

引用:米健国.柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合太极拳运动治疗抑郁症 40 例临床观察[J].湖南中医杂志,2021,37(2):6-9,13.

柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合太极拳运动 治疗抑郁症 40 例临床观察

米健国

(广东江门中医药职业学院,广东 江门,529000)

[摘要] 目的:观察柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合太极拳运动治疗肝气阻滞兼痰热型抑郁症的临床疗效。方法:将 80 例肝气阻滞兼痰热型抑郁症患者随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。治疗组给予柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合太极拳运动治疗,对照组给予盐酸帕罗西汀治疗。2 组疗程均为 6 周。观察患者的综合疗效及抑郁自评量表(SDS)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、中医证候评分、不良反应量表(TESS)评分。结果:治疗组脱落 1 例,对照组脱落 2 例。综合疗效总有效率治疗组为 94.87%(37/39),对照组为 81.58%(31/38),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗 2、4、6 周后 SDS、HAMD 及中医证候评分均低于治疗前($P<0.01$),且治疗组治疗后各时间节点的 SDS、HAMD、TESS 及中医证候评分均低于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合太极拳运动治疗肝气阻滞兼痰热型抑郁症疗效确切,且无明显不良反应,值得临床推广应用。

[关键词] 抑郁症;肝气阻滞兼痰热证;柴胡加龙骨牡蛎汤加减;太极拳

[中图分类号] R277.794

[文献标识码] A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.002

Clinical effect of modified Chaihu Longgu Muli decoction combined with Tai Chi exercise in treatment of depression:An analysis of 40 cases

MI Jianguo

(Guangdong Jiangmen Chinese Medical College,Jiangmen 529000,Guangdong,China)

[Abstract] Objective:To investigate the clinical effect of modified Chaihu Longgu Muli decoction combined with Tai Chi exercise in the treatment of depression with liver Qi stagnation and phlegm-heat. Methods:A total of 80 patients with depression with liver Qi stagnation and phlegm-heat were randomly divided into treatment group and control group,with 40 patients in each group. The patients in the treatment group were given modified Chaihu Longgu Muli decoction combined with Tai Chi exercise,and those in the control group were given paroxetine hydrochloride; the course of treatment was 6 weeks for both groups. The two groups were observed in terms of the treatment outcome of depression and the scores of Self-Rating Depression Scale (SDS),Hamilton Depression Scale (HAMD),traditional Chinese medicine (TCM) syndrome,and Treatment Emergent Symptom Scale (TESS). Results:One patient in the treatment group and 2 patients in the control group were lost to follow-up. There was a significant difference in overall response rate of depression between the treatment group and the control group [94.87% (37/39) vs 81.58% (31/38), $P<0.05$]. Both groups had significant reductions in SDS,HAMD,and TCM syndrome scores after 2,4,and 6 weeks of treatment ($P<0.01$),and the treatment group had significantly lower SDS,HAMD,TESS,and TCM syndrome scores than the control group at each time point after treatment ($P<0.05$ or $P<0.01$). Conclusion:Modified Chaihu Longgu Muli decoction combined with Tai Chi exercise has a marked clinical effect in the treatment of depression with liver Qi stagnation and phlegm-heat,with little adverse effect,and therefore,it holds promise for clinical application.

[Keywords] depression;liver Qi stagnation and phlegm-heat;modified Chaihu Longgu Muli decoction;Tai Chi exercise

基金项目:广东省江门市科技计划项目(2019E026);广东省普通高校特色创新类项目(2019GKTSCX114)

作者简介:米健国,男,医学硕士,副主任中医师,副教授,研究方向:中医内科疾病的临床与教学研究

抑郁症是一种常见的精神障碍性疾病,以显著而持久的情绪低落、兴趣淡漠、抑郁悲观、认知功能下降、妄想和幻觉等为主要临床表现,伴有食欲下降、睡眠障碍等躯体症状,严重者可因悲观绝望而出现自杀的观念及企图^[1]。目前西医主要采用三环类制剂和5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂治疗,但药物不良反应大,患者依从性差,且费用高昂。近年来,中医药在抑郁症的治疗中显示出独特的临床优势和较好的应用前景。笔者采用柴胡加龙骨牡蛎汤加減联合太极拳运动治疗抑郁症肝气阻滯兼痰热证40例,取得了较好的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年2月至2020年3月江门市第三人民医院收治的抑郁症肝气阻滯兼痰热证患者80例,采用随机数字表法分为2组。治疗组40例中,男16例,女24例;平均年龄 (39.40 ± 8.70) 岁;平均病程 (4.83 ± 3.09) 年;抑郁症程度:轻度17例,中度16例,重度7例。对照组40例中,男17例,女23例;平均年龄 (39.30 ± 9.10) 岁;平均病程 (4.95 ± 3.13) 年;抑郁症程度:轻度18例,中度17例,重度5例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得广东江门中医药职业学院和江门市第三人民医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《美国精神疾病诊断与统计手册》(DSM-IV)第4版^[2]中抑郁症的诊断标准,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17项积分 ≥ 17 分^[3]。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定郁证肝气阻滯兼痰热证的辨证标准。主症:表情淡漠,沉默寡言,抑郁寡欢;次症:脘腹不适,胸闷气短,心烦喜呕,口苦;舌象:舌质红、苔白润或腻,脉象:弦脉或弦滑数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄18~60岁;3)文化程度为初中及以上;4)无吸毒及药物依赖史,无其他神经精神性疾病、器质性抑郁综合征;5)观察前2周内未使用过抗抑郁药(含中、西药);6)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)妊娠期及哺乳期妇女;2)合并严重心、肝、肾功能不全;3)有严重的自杀倾向;

4)有严重精神分裂症、认知功能障碍;5)过敏体质或对本研究所使用药物过敏者;6)对乙醇或其他物质依赖。

1.5 病例剔除和脱落标准 1)研究过程中依从性差,没有按规定用药导致疗效无法判断或资料记录不完整等影响疗效判断者;2)出现严重不良反应、不宜继续接受观察者;3)不配合治疗,滥用其他药物;4)由于个人原因自行退出者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用柴胡加龙骨牡蛎汤加減口服联合太极拳运动治疗。基础方:柴胡24g,龙骨9g,黄芩9g,牡蛎9g,生姜9g,桂枝10g,人参9g,茯苓10g,半夏12g,大黄12g,青礞石(代替铅丹)9g,大枣12g。加減:胸闷腹胀、焦虑不安、舌红、苔黄、脉数者,加厚朴12g、栀子9g、枳壳12g;失眠、心烦、舌红、苔黄、脉滑数者,加夏枯草10g、夜交藤12g、黄连12g;有恐惧感、多噩梦、舌红、苔黄略腻、脉滑数有力者,加陈皮15g、竹茹12g、枳实10g;食欲不振、腹胀明显者,加砂仁6g、甘松10g、莱菔子10g、炒麦芽20g;腹冷便溏者,去大黄,加炙甘草9g、干姜12g;便秘明显者,大黄后下,加生地黄9g;头痛者,加川芎6g、菊花15g、白蒺藜12g;颜面暗红、舌尖或舌边有黑色瘀斑、舌底静脉怒张、脉沉涩者,合桂枝茯苓丸,加赤芍12g、桃仁12g、牡丹皮12g。上述药物水煎服,每天1剂,分2次口服。太极拳练习:向患者介绍二十四式太极拳的基本知识、动作要领、练习时的注意事项、动作与呼吸配合的方法等,用2~3d时间教会患者太极拳动作。患者在示范者的带领下,跟随音乐进行太极拳练习,每次练习时间15~20min,每天早晚各1次。

2.2 对照组 采用盐酸帕罗西汀片治疗。盐酸帕罗西汀片(浙江尖峰药业有限公司,批准文号:国药准字H20040533,批号:160301,规格:20mg/片)口服,1次/d,20mg/次。

2组均连续治疗6周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于治疗前及治疗2、4、6周后统计观察指标的结果。

3.1.1 抑郁状态 患者采用抑郁自评量表(SDS)对抑郁程度进行自我评价。SDS评分 ≥ 73 分为重度抑郁,63~72分为中度抑郁,53~62分为轻度抑郁^[5]。研究者采用HAMD量表评定患者的抑郁程

度。HAMD 评分 ≥ 24 分为重度抑郁,17~23分为中度抑郁,7~16分为轻度抑郁^[3]。

3.1.2 中医证候评分 根据《中药新药临床研究指导原则》^[6],将中医证候分为无、轻、中、重 4 个级别,分别计为 0、1、2、3 分。

3.1.3 不良反应 采用不良反应量表 (TESS) 对 2 组不良反应进行评价,得分越高提示不良反应越严重^[7]。

3.2 疗效标准 根据《精神科评定量表手册》^[8],按治疗前后 HAMD 评分减分率进行疗效评定。HAMD 评分减分率=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分] $\times 100\%$ 。痊愈:HAMD 评分减分率 $\geq 75\%$;显效: $50\% \leq$ HAMD 评分减分率 $<75\%$;有效: $25\% \leq$ HAMD 评分减分率 $<50\%$;无效:HAMD 评分减分率 $<25\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件分析数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级

资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 治疗期间,对照组脱落 2 例,治疗组脱落 1 例,均因个人原因中途退出治疗,最终有 77 例患者的治疗结果纳入统计。

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 94.87%,对照组为 81.58%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 [例 (%)]						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	39	7(17.95)	16(41.02)	14(35.90)	2(5.13)	37(94.87)
对照组	38	4(10.53)	11(28.95)	16(42.10)	7(18.42)	31(81.58)
Z 值						1.984
P 值						0.048

3.4.2 2 组治疗前后 SDS 评分比较 治疗前 2 组患者的 SDS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗 2、4、6 周后 2 组患者的 SDS 评分均较治疗前明显下降 ($P < 0.01$),同一时间节点治疗组 SDS 评分均明显低于对照组 ($P < 0.01$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)											
组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	t 值	P 值	治疗 4 周后	t 值	P 值	治疗 6 周后	t 值	P 值
治疗组	39	72.46 $\pm$ 7.91	63.12 $\pm$ 6.21	5.800	<0.01	59.13 $\pm$ 5.98	8.395	<0.01	56.28 $\pm$ 5.51	10.482	<0.01
对照组	38	71.98 $\pm$ 7.83	67.43 $\pm$ 6.34	2.784	0.006	64.08 $\pm$ 6.25	4.861	<0.01	61.33 $\pm$ 5.68	6.787	<0.01
t 值		0.268	3.014			3.552			3.960		
P 值		0.790	0.004			0.001			<0.01		

3.4.3 2 组治疗前后 HAMD 评分比较 治疗前 2 组患者 HAMD 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗 2、4、6 周后 2 组 HAMD 评分均较治疗前明显下降 ($P < 0.01$),同一时间节点治疗组 HAMD 评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)											
组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	t 值	P 值	治疗 4 周后	t 值	P 值	治疗 6 周后	t 值	P 值
治疗组	39	24.62 $\pm$ 1.02	19.90 $\pm$ 2.11	12.569	<0.01	15.62 $\pm$ 3.82	14.234	<0.01	11.05 $\pm$ 2.01	37.575	<0.01
对照组	38	24.33 $\pm$ 1.47	22.01 $\pm$ 3.26	3.999	<0.01	17.13 $\pm$ 2.49	15.350	<0.01	13.10 $\pm$ 4.84	13.686	<0.01
t 值		1.008	3.380			2.049			2.602		
P 值		0.316	0.001			0.044			0.011		

3.4.4 2 组治疗前后中医证候评分比较 治疗前 2 组患者的中医证候评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后 2、4、6 周患者的中医证候评分均治疗前明显下降 ($P < 0.01$),同一时间治疗组中医证候评分明显低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)											
组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	t 值	P 值	治疗 4 周后	t 值	P 值	治疗 6 周后	t 值	P 值
治疗组	39	34.63 $\pm$ 3.65	25.56 $\pm$ 8.35	6.216	<0.01	18.97 $\pm$ 8.56	10.509	<0.01	11.69 $\pm$ 7.84	16.566	<0.01
对照组	38	34.59 $\pm$ 3.02	29.32 $\pm$ 5.56	5.134	<0.01	23.44 $\pm$ 7.44	8.560	<0.01	17.35 $\pm$ 6.76	14.354	<0.01
t 值		0.052	2.320			2.443			3.389		
P 值		0.958	0.023			0.017			0.001		

3.4.5 2组治疗后 TESS 评分比较 治疗组治疗2、4、6周后的 TESS 评分均明显低于同一时间节点的对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表5)

表5 2组治疗后 TESS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗2周后	治疗4周后	治疗6周后
治疗组	39	13.32 $\pm$ 5.24	10.55 $\pm$ 4.11	7.12 $\pm$ 2.98
对照组	38	17.36 $\pm$ 5.47	14.57 $\pm$ 5.39	11.76 $\pm$ 4.54
<i>t</i> 值		3.310	3.686	5.315
<i>P</i> 值		0.001	<0.01	<0.01

4 讨 论

现代医学认为,抑郁症与脑内缺乏多巴胺、5-HT、去甲肾上腺素等单胺类神经递质密切相关^[9]。帕罗西汀为强效高选择性5-HT再摄取抑制剂,它能选择性地抑制5-HT的突触前再摄取,增加5-HT在突触间隙的浓度,且在一定程度上能抑制NE的再摄取,使神经的传递效能增强,从而起到抗抑郁作用。但帕罗西汀起效慢,需长期使用,并由此引起多种不良反应,如食欲减退、嗜睡、疲乏、情绪不稳、性功能障碍等^[10]。这些不良反应往往使患者难以耐受,在一定程度上制约了它的普及和应用^[11]。

抑郁症可归属于中医学“郁证”“脏躁”等范畴,与心失所养、肝失疏泄、脾失健运、少阳枢机不利关系密切,临床治疗多以宁心安神、疏肝解郁、健脾利湿、和解少阳为主要原则,并兼以温补脾肾、化痰祛瘀等疗法^[12]。《伤寒论》云:“胸满、烦惊、小便不利、谵语、一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”柴胡加龙骨牡蛎汤由小柴胡汤去甘草加茯苓、桂枝、龙骨、牡蛎、铅丹、大黄而成。小柴胡汤和解枢机、扶正祛邪;加茯苓取其健脾利湿之功,又有宁心安神之效;加桂枝取其通阳透达以除身重,同时助茯苓畅利三焦;加龙骨、牡蛎镇心安神;青礞石(代替铅丹)坠痰以止烦惊;加少量大黄,泄热和胃而止谵语;去甘草者,不欲其甘缓以妨碍祛邪也。上述诸药合用,标本兼治,共奏疏肝解郁、和解少阳、重镇安神、通阳泄热、扶正祛邪之功^[13-14]。现代药理学研究证实,柴胡加龙骨牡蛎汤能提高脑内单胺类神经递质水平,有良好的抗抑郁和抗焦虑作用^[15]。何吉才^[16]研究表明,柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肿瘤后抑郁疗效满意,且无严重不良反应。韩玉静^[17]研究表明,柴胡加龙骨牡蛎汤联合氟西汀

能有效改善中风后抑郁(肝郁痰扰)患者心理状态,临床疗效较好,安全性较高。

太极拳运动是在传统养生功法“吐纳术”和“导引术”基础上发展起来的独特健身运动,主张“以意导气,以气运身”,讲究天人合一、形神合一、动静结合、动中求静、以静御动、虽动犹静,其独特的心静用意,可阻断过分亢进的七情对气血的干扰,调和气血,护卫“元神”在调节人体身心健康方面发挥作用。研究表明,24式太极拳“行云流水,动静结合,上下协调,前后连贯”的要求需要大脑与其他各器官系统的密切配合才能完成,因此,太极拳能激活各种系统和器官的功能,改善中枢神经系统的紧张状态,提高神经系统的协调性。可促进患者的身心健康,减轻抑郁症患者的症状^[18]。Ma Y等^[19]研究发现,太极拳运动能有效改善中美两国重度抑郁症患者的情绪症状和睡眠质量。有研究显示,随着练习太极拳时间的延长,伴有抑郁症状的人数会明显减少,说明长期练习太极拳对改善抑郁症状有显著作用^[20]。

本研究结果显示,治疗组抑郁总有效率高于对照组,治疗2、4、6周后SDS评分、HAMD评分、中医证候评分均低于对照组,说明在改善抑郁症状方面,柴胡加龙骨牡蛎汤联合太极拳运动较西药治疗更具优势,且安全性高,不良反应少,值得进一步研究。

参考文献

- [1] 谭乔芮. 作业疗法治疗抑郁症应用进展[J]. 中国疗养医学, 2019, 28(1): 50-53.
 - [2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. The diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 4th edition (DSM-IV). Arlington VA: American Psychiatric Association, 1994.
 - [3] BALLESTEROS J, BOBES J, BULBENA A, et al. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HAMD) [J]. J Affect Disord, 2007, 102(1/2/3): 93-99.
 - [4] 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: 112-116.
 - [5] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
 - [6] 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.
 - [7] 张明园. 药物副反应量表 (TESS) [J]. 上海精神医学, 1984 (2): 77-80.
- (下转第13页)

细胞通透性,促进纤维组织软化吸收,确保腺小管通畅^[10]。

除口服外,本研究还将中药汤剂进行保留灌肠。前列腺位于直肠的前面,紧贴于直肠壁,应用中药保留灌肠,将药液温度提高到 40℃~42℃,可通过温热效应直接作用于前列腺,促使前列腺及其周围肌肉松弛,促进盆腔的血液循环,改善微循环,增强白细胞的吞噬能力,解除炎症引起的症状,还能够加速前列腺的新陈代谢,帮助局部炎性渗出物的消散和吸收。同时直肠给药无须通过胃肠吸收,可减少药物对脾胃的伤害,因而减少了药物的不良反应^[11-12]。多项研究表明,运用中药保留灌肠治疗前列腺炎可解除前列腺包膜屏障,保证在病灶达到有效药物浓度,可有效缓解疼痛,改善排尿症状,降低 EPS 的白细胞计数,且无明显不良反应^[13-16]。

综上所述,自拟前列腺汤口服配合直肠给药治疗慢性前列腺炎血瘀湿热证,临床有效率可达到 94.83%,明显优于单独采用盐酸坦索罗辛治疗,治疗后中医证候积分、NIH-CPSI 评分、PSQI 评分均较治疗前明显降低,提示该治疗方法具有确切效果,可改善患者临床症状,提升睡眠质量,提高临床治愈率。

参考文献

- [1] 郭应禄,胡礼泉.男科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:1488-1490.
 - [2] 江海身,陈志强.男科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2002:2.
 - [3] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2014:560-582.
 - [4] 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,2002:168-172.
 - [5] 顾方六.现代前列腺病学[M].北京:人民军医出版社,2002:568.
 - [6] 路桃影,李艳,夏萍,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,43(3):260-263.
 - [7] 李奇,沈建武,吕双喜,等.基于数据挖掘的张广生治疗慢性前列腺炎的用药特点分析[J].辽宁中医杂志,2017,44(12):2490-2493.
 - [8] 李秀凤,伊娜,高钧.活血化瘀治疗慢性前列腺炎的理论基础[J].中医中药指南,2013,11(23):496-497.
 - [9] 王中瑞.中药汤药联合 TRM 多功能前列腺治疗仪治疗慢性前列腺炎的临床体会[J].中医临床研究,2020,12(5):131-133.
 - [10] 何清湖.论男科中西医结合临床研究方法[J].湖南中医药大学学报,2007,27(2):1.
 - [11] 周文,王冬梅,刘增光,等.叶品良治疗湿热瘀阻型慢性前列腺炎经验[J].陕西中医学院学报,2013,12(5):872-873.
 - [12] 刘文泓,杜红兵,杨逢生.龙胆泻肝汤加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎的临床疗效分析[J].中医临床研究,2018,10(24):79-80.
 - [13] 姜玉良.中药保留灌肠治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎的临床与实验研究[D].济南:山东中医药大学,2017.
 - [14] 王晓民,邓汪东,丘济万.中药保留灌肠治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎的随机对照研究[J].中医外治杂志,2019,28(4):21-22.
 - [15] 陆良喜,吴金玉,黄志敏,等.壮药火草保留灌肠治疗慢性前列腺炎 60 例临床观察[J].湖南中医杂志,2019,35(6):55-56.
 - [16] 牛培宁,刘玉忠,葛松,等.前列通 I 号保留灌肠治疗 IIIA 型前列腺炎湿热瘀阻证[J].中医学报,2018,33(12):2441-2444.
- (收稿日期:2020-07-13)
- (上接第 9 页)
- [8] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:121-126.
 - [9] 朱咏梅,尹斌.抗抑郁药物的相关研究及其临床疗效[J].临床合理用药,2018,11(3c):178-179.
 - [10] 王小党,何丽云,刘艳骄.抗抑郁药物治疗抑郁症的研究概况[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(6):50-53.
 - [11] 梅可夫,白宏英,曾志磊,等.卒中后抑郁患者院外抗抑郁药物服用依从性影响因素分析[J].山东医药,2019,59(9):47-50.
 - [12] 沈大庆,张潇,祝海洲,等.行为疗法联合帕罗西汀对膀胱过度活动症患者临床疗效及抑郁焦虑情绪的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(4):347-349.
 - [13] 王立真.帕罗西汀对老年急性心肌梗死患者焦虑抑郁情绪及血清炎症标志物的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2012,21(9):823-825.
 - [14] 杨节,沈莉.柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁研究进展[J].中医临床研究,2019,11(8):141-145.
 - [15] 孟新玲,房江山,刘远新,等.盐酸帕罗西汀片对帕金森病患者合并抑郁和焦虑症状的临床疗效[J].中国临床药理学杂志,2013,29(6):403-405.
 - [16] 何吉才.柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肿瘤后抑郁 41 例[J].光明中医,2018,33(3):386-388.
 - [17] 韩玉静.柴胡加龙骨牡蛎汤联合氟西汀治疗中风后抑郁(肝郁痰扰)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(9):47-50.
 - [18] 张铁丹,栗春玲.24 式太极拳干预治疗抑郁症患者 40 例疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(95):72.
 - [19] MA Y, YEUNG A. The effects of tai chi on sleep quality in chinese american patients with major depressive disorder: a pilot study [J]. Behav Sleep Med, 2018, 16(4):398-411.
 - [20] LI Y, SU Q, GUO H, et al. Long-term Tai Chi training is related to depressive symptoms among Tai Chi practitioners [J]. Journal of Affective Disorders, 2014, 169(12):36-39.
- (收稿日期:2020-05-28)