

栀子豉汤联合阿米替林 对心肌梗死后抑郁患者血清 CysC 水平、PLR 的影响

梁嘉昱¹, 陈瑜¹, 程泳钧¹, 刘东方²

(1. 中国人民解放军海军第九〇五医院, 上海 200052; 2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要:目的 探究栀子豉汤联合阿米替林对心肌梗死后抑郁患者血清胱抑素 C(cystatin C, CysC) 水平、血小板与淋巴细胞比值(platelet to lymphocyte ratio, PLR) 的影响。方法 选取 2022 年 6 月—2023 年 4 月收治的 63 例心肌梗死后抑郁患者作为研究对象。根据治疗方法不同分为联合组(32 例, 栀子豉汤联合阿米替林治疗)和对照组(31 例, 阿米替林治疗), 治疗 4 周后, 观察两组临床疗效、中医证候积分、CysC、PLR、5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)、汉密尔顿抑郁量表、心率变异性指标、不良反应。结果 联合组总有效率 96.88% (31/32) 高于对照组 80.65% (25/31) ($P < 0.05$)。联合组情志不畅、烦躁、兴趣索然、失眠得分低于对照组 ($P < 0.05$)。联合组 CysC、PLR 低于对照组 ($P < 0.05$)。联合组 5-HT、BDNF 高于对照组 ($P < 0.05$)。联合组汉密尔顿抑郁量表评分少于对照组 ($P < 0.05$)。联合组连续 24 h 内正常 RR 间期均值标准差(standard deviation of all normal to normal RR intervals, SDNN)、每 5 min 窦性 RR 间期均值标准差(standard deviation of 5-min mean RR intervals, SDANN)、相邻正常 RR 间期差值均方根(root-mean square of difference of successive RR intervals, rMSSD) 高于对照组 ($P < 0.05$)。两组不良反应比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 栀子豉汤联合阿米替林治疗心肌梗死后抑郁患者效果明显, 能明显改善临床症状, 降低血清 CysC 水平及 PLR, 改善 5-HT 和 BDNF, 提升心脏功能, 且不会增加不良反应。

关键词: 栀子豉汤; 阿米替林; 心肌梗死; 抑郁; 胱抑素 C; 血小板与淋巴细胞比值

中图分类号: R259.422.2

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2024)11-0227-05

Effect of Zhizichi Decoction(栀子豉汤) Combined with Amitriptyline on Serum CysC and PLR in Patients with Post-Myocardial Infarction Depression

LIANG Jiayu¹, CHEN Yu¹, CHENG Yongjun¹, LIU Dongfang²

(1. Chinese People's Liberation Army Navy 905th Hospital, Shanghai 200052, China;

2. First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin 150040, Heilongjiang, China)

Abstract: *Objective* To explore the effect of Zhizichi Decoction(栀子豉汤) combined with amitriptyline on serum cystatin C (CysC) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) in patients with post-myocardial infarction depression. *Methods* Sixty-three patients with post-myocardial infarction depression in the hospital from June 2022 to April 2023 were selected, and assigned into two groups according to different treatment methods. The combined group(32 cases) received Zhizichi Decoction combined with amitriptyline, whereas the control group(31 cases) were given amitriptyline. After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy, TCM syndrome score, CysC, PLR, 5-hydroxytryptamine (5-HT), brain-derived neurotrophic factor (BDNF), Hamilton depression rating scale, heart rate variability indexes and adverse reactions were observed in both groups. *Results* The combined group reported a higher overall efficacy rate than the control group[96.88% (31/32) vs 80.65% (25/31), $P < 0.05$]. The TCM syndrome scores including dysphoria, irritability, lack of interest and insomnia were lower in the combined group than those in the control group ($P < 0.05$). Compared with the control group, the combined group had lower levels of CysC and PLR and higher levels of 5-HT and BDNF, with statistical difference (all $P < 0.05$). The combined group scored lower on Hamilton depression rating

基金项目:上海市卫健委综合医院中西医结合专项(ZHYY-ZXYJHZX-202102);上海市长宁区卫健委中医科研项目(20214Z016)

作者简介:梁嘉昱(1995-),女,吉林德惠人,医师,硕士,研究方向:中医内科学心肺。

通讯作者:刘东方(1962-),男,黑龙江哈尔滨人,主任医师,硕士,研究方向:中西医结合诊治心律失常及中药抗血小板聚集。

E-mail: dongfangliu2009@126.com。

scale than the control group ($P < 0.05$). The values of standard deviation of all normal to normal RR intervals (SDNN), the standard deviation of 5 - min mean RR intervals (SDANN) and root - mean square of difference of successive RR intervals (RMSSD) were larger in the combined group than those in the control group ($P < 0.05$). No statistical difference was demonstrated between two groups in adverse reaction rate ($P > 0.05$). **Conclusion** Application of Zhizichi Decoction combined with amitriptyline in patients with post - myocardial infarction depression can effectively ameliorate the clinical symptoms, reduce the levels of serum CysC and PLR, improve the levels of 5 - HT and BDNF and enhance cardiac function without increasing adverse effects.

Keywords: Zhizichi Decoction (栀子豉汤); amitriptyline; myocardial infarction; depression; cystatin C; platelet to lymphocyte ratio

心肌梗死是目前临床上发病率较高的心血管疾病,起病急、进展快是其主要特点,若未及时得到救治则死亡风险剧增,预后极差^[1]。由于本病威胁着我国甚至全球人群健康,故关于本病相关研究一直是该领域研究热门话题。心肌梗死病死率高,所以绝大部分研究都倾向于如何预防和治疗,而经过数十年研究及临床实践,关于心肌梗死治疗也研发出多种方式,其中经皮冠状动脉介入术在急救条件下效果最明显,且救治成功率高^[2]。但在长久实践中发现部分患者在救治后,即便病情控制良好,但也会逐渐产生抑郁等负性情绪。导致这一情绪发生因素诸多,如患者担忧病情、丧失生活信心、社会功能减弱、后续治疗压力等,发病机制至今尚未被阐明。即便如此,客观情绪改变仍会影响患者后续治疗配合度及最终疾病获益。如何纠正患者负性情绪一直是目前临床关注焦点。既往研究中多通过运动、心理等途径进行缓解患者抑郁状态^[3-4],但其效果无法满足患者及医护需求。针对心脏功能较弱患者采用药物联合治疗需要更谨慎,但在提升疗效前提下使其获益更多具有一定重要意义。目前,西医多采用抗抑郁药,如阿米替林,虽能获得一定效果^[5],但远期效果不明显,且容易复发。中医学表示,心肌梗死后的抑郁情绪往往与气滞血瘀有关,心主血脉和神志,治疗心系疾病注重“形神合一”,即有形之心脉与无形之心神结合,也就是双心同治,因此治疗应遵循清热解毒、宽胸理气原则^[6]。栀子豉汤记载于《伤寒论》,主要包括栀子、淡豆豉,具有镇静安眠、清心除烦、抗氧、平衡激素作用^[7],不仅能治疗心血管还能对抑郁症产生积极影响。因此,本研究主要探讨栀子豉汤联合阿米替林对心肌梗死后抑郁患者的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年6月—2023年4月我院收治的63例心肌梗死后抑郁患者作为研究对象,根据治疗方法不同分为联合组(32例)和对照组(31例)。联合组:男20例,女12例,年龄45~82岁,平均(68.55±7.22)岁,梗死部位:前降支11例、回旋支8例、右冠状动脉13例。对照组:男18例,女13例,年龄47~83岁,平均(69.11±7.27)岁,梗死部位:前降支10例、回旋支7例、右冠状动脉14例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

中医诊断标准:符合《急性心肌梗死中医临床诊疗指

南》^[8]中气滞血瘀证型,主要为情志不畅、烦躁、兴趣索然、失眠。西医诊断标准:符合《内科学》^[9]中心肌梗死标准。

1.3 纳入、排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准,择期行经皮冠状动脉介入术;②具备正常沟通能力;③全程规律治疗且具备相应的治疗指征及干预指征;④治疗前近14 d未接受过抗抑郁治疗;⑤精神正常无癫痫。排除标准:①抑郁病史;②消化道出血;③哺乳期或妊娠期女性;④对本研究用药过敏;⑤不具有完全行为能力;⑥严重肝、心、肾功能不全;⑦双相情感障碍、自杀倾向抑郁症。本研究经医学伦理委员会批准。

1.4 治疗方法

所有患者均在术后进行针对性干预,对照组为阿米替林(四药制药,25 mg,国药准字H32023764)治疗,2次/d,25 mg/次,连续治疗4周。联合组在对照组基础上加用栀子豉汤,主方为栀子20 g,淡豆豉20 g,统一由中药房煎制,每剂煎制300 mL,口服2次/d,早晚服用,治疗4周。

1.5 观察指标

(1)临床疗效评估标准^[10]:显效为汉密尔顿抑郁量表评分下降>50%,有效为汉密尔顿抑郁量表评分下降25%~50%,无效为汉密尔顿抑郁量表评分下降<25%。总有效率=显效率+有效率。

(2)中医证候积分评估^[11]:治疗前及治疗4周后进行评估,包括情志不畅、烦躁、兴趣索然、失眠,各项总分为6分,0分=无,2分=轻度,4分=中度,6分=重度。

(3)血清胱抑素C(cystatin C, CysC)水平、血小板与淋巴细胞比值(platelet to lymphocyte ratio, PLR):治疗前及治疗4周后采集患者空腹静脉血4 mL,部分送检离心保留血清,采用全自动生化分析仪(BS600,迈瑞)测定CysC水平,均严格按照配套试剂盒操作。部分血液采用全自动血细胞分析仪(BC-760 CS,迈瑞)测定血小板计数和淋巴细胞计数,计算PLR。

(4)血清5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF):治疗前及治疗4周后采血方式同(3),送检离心后保留血清。采用酶联免疫吸附试验测定5-HT、BDNF,仪器为全自动生化分析仪(BS600,迈瑞),均严格按照配套试剂盒操作。

(5)汉密尔顿抑郁量表^[12]:治疗前及治疗4周后进行评估,共17个题目,计分为0~4分,满分0~68分,分值与抑郁情况呈正相关。

(6) 心率变异性指标:治疗前及治疗 4 周后通过动态心电图仪(康泰,TLC6000)记录患者 24 h 心电图,根据记录结果分析心率变异,包括正常 RR 间期均值标准差(standard deviation of all normal to normal RR intervals,SDNN)、每 5 min 窦性 RR 间期均值标准差(standard deviation of 5-min mean RR intervals,SDANN)、相邻正常 RR 间期差值均方根(root-mean square of difference of successive RR intervals,rMSSD)。

(7) 记录治疗过程中不良反应。

1.6 统计学方法

数据均采用 SPSS 26.0 软件分析。正态分布计量数据用均数±标准差表示,两组比较用独立样本 *t* 检验,组内用配对样本 *t* 检验,计数资料用百分数表示,比较用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 两组心肌梗死后抑郁患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	情志不畅		烦躁		兴趣索然		失眠	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	32	4.37±0.77	1.07±0.27*	4.33±0.81	0.91±0.24*	4.77±0.91	0.93±0.22*	4.17±0.73	0.89±0.21*
对照组	31	4.40±0.79	2.03±0.31*	4.35±0.83	2.01±0.29*	4.81±0.94	1.91±0.27*	4.21±0.76	1.95±0.28*
<i>t</i> 值		0.152	13.119	0.096	16.423	0.171	15.816	0.213	17.034
<i>P</i> 值		0.879	<0.001	0.923	<0.001	0.864	<0.001	0.831	<0.001

注: * 与组内治疗前比较, $P<0.05$ 。

2.3 血清 CysC 水平、PLR 比较

治疗前两组 CysC、PLR 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 CysC、PLR 均下降,且联合组低于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组心肌梗死后抑郁患者血清 CysC 水平、PLR 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CysC/(mg/L)		PLR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	32	1.69±0.35	0.76±0.17*	132.55±19.47	85.62±14.66*
对照组	31	1.71±0.37	1.03±0.19*	133.61±19.52	107.27±15.31*
<i>t</i> 值		0.220	5.948	0.215	5.733
<i>P</i> 值		0.826	<0.001	0.829	<0.001

注: * 与组内治疗前比较, $P<0.05$ 。

2.4 5-HT、BDNF 比较

治疗前两组 5-HT、BDNF 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 5-HT、BDNF 均增加,且联合组高于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组心肌梗死后抑郁患者 5-HT、BDNF 比较($\bar{x}\pm s$) 单位:ng/mL

组别	例数	5-HT		BDNF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	32	50.86±9.27	90.55±12.52*	10.61±2.17	17.77±2.33*
对照组	31	50.91±9.32	77.58±11.37*	10.65±2.21	14.19±2.28*
<i>t</i> 值		0.021	3.968	0.072	6.300
<i>P</i> 值		0.983	<0.001	0.942	<0.001

注: * 与组内治疗前比较, $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效比较

联合组总有效率高于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组心肌梗死后抑郁患者临床疗效比较 单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	32	27(84.38)	4(12.50)	1(3.13)	31(96.88)
对照组	31	20(64.52)	5(16.13)	6(19.35)	25(80.65)
χ^2 值					4.199
<i>P</i> 值					0.040

2.2 中医证候积分比较

治疗前两组情志不畅、烦躁、兴趣索然、失眠得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组上述得分均下降,且联合组低于对照组($P<0.05$),见表 2。

2.5 汉密尔顿抑郁量表评分比较

治疗前两组汉密尔顿抑郁量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后均减少,且联合组小于对照组($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组心肌梗死后抑郁患者汉密尔顿抑郁量表评分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
联合组	32	22.74±3.65	9.11±1.13	20.179	<0.001
对照组	31	22.78±3.67	11.87±1.19	15.744	<0.001
<i>t</i> 值		0.043	9.442		
<i>P</i> 值		0.965	<0.001		

2.6 心率变异性指标比较

治疗前两组 SDNN、SDANN、rMSSD 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组以上指标均升高,且联合组高于对照组($P<0.05$),见表 6。

2.7 不良反应比较

联合组发生口干、恶心、皮疹各 1 例,对照组发生口干、恶心各 1 例,两组不良反应比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.184$, $P=0.668$)。

3 讨论

心肌梗死实际上是心脏供血动脉因诸多因素阻塞,引起相应供血区域血氧供给中断,从而发生心肌细胞坏死损害心肌功能。临床研究表明,心肌梗死患者中>40%的患者会持续性出现抑郁等情绪障碍,且女性发生风险高于男性^[13]。这种情绪障碍严重影响整个治疗效果,还会影响患者对医生制定的治疗方案依从性,从而增加疾病复发风险,形成恶性循环。中医将

表 6 两组心肌梗死后抑郁患者心率变异性指标比较($\bar{x} \pm s$)

单位:ms

组别	例数	SDNN		SDANN		rMSSD	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	32	71.25 ± 7.63	95.32 ± 8.62 *	40.66 ± 5.37	67.68 ± 6.29 *	41.96 ± 5.51	62.71 ± 6.16 *
对照组	31	71.41 ± 7.67	80.59 ± 8.27 *	41.07 ± 5.43	50.26 ± 6.11 *	42.04 ± 5.59	49.23 ± 6.08 *
<i>t</i> 值		0.083	6.975	0.303	11.237	0.057	8.810
<i>P</i> 值		0.933	<0.001	0.762	<0.001	0.954	<0.001

注: * 与组内治疗前比较, $P < 0.05$ 。

心肌梗死后抑郁归为“脏躁”“郁证”等范畴^[14-15],《岳岳全书不寐》中:“……劳倦、思虑过甚,则血必耗,暗耗心血,以致营血失衡,神无主魂,所以失眠……”,表明抑郁发生与肝、心、肾有关^[16]。因此治疗应遵循清热解毒、宽胸理气原则,栀子豉汤中栀子可除烦泻火、利湿清热,淡豆豉可解表除烦、宣发郁热,由此可见栀子豉汤符合上述治疗原则。

本研究结果显示,联合组总有效率高达 96.88% 高于对照组,提示栀子豉汤联合阿米替林对心肌梗死后抑郁患者效果较好。阿米替林是一种常用的抗抑郁药物^[17],对于心肌梗死后抑郁患者具有一定积极作用。栀子豉汤是一种传统中医药方,常用于治疗抑郁症和心理疾病,汤中的栀子和淡豆豉具有清热解毒、宽胸理气的功效,可以调调整体身心状态,有助于改善心肌梗死后抑郁患者的情绪和心理状态,并且汤中的成分可能对心理疾病有一定的辅助作用,可以增强阿米替林疗效,加快疗效显现,故与单一阿米替林相比,联合使用可以综合调理,提高治疗整体的有效率,这与潘瑾等^[18]等研究有相似之处。

本研究结果显示,联合组情志不畅、烦躁、兴趣索然、失眠得分及汉密尔顿抑郁量表评分低于对照组,表明栀子豉汤联合阿米替林能改善心肌梗死后抑郁患者临床症状。这是因为栀子豉汤中栀子性寒,可泄热除烦;淡豆豉可宣郁、除烦、解表,宣中有降,与栀子配伍降中有宣、宣中有降,协同发挥清热除烦、抗抑郁效果,调节身体的气血运行,有助于改善情志不畅、烦躁等症状,王建华等^[19]研究与此相符。栀子豉汤中药物成分可以促进心脏血管的扩张,改善心肌梗死后抑郁患者的心理状态,从而减轻烦躁、兴趣索然等症状,在鲍晓虹等^[20]研究中也得到证实。栀子豉汤中淡豆豉还具有镇静安神的作用,可以帮助心肌梗死后抑郁患者缓解失眠等症状,改善睡眠质量。栀子豉汤与阿米替林联合使用可以综合调理心肌梗死后抑郁患者的身心状态,提高治疗的有效性,从而改善症状。

CysC 是一种由核糖体合成的无糖蛋白质,主要由各种细胞产生,包括肾小管上皮细胞。CysC 通常用作肾功能的生物标志物,其水平可以反映肾小球滤过率,对于评估肾功能有一定的临床意义^[21]。PLR 是指血小板计数与淋巴细胞计数的比值,通常用作炎症和免疫反应的指标,也与心血管疾病的预后有关^[22]。心肌梗死后抑郁患者的血清中 CysC 和 PLR 水平可能会受到影响,因为心肌梗死及抑郁状态都会引起机体的炎症反应和免疫反应,进而影响肾功能和血液指标。此外,心肌梗死后抑郁患者通常伴随着身心疲惫、情绪不稳定等症状,这些因素也可能对 CysC 和 PLR 水平产生影响。本研究结果显示,

治联合组 CysC、PLR 低于对照组,表明栀子豉汤联合阿米替林能缓解心肌梗死后抑郁患者 CysC、PLR。阿米替林具有一定的抗炎作用和机体免疫调节作用,能在减轻机体炎症反应同时改善机体免疫状态,从而影响 CysC 和 PLR 水平,这与金庞等^[23]研究报道相符。阿米替林还可以改善心理状态,减轻抑郁症状,从而有助于改善心肌梗死后抑郁患者的整体生理和心理状态,影响 CysC 和 PLR 水平。栀子豉汤也具有一定抗炎作用^[24],心肌梗死后抑郁患者常伴有炎症反应增加,联合使用栀子豉汤可能有助于调节炎症状态,从而影响 PLR 水平。栀子豉汤中的成分能对肾功能有一定保护作用,心肌梗死后抑郁患者常伴有肾功能损害,联合使用栀子豉汤可能有助于保护肾脏功能,改善 CysC 水平。栀子豉汤中的成分可能通过综合调理身体状况和改善心理状态,有助于改善心肌梗死后抑郁患者的整体生理和心理状态,从而对 CysC 和 PLR 水平产生积极影响。

5-HT 是一种重要的神经递质,它在调节情绪、睡眠、食欲等方面起着重要作用;BDNF 是一种神经营养因子,对神经细胞的生长、发育和存活具有重要作用,心肌梗死后抑郁患者常伴有 5-HT、BDNF 水平下降,这可能与抑郁症状的发生和加重有关。本研究结果显示,联合组 5-HT、BDNF 高于对照组,表明栀子豉汤联合阿米替林能改善心肌梗死后抑郁患者神经递质和神经营养因子。整体分析:阿米替林是一种选择性 5-HT 再摄取抑制剂,可以增加 5-HT 在突触间隙的浓度,从而提升血清 5-HT 水平。研究表明,阿米替林可以通过促进 BDNF 的表达和释放来发挥抗抑郁作用,从而提升血清 BDNF 水平^[25]。阿米替林可能通过神经保护作用,减轻神经元的损伤和死亡,有助于提升 BDNF 水平。栀子和淡豆豉中含有丰富的生物活性成分,能通过抑制炎症反应,减轻炎症对 5-HT 和 BDNF 的负面影响,从而提升其水平;栀子和淡豆豉中的成分具有抗氧化作用^[26],可以清除自由基,减轻氧化应激对神经系统的损害,促进神经元生长和再生,同时还能提供营养物质,促进神经细胞的生长和修复有助于提升 BDNF 水平;栀子豉汤中的成分可能对 5-HT 的合成、释放和再摄取等过程产生影响,从而提升血清 5-HT 水平。因此,栀子豉汤和阿米替林可能通过不同的机制作用于 5-HT 和 BDNF 的调节,联合使用可能产生协同效应,提升心肌梗死后抑郁患者的血清 5-HT、BDNF 水平。

心率变异性是指心跳间隔的变化,通常通过分析 RR 间期(相邻正常心跳间隔)来评估主要参数包括 SDNN、SDANN、

rMSSD,能反映自主神经系统对心脏节律的调节情况,而自主神经系统的紊乱与心肌梗死后抑郁的发生有关。研究表明,心肌梗死后抑郁患者通常伴随着自主神经系统的紊乱,心率变异性参数如SDNN,SDANN和rMSSD常常降低^[27]。这种变化可能与患者的心理状态、自主神经系统的失衡以及炎症反应等因素有关。本研究结果显示,联合组SDNN、SDANN、rMSSD高于对照组,表明栀子豉汤联合阿米替林能提升心肌梗死后抑郁患者心脏功能改善程度。整体分析:阿米替林可以通过调节5-HT水平,影响自主神经系统的功能,从而对心率变异性参数产生影响,并且阿米替林的抗抑郁作用可能改善患者心理状态,减轻焦虑和抑郁,有利于自主神经系统平衡,从而提升心率变异性参数,陈欣怡等^[28]研究中也得出相似结论。而栀子豉汤中成分可能对神经递质的合成和释放产生影响,从而调节自主神经系统的功能;栀子和淡豆豉中活性成分具有抗炎作用,可以减轻炎症反应对自主神经系统的负面影响,进而有助于提升心率变异性参数。两药联合可发挥协同作用,起到提升患者心脏功能改善程度的效果。不良反应方面,两组比较差异无统计学意义。说明栀子豉汤联合阿米替林治疗心肌梗死后抑郁患者不会增加严重不良反应。

综上所述,栀子豉汤联合阿米替林治疗心肌梗死后抑郁患者效果明显,能明显改善临床症状,降低血清CysC水平及PLR,改善5-HT和BDNF,提升心脏功能,且不会增加不良反应。

参考文献

[1] 劳彩光,李春兰,方填源,等. 急性心肌梗死中医证型与人血浆脂蛋白磷脂酶、血液流变学的相关性研究[J]. 中国中医急症, 2023,32(9):1618-1621.

[2] 韦冬梅,何汉康,朱仕现,等. 中西医结合I期心脏康复在急性心肌梗死PCI术后病人中的应用效果[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(14): 2312-2316.

[3] 曾亚平. 基于微信平台应用中医综合延续性护理干预经皮冠状动脉介入术后出院患者临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(13): 185-189.

[4] 张倩倩,臧舒婷,耿延花,等. 血管通路选择和护理干预对急性心肌梗死患者的焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49(5): 933-936.

[5] 边宇婧,白宇凡,谢建平,等. 阿米替林对小鼠抑郁样行为的作用机制研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37(6): 730-733.

[6] 滕俊,张永生,唐卓然.《伤寒论》栀子豉汤治湿热证议[J]. 河南中医, 2020, 40(3): 325-328.

[7] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[S]. 北京:中国医药科技出版社,2020:259.

[8] 张敏州,丁邦晗,林谦. 急性心肌梗死中医临床诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(7): 4119-4127.

[9] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 41-45, 133-137.

[11] 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: 57-58.

[12] ZIMMERMAN M, MARTINEZ J H, YOUNG D, et al. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale[J]. J Affect Disord. 2013,150(2):384-388.

[13] 王梦玺,刘倩,沈乐,等. 早期应用自拟益气活血方防治急性心肌梗死后抑郁状态的临床效果研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(11): 1357-1362.

[14] 许德皓,李静,白鹏,等. 中医药疗法治疗艾滋病合并抑郁症的系统评价与Meta分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(2): 233-237.

[15] 莫嘉浩,梁浩锐,许洪彬,等. 基于古今医案云平台的抑郁症中医处方用药规律分析[J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43(5): 492-497.

[16] 毕菲菲,姚岚,张冬冬,等. 中医药治疗糖尿病合并抑郁症临床研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43(7): 721-724.

[17] 米健国,黄凯旋,李文忠,等. 温针灸联合五行音乐疗法治疗抑郁症疗效观察及对脑电图α波的影响[J]. 河北中医, 2020, 42(10): 1559-1563.

[18] 潘瑾,薛晓燕,马婷,等. 中医治疗糖尿病抑郁症共病的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(2): 266-272.

[19] 王建华. 从阴阳平衡论失眠[J]. 河南中医, 2020, 40(5): 688-690.

[20] 鲍晓虹,叶田园,齐冬梅,等. 酸枣仁汤及其加减方防治焦虑症的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(6): 237-245.

[21] 李刘英,朱凤亚,车德亚,等. 温肾强心方治疗阳虚水停夹瘀型心肾综合征的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(1): 97-101.

[22] PAOLISSO P, BERGAMASCHI L, SANTULLI G, et al. Infarct size, inflammatory burden, and admission hyperglycemia in diabetic patients with acute myocardial infarction treated with SGLT2-inhibitors: a multicenter international registry[J]. Cardiovasc Diabetol, 2022, 21(1): 77.

[23] 金庞,周波,王国民,等. 阿米替林联合喹硫平对双向情感障碍患者的疗效及对TBIL和脑源性神经营养因子水平的影响[J]. 广东医学, 2021, 42(6): 723-726.

[24] 陶伟伟,白子君,岳启予,等. 栀子豉汤对慢性应激诱导的抑郁模型小鼠脑组织神经炎症和突触可塑性的影响[J]. 中医杂志, 2022, 63(11): 1073-1079.

[25] 余国汉,丁国安,李烜,等. 米氮平和阿米替林维持治疗抑郁症患者的疗效和依从性比较[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(5): 356-357, 367.

[26] 刘雨冬,刘俊泽,冀国鑫,等. 基于NF-κB/NLRP3信号通路探讨栀子豉汤对酒精性肝损伤的保护作用[J]. 食品安全质量检测学报, 2022, 13(22): 7446-7453.

[27] 刘永国,王凤霞,李安娜,等. 急性心肌梗死患者PCI治疗后抑郁对心率变异性、内皮功能及不良心血管事件发生率的影响[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(2): 333-337.

[28] 陈欣怡,李永丰,徐晨曦,等. 针刺干预抑郁症在中枢5-羟色胺系统的效应机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(7): 150-154.