分类号]** R749.4;R743.3

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1673-9701(2021)11-0134-04

## Clinical observation of *JieYu No.1 Recipe* combined with *Baduanjin* in treatment of post-stroke depression

WU Zhimin HU Wanhua ZHAO Na

Department of Neurology, Wenzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine in Zhejiang Province, Wenzhou 325000, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy and mechanism of *Jieyu No.1 Recipe* combined with *Baduanjin* in intervention of post-stroke depression (PSD). **Methods** A total of 80 patients with PSD who were hospitalized in the Department of Neurology, Wenzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine from January to December 2019 were selected as the study objects. They were randomly divided into the experimental group and the control group, with 40 cases in each group. The control group was treated with sertraline hydrochloride, and the experimental group was treated with *Jieyu No.1 Recipe* combined with *Baduanjin* treatment. After treatment, the clinical efficacy of the two groups was observed and compared. The Hamilton Depression Scale(HAMD) and Self-Rating Symptom Scale(SCL-90) were used to evaluate the depression and related psychological conditions of PSD patients. The two groups were evaluated once before treatment and four weeks after treatment. The serum levels of 5-hydroxytryptamine (5-HT) and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) were detected before treatment and after four weeks of treatment. **Results** After four weeks of treatment, the HAMD, SCL-90 somatization, depression, and other (diet and sleep) factors of the experimental group were lower than those of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). The levels of 5-HT and BDNF of the two groups were significantly higher than before treatment, and the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). After treatment, the values of 5-HT and BDNF in the experimental group were higher than those in the control group( $P<0.05$ ); There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions and shedding( $P>0.05$ ). **Conclusion** *Jieyu No.1 Recipe* combined with *Baduanjin* has a significant clinical effect in the treatment of PSD, which may be related to increasing the expression of 5-HT and BDNF in patients.

**[Key words]** *Baduanjin*; *JieYu No.1 Recipe*; Post-stroke depression; Clinical observation

卒中后抑郁(Post-stroke depression, PSD)是脑卒

中后最常见的神经、精神症状之一,而且发病率逐年增加<sup>[1]</sup>,在卒中发生后最初 3 个月内抑郁的患病率约为 27.3%<sup>[2]</sup>。PSD 严重影响卒中患者的神经功能恢复,

**[基金项目]** 浙江省中医药科技计划(2017ZB087)

**▲通讯作者**

降低生存质量,延长住院时间及增加家庭和社会的负担,甚至增加致残率及死亡率<sup>[9]</sup>。大多数脑卒中患者存在一定程度抑郁障碍,同时也伴有焦虑、躯体化症状、恐怖情绪和睡眠障碍等心理障碍问题,严重影响了患者及其家属的生活和工作。因此,本研究采用随机对照研究方法,以常规西药治疗为对照组,观察解郁 1 号方联合八段锦对脑卒中后抑郁患者相关心理问题的干预效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究方案经温州市中医院医学伦理学委员会批准通过后实施,选取 2019 年 1—12 月在温州市中医院神经内科就诊的 80 例 PSD 患者为研究对象,通过随机数字表法随机分为试验组与对照组,每组各 40 例。两组研究患者的男女比例、年龄、病程时间、卒中分类和生活自理能力等参数进行比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医诊断标准:参照 2016 年中国医师协会制定的《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》<sup>[4]</sup>,采用症状学的诊断和抑郁评估量表的评分相结合的诊断模式。中医诊断标准:参照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>对于卒中后抑郁-痰瘀互结证<sup>[5]</sup>。主症一:半身不遂,口舌歪斜,舌强言謇,偏身麻木;主症二:精神抑郁,神倦易疲,善恐易惊,易怒善哭,惊恐多疑,自责自罪。舌质紫暗或暗淡,苔白或滑,脉沉细。主症两项中各项必须具备 2 种及以上临床表现,再结合舌脉象即可诊断。

1.2.2 纳入标准 (1)两组病例均符合于西医、中医诊断标准及主次症;(2)年龄 18~75 岁,经汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)测试,总分在 7 分以上 24 分以下的轻、中度抑郁<sup>[6]</sup>,Bathel 指数<sup>[7]</sup>评分>60 分的患者,生命体征稳定;(3)在入院时通过头颅影像学检查(头颅 CT/MRI)明确诊断;(4)近 3 个月内未服用可影响实验结果的药物;(5)患者及其家属自愿并签署知情同意书。

1.2.3 排除标准 (1)不符合上述中医、西医诊断标准者;(2)意识障碍、构音障碍、血管性痴呆及其他中枢

神经系统疾病,伴有严重心、肺疾病,胃肠道疾病等内科急重症;(3)既往有精神病史或酗酒、吸毒、药物滥用等特殊病史;(4)病情危急或合并其他系统危重疾病。

1.2.4 剔除及脱落标准 (1)自行退出及未按试验要求完成 4 周治疗;所收集的临床数据指标不完整或有误,导致临床疗效及安全性判读受到影响的患者;(2)研究过程中发生严重不良事件或继发其他疾病。

### 1.3 方法

根据《2015 中国脑卒中一级预防指导规范》<sup>[8]</sup>和《2014 中国脑出血诊疗指南》<sup>[9]</sup>给予两组患者相应常规西医内科治疗,包括抗血小板聚集、调脂护胃、清除氧自由基、调控血压血糖、抗脑水肿和脑保护剂等及对症治疗;对照组予盐酸舍曲林胶囊(百忧解,苏州制药有限公司,国药准字 J20130010,规格为 20 mg/粒),每天 1 次,每次 20 mg 口服。2 周为 1 个疗程,共服用 2 个疗程。

试验组:服用解郁 1 号方,包括柴胡、醋香附、川芎、温郁金、枳壳、当归、赤芍、茯神、陈皮、姜半夏、石菖蒲和生甘草,所用中药出自浙江中医药大学中药饮片有限公司,每贴汤剂均由我院中药室统一煎制成 100 mL 药汤 2 袋,服用方法:早晚饭后半小时各温服 100 mL。每天早餐前和晚餐后各做八段锦 1 次(每个动作做 5 次),每次约 20 min,每周 5 d。2 周为 1 个疗程,共干预 2 个疗程。

### 1.4 观察指标及评价标准

①抑郁情况评价:评分采用 HAMD 量表<sup>[6]</sup>进行评定,主要包括抑郁情绪、有罪感、自杀、入睡困难、睡眠不深、早醒、工作和兴趣、迟缓、激越、精神焦虑、躯体性焦虑、胃肠道症状、全身症状、性症状、疑病、体重减轻、自知力 17 项,总分<7 分者为正常;总分在 7~16 分者为轻度抑郁;总分在 17~24 分者为中度抑郁;总分>24 分者为重度抑郁。②症状自评量表(Symptom checklist 90,SCL-90)由 90 个项目组成<sup>[6]</sup>,分为 9 个症状因子和 1 个其他(饮食睡眠)因子,症状分为无、轻度、中度、偏重、严重 5 级,依次计 1、2、3、4、5 分,用于反映有无心理症状及其严重程度。③比较两组研究中出现不良反应及脱落情况:治疗期间出现不良反应包括听力下降、恶心呕吐、胃肠不适、头晕等;脱落率按

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别		年龄 ( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程 ( $\bar{x}\pm s$ ,d)	缺血性脑卒中 (n)	出血性脑卒中 (n)	Bathel 指数 ( $\bar{x}\pm s$ )
		男	女					
试验组	40	24	16	54.74±8.65	48.41±12.46	35	5	76.29±10.75
对照组	40	22	18	53.79±8.43	50.33±13.19	37	3	75.76±11.26
$\chi^2$ 值		0.219		2.208	6.845	0.141	0.289	3.815
P值		>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

照符合脱落标准的病例人数进行计算。

### 1.5 血液检测指标

采用 ELISA 法检测血清 5-HT、BDNF,使用的试剂盒均来自上海沪峰生物科技有限公司,试剂盒操作方法按照说明书进行;两组患者在治疗前、治疗后 4 周进行评价。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,组内比较采用配对  $t$  检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者各时段抑郁评分比较

试验组脱落 3 例,对照组脱落 4 例。与治疗前相比,两组治疗 4 周后评分均有改善,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );且试验组评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者各时段 HAMD 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	$n$	治疗前	治疗 4 周	$t$ 值	$P$ 值
试验组	37	17.42±4.56	8.47±2.42	17.957	<0.05
对照组	36	18.08±4.71	12.84±3.11	11.158	<0.05
$t$ 值		0.645	2.154		
$P$ 值		>0.05	<0.05		

表 3 两组组内治疗前后 SCL-90 各因子评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

项目	试验组( $n=37$ )				对照组( $n=36$ )			
	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
躯体化	1.57±0.38	1.27±0.30	5.484	<0.05	1.58±0.37	1.49±0.34	0.980	>0.05
强迫症状	1.31±0.31	1.26±0.28	0.489	>0.05	1.30±0.29	1.25±0.31	0.757	>0.05
人际关系敏感	1.34±0.29	1.32±0.30	0.484	>0.05	1.34±0.27	1.30±0.32	0.087	>0.05
抑郁	1.87±0.39	1.51±0.31	5.181	<0.05	1.83±0.41	1.58±0.30	4.543	<0.05
焦虑	1.55±0.33	1.50±0.28	0.484	>0.05	1.53±0.31	1.49±0.29	0.784	>0.05
敌对	1.21±0.33	1.17±0.33	0.544	>0.05	1.24±0.32	1.20±0.38	0.672	>0.05
恐怖	1.28±0.30	1.31±0.34	0.493	>0.05	1.31±0.28	1.36±0.33	0.580	>0.05
偏执	1.20±0.29	1.14±0.30	0.710	>0.05	1.24±0.28	1.19±0.31	0.737	>0.05
精神病性	1.32±0.24	1.36±0.28	0.503	>0.05	1.34±0.27	1.32±0.26	0.416	>0.05
其他(饮食睡眠)	1.47±0.29	1.29±0.22	3.864	<0.05	1.49±0.31	1.42±0.34	0.860	>0.05

表 4 两组组间治疗前后 SCL-90 各因子评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

项目	治疗前				治疗后			
	试验组( $n=37$ )	对照组( $n=36$ )	$t$ 值	$P$ 值	试验组( $n=37$ )	对照组( $n=36$ )	$t$ 值	$P$ 值
躯体化	1.57±0.38	1.58±0.37	0.427	>0.05	1.27±0.30	1.49±0.34	3.952	<0.05
强迫症状	1.31±0.31	1.30±0.29	0.402	>0.05	1.26±0.28	1.25±0.31	0.649	>0.05
人际关系敏感	1.34±0.29	1.34±0.27	0.361	>0.05	1.32±0.30	1.30±0.32	0.439	>0.05
抑郁	1.87±0.39	1.83±0.41	0.594	>0.05	1.31±0.31	1.58±0.30	4.250	<0.05
焦虑	1.55±0.33	1.53±0.31	0.387	>0.05	1.50±0.28	1.49±0.29	0.327	>0.05
敌对	1.21±0.33	1.24±0.32	0.519	>0.05	1.17±0.33	1.20±0.38	0.643	>0.05
恐怖	1.28±0.30	1.31±0.28	0.484	>0.05	1.31±0.34	1.36±0.33	0.546	>0.05
偏执	1.20±0.29	1.24±0.28	0.391	>0.05	1.14±0.30	1.19±0.31	0.471	>0.05
精神病性	1.32±0.24	1.34±0.27	0.418	>0.05	1.36±0.28	1.32±0.26	0.439	>0.05
其他(饮食睡眠)	1.47±0.29	1.49±0.31	0.430	>0.05	1.29±0.22	1.42±0.34	2.941	<0.05

### 2.2 两组 SCL-90 量表测评比较

治疗 4 周后,试验组在 SCL-90 中的躯体化、抑郁、其他(饮食睡眠)因子评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),其中两组抑郁因子评分比较,试验组降低更明显,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3、4。

### 2.3 两组患者治疗前、治疗 4 周后 5-HT 及 BDNF 指标比较

与治疗前相比,两组患者治疗后 5-HT、BDNF 数值均升高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );治疗 4 周后试验组 5-HT、BDNF 数值均高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 5。

### 2.4 两组不良反应及脱落情况比较

试验组不良反应发生率为 5.41%(2/37),对照组为 8.33%(3/36);试验组脱落 3 例(7.50%),对照组脱落 4 例(10.00%),两组比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 6。

## 3 讨论

本研究对象为 PSD 患者,由于病程日久,容易出现如抑郁、躯体化症状、食欲减退及睡眠障碍等心理问题,而试验组通过解郁 1 号方联合八段锦干预后,其 HAMD 量表评分和 SCL-90 因子评分中的躯体化因子、抑郁因子及其他因子(饮食睡眠)较干预前具有

表 5 两组患者治疗前、治疗 4 周后 5-HT 及 BDNF 指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	5-HT (ng/mL)				BDNF (ng/L)			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
试验组	37	72.47±9.72	131.86±11.45	26.751	<0.05	20.87±4.14	43.85±7.24	15.582	<0.05
对照组	36	73.04±9.05	107.15±11.32	12.042	<0.05	21.26±4.31	33.67±6.36	3.157	<0.05
t 值		0.243	8.572			0.193	2.749		
P 值		>0.05	<0.05			>0.05	<0.05		

表 6 两组患者不良反应及脱落率比较

组别	n	听力下降	恶心呕吐	胃肠不适	头晕	发生率(%)	脱落率(%)
试验组	37	0	1(2.70)	0	1(2.70)	5.41	7.50
对照组	36	0	1(2.78)	1(2.78)	1(2.78)	8.33	10.00
χ <sup>2</sup> 值						0.206	0.185
P 值						>0.05	>0.05

明显差异( $P<0.05$ );对照组的 HAMD 量表评分和 SCL-90 因子评分中的抑郁因子较干预前具有明显差异( $P<0.05$ ),但试验组干预后效果优于对照组( $P<0.05$ ),提示解郁 1 号方联合八段锦在缓解 PSD 患者抑郁情绪、躯体化症状、食欲减退及睡眠障碍等不良心理状态方面存在一定优势。

中风后抑郁属于祖国医学之“中风”“郁证”范畴,病位在脑,辨证多从“痰”“瘀”“气”入手,其病机特点既有中风的痰瘀阻络,又有肝气郁滞、情志不畅<sup>[10]</sup>。痰、瘀两项病理因素一直参与中风的整个过程,中风发作时痰瘀阻塞脑窍,同时气血逆乱,加重痰瘀,神明失用而成中风;痰瘀阻窍,气血运行不畅,进而七情内伤,气机郁滞又导致痰瘀进一步加重。综上所述,卒中后抑郁多责之于肝脾脑,同时将理气逐痰与活血通络相结合。因此,解郁 1 号方以化痰通络为法,配合八段锦锻炼,达到标本同治。张景岳在《景岳全书》中提出了郁证既可因郁致病,又可因病致郁,卒中后抑郁即属因病致郁<sup>[11]</sup>。既有身(机体活动功能受损)的症状,又有心(情绪障碍)的表现,形(身)神(心)合一,不可分割。中医认为“正气存内,邪不可干”,“正气”强弱既是“邪气”是否“可干”的前提条件,更是机体健康的重要基石。中医学提倡从整体出发研究人体生理和心理相统一,认为人体是一个有机整体,是一个自调节、自平衡、自恢复、自建设的动态系统<sup>[12]</sup>。练习八段锦遵循自然规律,阴阳调和、形神合一、动静结合的自然法则,修身养性,使自身情绪处于一种动态的平衡。现代研究认为八段锦锻炼可以引起体内神经递质的改变,如刺激血浆内源性及吗啡肽物质含量的释放,这些物质含量的变化直接影响人的情绪<sup>[13]</sup>。目前许多临床研究进一步证实了八段锦能有效地改善抑郁、焦虑情绪及睡眠障碍等心理健康问题<sup>[13-17]</sup>,不仅对患者身体进行锻炼,也可对患者的心理状态进行有效干预,实现“精神内守,病安从来”。

综上所述,本研究发解郁 1 号方联合八段锦治疗卒中后抑郁与单纯盐酸舍曲林治疗比较,两组治疗后 HAMD 评分、SCL-90 因子评分中抑郁因子均有显著改善,且试验组疗效更优,可能与提高血清 5-HT、BDNF 的表达有关<sup>[16,18]</sup>,即 PSD 患者血清 5-HT、BDNF 的含量提升程度越高,临床抑郁情况、神经功能评分改善越明显<sup>[19,20]</sup>。解郁 1 号方联合八段锦治疗 PSD 临床疗效确切,能显著改善其抑郁和神经功能恢复,且安全性及依从性较好,值得临床进一步推广。

本研究鉴于时间紧促,存在样本量偏少,试验观察时间较短,对 PSD 患者心理相关的人格因素、社会人口学因素未参与探讨和研究等。笔者希望通过此研究给临床治疗 PSD 提供新思路,以预防和减少 PSD 患者相关心理健康问题的发生。

[参考文献]

- [1] 贾曼,陈喆思,李晓丹,等.基于谷氨酸能系统障碍探讨针刺治疗卒中后抑郁的可能机制[J].中医学报,2019,34(7):1405-1409.
- [2] 张志珺,袁勇贵.卒中后抑郁障碍:机制、诊断与治疗[J].中国卒中杂志,2014,9(1):5-8.
- [3] 曹明明.舍曲林联合艾地苯醌治疗卒中后抑郁 80 例疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(11):1729-1731.
- [4] 王少石,周新雨,朱春燕.卒中后抑郁临床实践的专家共识[J].中国卒中杂志,2016,11(8):685-693.
- [5] 国家中医药管理局医政司.中医病症诊断疗效标准[M].北京:中国中医药出版社,2016:33-34.
- [6] 王拥军.卒中单元[M].北京:科学技术出版社,2004:403-406.
- [7] 王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008:1.

(下转第 141 页)

- [5] 廖越,吴熙,王小红,等.中医周期疗法治疗排卵障碍性不孕的相关研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(11):32-34.
- [6] 梁美琪,凌娜.苍附导痰汤配合耳穴压豆治疗痰湿型排卵障碍性不孕临床观察[J].山西中医,2019,35(10):18-20.
- [7] 李君秋,牛意,程红亮.近五年中医药治疗排卵障碍性不孕症研究现状[J].中医药临床杂志,2017,29(9):1561-1564.
- [8] 谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013:369.
- [9] 周焯,赵可宁,夏桂成.月经周期节律调节法治疗排卵障碍性不孕症经验探析[J].江苏中医药,2017,49(8):9-11.
- [10] Shen H, Xu W, Zhang J, et al. Urinary Metabolic biomarkers link oxidative stress indicators associated with general arsenic exposure to male infertility in a han chinese population[J]. Environmental Science & Technology, 2013, 47(15):8843-8851.
- [11] 王娜娜,王必勤,郭志强.中医调周序贯疗法治疗妇科疑难病经验[J].中华中医药杂志,2018,33(8):3429-3432.
- [12] Rashidi BH, Gorginzadeh M, Aalipour S, et al. Age related endocrine patterns observed in polycystic ovary syndrome patients vs. ovulatory controls: descriptive data from a university based infertility center[J]. Arch Endocrinol Metab, 2016, 60(5):486-491.
- [13] Kazemijalilseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, et al. The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population-Based Study[J]. Glob J Health Sci, 2015, 7(6):226-232.
- [14] 杜鑫,张宗敏.温肾调经助孕汤结合中药人工周期治疗肾虚型排卵障碍性不孕症 120 例患者临床分析[J].中国实用医药,2013,8(29):151-152.
- [15] 陈湘宜,张里援,胡欣欣,等.中药人工周期疗法治疗排卵障碍性不孕疗效观察[J].中华中医药学刊,2019,37(9):2277-2280.
- [16] 王卉,尚俊伟,张喜梅,等.中西医结合治疗卵卵障碍性不孕症疗效观察[J].甘肃中医学院学报,2010,27(5):31-34.
- [17] 师秀娟,谈勇.中医药治疗排卵障碍性不孕的最新研究进展[J].中医药导报,2014,20(1):107-108.
- [18] 蔡艳芳.中医周期疗法治疗排卵障碍性不孕的疗效及其对子宫内膜容受性的影响[J].中国医药科学,2018,8(16):53-56.
- [19] Hassan A, Kotb M, AwadAllah A, et al. Follicular output rate can predict clinical pregnancy in women with unexplained infertility undergoing IVF/ICSI: a prospective cohort study[J]. Reprod Biomed Online, 2017, 34(6):598-604.
- [20] 周幸来,周举.望耳诊病耳穴治疗图解[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2006:5-8.

(收稿日期:2020-11-12)

(上接第 137 页)

- [8] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会.2015 中国脑卒中一级预防指导规范[M].北京:国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会,2015:1-36.
- [9] 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.中国脑出血诊疗指南(2014 版)[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.
- [10] 陈忠,田虎,田思胜.化痰通络饮治疗中风后抑郁的疗效观察[J].精神医学杂志,2018,31(3):212-214.
- [11] 刘彦,张伦忠,邹云涛,等.补肾填精法治疗卒中后抑郁临床观察[J].湖北中医杂志,2019,41(2):41-43.
- [12] 熊俊,常晓波,万赖思琪,等.热敏灸干预高校教师心理亚健康效果观察:一项随机对照试验研究[J].中华中医药学刊,2017,35(5):1074-1076.
- [13] 刘敏,李梓香,邓兴瑞,等.八段锦对原发性失眠伴焦虑患者临床康复的作用研究[J].世界中西医结合杂志,2018,13(4):563-566.
- [14] 邱定荣,林小丽,赵经营,等.八段锦改善抑郁症状 Meta 分析[J].新中医,2019,51(6):51-54.
- [15] 邹宇,王芳,巩文花,等.八段锦对 2 型糖尿病患者焦虑抑郁情绪及血糖干预效果的 Meta 分析[J].湖南中医杂志,2019,31(1):113-117.
- [16] 吴菊萍.中医八段锦有氧运动对高血压病患者焦虑情绪的影响[J].医学理论与实践,2019,32(22):3731-3733.
- [17] 金云燕.八段锦结合耳穴埋豆治疗围绝经期妇女失眠 60 例观察[J].浙江中医杂志,2017,52(10):754.
- [18] 杜晋峰,江华,郑晓梅,等.脑卒中后抑郁的相关因素分析[J].西部医学,2015,27(6):837-839.
- [19] 赵娜,胡万华,朱文宗,等.解郁 1 号方联合头电针疗法治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J].中国慢性病预防与控制,2018,26(9):669-672.
- [20] 张益伟,梁晖,柯金狮.“醒脑开窍-解郁安神”针法治疗卒中后抑郁[J].中国现代医生,2018,56(36):117-120.

(收稿日期:2020-06-04)