

引用:胡域锋,王革生,裴清华,郑粲.滋水清肝饮加味方治疗肝郁肾虚型抑郁症的临床研究[J].中医药导报,2024,30(8):87-91.

滋水清肝饮加味方治疗肝郁肾虚型 抑郁症的临床研究*

胡域锋¹,王革生²,裴清华¹,郑 粲²

(1.北京中医药大学第三临床医学院,北京 100029;

2.北京中医药大学东方医院,北京 100078)

[摘要] 目的:评价滋水清肝饮加味方治疗肝郁肾虚型抑郁症的临床疗效。方法:将72例肝郁肾虚型轻中度抑郁症患者随机分为试验组与对照组,每组36例。试验组患者口服滋水清肝饮加味方联合氟西汀,对照组患者单独口服氟西汀。疗程6周。采用汉密尔顿抑郁量表评分和中医证候评分对患者表现评价。结果:试验组抗抑郁效果优于对照组($P<0.05$)。HAMD总分与中医证候总分在时间点比较及交互作用均有明显差异($P<0.05$)。两组患者在治疗2、4、6周时HAMD总分和中医症状评分均低于治疗前($P<0.05$)。HAMD评分结果显示,与对照组相比,试验组抑郁情绪、入睡困难、躯体性焦虑、强迫症状等改善明显,而工作和兴趣、能力减退、绝望感则无明显改善。结论:滋水清肝饮加味方加氟西汀治疗肝郁肾虚型轻中度抑郁症优于氟西汀单药治疗。该治疗方法在减轻焦虑和抑郁症状、躯体化不适和改善睡眠质量等方面疗效优异。

[关键词] 抑郁症;肝郁肾虚;滋水清肝饮加味方;氟西汀

[中图分类号] R277.7 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2024)08-0087-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2024.08.016

Clinical Study on Modified Zishui Qinggan Decoction (滋水清肝饮加味方) in the Treatment of Depression of Liver Depression and Kidney Deficiency Type

HU Yufeng¹, WANG Gesheng², PEI Qinghua¹, ZHENG Can²

(1.The Third Clinical School of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2.Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical efficacy of Modified Zishui Qinggan Decoction in the treatment of depression with liver depression and kidney deficiency. Methods: A total of 72 patients with mild to moderate depression of liver depression and kidney deficiency were randomly divided into experimental group and control group, 36 cases in each group. Patients in the experimental group were treated with Modified Zishui Qinggan Decoction combined with fluoxetine, while patients in the control group were treated with fluoxetine alone. The course of treatment was 6 weeks. The Hamilton Depression Scale score and TCM syndrome score were used to evaluate the patient's performance. Results: The antidepressant effect of the experimental group was better than that of the control group ($P<0.05$). There were significant differences between the total score of HAMD and the total score of TCM syndromes at the time point and the interaction ($P<0.05$). The HAMD total score and TCM symptom score of the two groups at 2, 4 and 6 weeks of treatment were lower than those before treatment ($P<0.05$). The results of HAMD score showed that compared with the control group, the depression, difficulty falling asleep, somatic anxiety and obsessive-compulsive symptoms of the experimental group were significantly improved, while the work and interest, ability loss and despair were not significantly improved. Conclusion: Modified Zishui Qinggan Decoction combined with fluoxetine is superior to fluoxetine monotherapy in the treatment of mild to moderate depression with liver depression and kidney deficiency. This treatment

*基金项目:国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项课题(JDZX2015043)

通信作者:裴清华,女,主任医师,研究方向为中医药防治脑病

has excellent efficacy in reducing anxiety and depression symptoms, somatic discomfort and improving sleep quality.

[Keywords] depression; liver depression and kidney deficiency; Modified Zishui Qinggan Decoction; fluoxetine

抑郁症,又称忧郁症,是一类以抑郁心境或是丧失兴趣或愉悦感为主要表现的精神障碍。临床表现多为情绪低落或易怒,或空虚悲伤,或对生活兴趣下降,或失眠、精力不足,或注意力不能集中,有时可能伴有内疚自责,严重时可能出现自杀倾向^[1]。一项研究表明,国内抑郁症患病率呈上升趋势,估算患病率区间为6.1%~9.5%,患病人数大约在0.84亿~1.3亿之间,而其中接受过治疗的不到20.0%^[2]。

现代医学认为抑郁症的发病主要与神经递质、内分泌和免疫等因素有关,故多采用单胺氧化酶抑制剂、5-羟色胺再摄取抑制剂等神经递质抑制药物治疗^[3],而这些药物起效时间较长,容易诱发胃肠和自主神经功能紊乱,并且可能出现各种皮损等不良反应^[4]。中医学认为抑郁症的主要病位在肝,与心、肾关系密切。肝郁常常化火,火邪能灼伤阴液,又因乙癸同源,肝阴不足久则损及肾阴。因此,肝郁肾虚是抑郁症中的一个重要证型,治疗上当以疏肝健脾补肾为法,临床多选用滋水清肝饮^[5]。本研究旨在评价滋水清肝饮加味方治疗肝郁肾虚型轻中度抑郁症的临床效果,为临床提供参考价值。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 (1)西医诊断标准根据《精神障碍诊断与统计手册》^[6]中有关抑郁症的内容制定。(2)中医诊断标准根据《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》^[7]郁病篇及《抑郁症中医证候诊断标准及治疗方案》^[8]的肝郁肾虚证论述制定。主症:精神抑郁,兴趣索然,烦躁,思维迟缓,疲乏无力,失眠,善忘,性欲减退,食欲下降;次症:悲观失望,疏懒退缩,腰膝酸软,畏寒,嗜睡,胸胁胀满,胸闷,善太息,短气,面色晦暗,小便清长,阳痿,月经不调,舌质淡或暗,舌苔白,脉沉细或沉弦。主症符合失眠及其他项之一,且次症符合一项及舌脉支持者,即可诊断。

1.2 纳入标准 (1)符合西医诊断标准、中医诊断标准;(2)年龄18~65岁;(3)HAMD-24量表评分的总分值在21~35分之间^[9];

(4)近期未接受相关治疗;(5)对实验相关药物无过敏;(6)能有效回答量表相关问题并配合完成测评;(7)自愿参与研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)合并其他精神类疾病的患者;(2)有较严重自杀倾向者;(3)酗酒或物质依赖者;(4)严重器官衰竭性疾病者;(5)正值孕期或哺乳期者;(6)肝肾功能异常者;(7)配合度差,无法完成医嘱者。

1.4 研究对象 根据I期临床试验标准采用小样本量计算,每组样本量至少含30例,考虑临床中样本可能存在脱落情况,按20%脱落率计算,每组样本量拟定36例,预计总样本量为72例。

选取2021年7月至2022年5月北京中医药大学第三附属医院脑病科门诊收治的72例抑郁症患者,按照随机数字表法平均分为试验组与对照组,每组各36例。本研究已通过北京中医药大学第三附属医院伦理委员会审批(伦理编号:BZLY-2921-06-021)。

1.5 治疗方案

1.5.1 对照组 使用盐酸氟西汀胶囊(商品名:百优解,礼来苏州制药有限公司,批号:0943A),晨起服用,使用剂量为20 mg/次,1次/d。疗程6周。

1.5.2 试验组 在对照组基础上予滋水清肝饮加味方,方药组成:熟地黄25 g,当归10 g,牡丹皮15 g,茯苓15 g,白芍10 g,酸枣仁15 g,山萸肉10 g,柴胡10 g,栀子10 g,泽泻10 g,刺五加15 g,郁金10 g,合欢皮10 g,五味子6 g,太子参30 g,淫羊藿6 g。1剂/d,水煎取汁200 mL,分早晚饭后温服。连续治疗6周。

1.6 观察指标 HAMD因子选取抑郁情绪、入睡困难、躯体性焦虑、强迫症状、绝望感、工作和兴趣、能力减退等指标。根据中医肝郁肾虚证候诊断标准^[7-8]制定《中医证候观察量表》,观察诊疗过程中证候评分变化。

1.7 疗效标准 统计治疗前HAMD总分及治疗后HAMD总分,并计算HAMD评分减分率,计算公式为:减分率=(治疗前

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别/例		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	职业/例					文化程度/例			社会交往/例		
		男	女			体力劳动	脑力劳动	学生	退休人员	小学及以下	初中	高中	大学及以上	范围广	一般	较少
试验组	36	9	27	41.41±16.75	11.02±8.43	6	13	9	8	5	5	15	11	6	20	10
对照组	36	11	25	44.75±14.62	8.56±7.94	3	18	6	9	6	3	10	17	7	19	10
检验统计量	$\chi^2=2.769$		$t=-0.949$		$t=1.263$	$\chi^2=2.465$					$\chi^2=2.877$			$\chi^2=0.103$		
P	0.396		0.346		0.211	0.482					0.411			0.950		

组别	n	婚姻/例			经济状况/例			熬夜情况/例			精神病家族史/例		家庭关系/例		
		已婚	未婚	离异/丧偶	较好	一般	较差	从不	偶尔	经常	有	无	和睦	一般	较差
试验组	36	24	12	0	14	18	4	3	21	12	8	28	25	8	3
对照组	36	27	6	3	20	14	2	7	19	10	6	30	28	6	2
检验统计量	$\chi^2=5.176$		$\chi^2=2.225$			$\chi^2=0.103$			$\chi^2=5.176$		$\chi^2=0.656$				
P	0.075		0.329			0.950			0.075		0.721				

HAMD总分-治疗后HAMD总分)/治疗前HAMD总分×100%。以HAMD评分减分率划分疗效等级^[4]。

当评分<8分,抑郁等级为无,且减分率≥70%,疗效等级为痊愈;评分8~20分,抑郁等级为可能,且减分率50%~<70%,疗效等级为显效;评分21~35分,抑郁等级为轻中度,且减分率25%~<50%,疗效等级为有效;评分>35分,抑郁等级为重度,且减分率<25%,疗效等级为无效。总有效=痊愈+显效+有效。

1.8 统计学方法 数据分析采用SPSS 25.0软件进行数据统计。计量资料符合正态分布以“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计量资料不符合正态分布以“中位数(四分位数)” $[M(P_{25},P_{75})]$ 表示,采用Wilcoxon检验;计数资料以例和率表示,采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 两组患者在性别、年龄、职业、文化程度、经济状况、社会交往、兴趣爱好、家庭关系、熬夜、锻炼频率、精神病家族史、病程等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者抗抑郁治疗效果比较 试验组患者总有效率为97.22%(35/36),高于对照组的77.78%(28/36),差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者抗抑郁治疗效果比较 [例(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	36	11(30.56)	17(47.22)	7(19.44)	1(2.78)	35(97.22)
对照组	36	3(8.33)	8(22.22)	17(47.22)	8(22.22)	28(77.78)
χ^2						6.222
<i>P</i>						0.013

2.3 两组患者HAMD评分比较 治疗前两组患者HAMD评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者治疗后不同时间点HAMD评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应;两组患者HAMD评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应,治疗后2周、4周、6周两组患者HAMD评分比较,试验组患者HAMD评分均低于对照组($P<0.05$);时间因素与分组因素存在交互效应,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗6周	<i>F</i>	<i>P</i>
试验组	36	25.80±3.76	19.97±3.88 ^a	14.33±3.69 ^a	10.30±3.65 ^a	118.234	0.000
对照组	36	25.22±3.99	21.24±2.78 ^a	16.81±3.64 ^a	14.40±4.36 ^a	64.165	0.000
<i>t</i>		0.638	-1.908	-3.174	-4.595		
<i>P</i>		0.564	0.050	0.006	0.000		

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

2.4 两组患者中医证候评分比较 治疗前两组患者中医证候评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者治疗后不同时间点中医证候评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应;两组患者中医证候评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应,治疗后2周、4周、6周两组患者中医证候评分比较,试验组患者中医证候

评分均低于对照组($P<0.05$);时间因素与分组因素存在交互效应,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 两组治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗6周	<i>F</i>	<i>P</i>
试验组	36	33.30±4.15	25.06±4.60 ^a	17.80±4.46 ^a	13.25±5.17 ^a	130.297	0.000
对照组	36	33.94±3.08	28.64±3.32 ^a	31.92±3.92 ^a	18.58±4.90 ^a	113.363	0.000
<i>t</i>		-0.780	-3.931	-4.817	-4.721		
<i>P</i>		0.115	0.001	0.000	0.000		

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

2.5 两组患者治疗前后HAMD分项评分比较 治疗前两组患者HAMD分项评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后6周两组患者HAMD分项评分比较,试验组患者郁情绪、入睡困难、躯体性焦虑、强迫症状、工作和兴趣均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);而能力减退、绝望感两组相比,改善不明显,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表5)

表5 两组患者治疗前与治疗6周后HAMD因子评分比较

$[M(P_{25},P_{75})]$

评分	组别	治疗前	治疗后6周	<i>Z</i>	<i>P</i>
抑郁情绪	试验组	3.00(2.00,4.00)	1.00(1.00,1.00)	48.252	0.000
	对照组	3.00(2.00,4.00)	1.00(1.00,2.00)	39.880	0.000
<i>Z</i>		-0.304	-2.063		
<i>P</i>		0.762	0.041		
入睡困难	试验组	2.00(1.00,2.00)	0.00(0.00,1.00)	16.491	0.000
	对照组	2.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,2.00)	4.382	0.006
<i>Z</i>		-0.419	-4.001		
<i>P</i>		0.675	0.000		
工作和兴趣	试验组	2.00(2.00,3.00)	1.00(1.00,1.00)	36.810	0.000
	对照组	3.00(2.00,3.00)	1.00(1.00,2.00)	29.766	0.000
<i>Z</i>		-0.560	0.000		
<i>P</i>		0.574	0.000		
躯体性焦虑	试验组	2.00(1.00,2.00)	1.00(0.00,1.00)	10.651	0.000
	对照组	2.00(1.00,2.00)	1.00(0.25,1.00)	11.718	0.000
<i>Z</i>		-0.312	-0.517		
<i>P</i>		0.732	0.033		
强迫症状	试验组	1.00(0.00,1.00)	0.00(0.00,1.00)	7.869	0.000
	对照组	1.00(0.00,1.00)	1.00(0.00,1.00)	4.655	0.006
<i>Z</i>		-0.433	-2.249		
<i>P</i>		0.642	0.013		
能力减退	试验组	2.00(1.00,2.00)	1.00(0.00,1.00)	4.751	0.003
	对照组	2.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,1.00)	6.072	0.001
<i>Z</i>		4.977	0.000		
<i>P</i>		0.700	0.700		
绝望感	试验组	1.00(0.00,2.00)	0.00(0.00,1.00)	12.327	0.000
	对照组	0.00(0.00,1.00)	0.00(0.00,1.00)	4.278	0.006
<i>Z</i>		1.651	-0.495		
<i>P</i>		0.089	0.646		

2.6 两组患者不良事件比较 两组患者治疗过程中均未出现严重并发症及不良反应,两组患者均未出现药物过敏,未出现自杀,自残等行为。试验组不良反应事件包括头晕5例,

自觉烦热2例,便秘1例;对照组不良反应事件包括头晕4例,便秘7例,咽干3例。对照组和试验组不良反应发生率分别为22.2%(8/36)和17.5%(14/36)。两组患者比较,差异无统计学意义($P<0.05$)。(见表6)

表6 两组患者不良事件比较

组别	n	头晕/例	烦热/例	便秘/例	咽干/例
试验组	36	5	2	1	0
对照组	36	8	0	3	3
χ^2				5.462	
P				0.071	

3 讨 论

抑郁症在中医学中属“郁病”范畴,在古籍中散见于“郁证”“百合病”“梅核气”“脏躁”等疾病描述中^[10]。思虑过重会使人体正常运行之气机产生郁结,从而导致郁病的产生。现代医家认为郁病多起于肝,多因情志不得畅达,肝气失其条达之性,疏泄功能失其常道,致使气机郁结。气有余则化火,肝火盛则易伤肝阴,又因肝肾同源,因此肝阴耗伤多易伤及肾阴,致使肾阴亏虚,日久则邪火盛而正火虚,肾阴不足亦不能收摄阳气,多易变为肾阴阳俱虚。抑郁症患者情绪抑郁乃肝气郁结的表现,易被激惹则因郁火较盛,加之阴不能敛阳,阳气一受到刺激则上升太过与邪火共同致病,导致患者情绪激动。整体呈现的低落、兴趣降低的状态,则是阳气受伤的表现;烦躁、失眠多由郁火上扰心神导致;思维迟钝、健忘则是由于肾亏不能上荣脑窍导致;疲乏无力、食欲下降则是由于肝气横逆犯脾,气血生化乏源所致。临床治疗上以疏肝补肾为基础,辅以温阳化气。本研究中,根据疏肝补肾法拟定的滋水清肝饮加味方联合西药氟西汀治疗抑郁症,试验组的痊愈率及显效率均高于对照组,因此联合用药相较于单用氟西汀更优。治疗起效时间上,两组患者在治疗4周、6周之后,HAMD评分与中医症候评分与治疗前明显降低($P<0.05$),差异有统计学意义。组间比较及均值比较发现,治疗4周、6周之后,中药联合西药治疗相较单纯西药治疗,患者的抑郁状况及肝郁肾虚症状改善更为明显。HAMD各项因子中抑郁情绪、入睡困难、躯体性焦虑、强迫症等指标的评分明显降低,而工作和兴趣、能力减退、绝望感则改善不明显。结果说明中药合并使用能改善躯体症状,但是对心理方面的改善效果一般,这也说明对于抑郁症患者来说,单纯服药并不是最佳的治疗手段^[11],最理想的情况是心理治疗与药物治疗双管齐下,方可更好地解决抑郁症问题。裴清华教授经过多年临床实践总结,以抑郁症肝肾功能失调的病机,基于疏肝补肾法拟滋水清肝饮加味方。方中柴胡助肝胆之气升发;熟地黄养血益阴;山萸肉味酸微温,能补肝养血;当归辛甘微温,补血活血,使熟地黄、山萸肉补而不滞。三药合用,能柔肝养血以顾护肝体。太子参易山药,因山药易壅,而太子参能缓补肺脾之气;茯苓健脾祛湿,助脾胃之气运化;泽泻利水,使水湿有出路。三者相配使脾胃复健,取“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之意。白芍味酸,微寒,有柔肝养血,缓急止痛之功效;牡丹皮味苦性寒,凉血散瘀,善清肝胆血分之热。白芍、牡丹皮一泻一补,一血一气,调畅肝经气血,疏解肝郁。栀子味辛苦性寒凉,能解肝郁所化之

热,除烦安神。酸枣仁养肝阴安神,与合欢皮、五味子能补心气、安心神;郁金味辛开解肝气之郁,使肝气得升。刺五加味辛苦性温,补肾通络,祛风除湿;淫羊藿辛甘微温,少用生发肾中阳气。两者合用温肾助阳,在本方中取张景岳阳中求阴之意。相较滋水清肝饮原方,本方因所治之病为郁病,故而去山药之壅滞,易为太子参,加郁金解郁。因本病情志症状较重,故加合欢皮、五味子敛气安神。因久病伤及肾阳,故以淫羊藿生发阳气,刺五加助阳。全方共奏疏肝补肾、温阳化气之功。有研究表明,抑郁障碍的发生与中医所说“魂魄”有关^[12]。肝藏魂,肺藏魄,因此调整肝肺的状态,使其恢复正常的生理功能,也是治疗抑郁症的重要手段之一。

抑郁症的发生可追溯至大脑海马区域的变化。柴胡总皂苷主要通过上调BDNF/TrkB通路达到抗抑郁作用。柴胡总皂苷可通过调节神经递质释放,缓解抑郁样行为,恢复学习记忆障碍能力^[13]。栀子中的二萜类化合物西红花苷^[14]等是其主要的抗抑郁成分,另一种主要成分羟异栀子苷能通过调节HPA轴发挥抗抑郁作用^[15]。酸枣仁主要成分之一为酸枣仁黄酮,主要通过调节GABAA受体与5-HT1A受体参与抗抑郁调节^[16]。白芍可能与调节海马中谷氨酸及促进受体表达的抗抑郁作用有关^[17]。刺五加能够通过调节神经递质起到恢复脑内神经肽功能,以达到抗抑郁作用^[18]。五味子提取物能通过增加体内5-羟色胺和多巴胺的含量来改善抑郁^[19]。周火荣等^[20]使用以熟地黄为君药的养血醒脑解郁方在治疗抑郁症上也取得了较好的疗效。最新研究表明,淫羊藿中的主要成分淫羊藿苷通过抑制小胶质细胞M1型极化、促进M2型极化,减轻抑郁小鼠海马区炎症反应,促进单胺类神经递质的产生来改善抑郁症^[21]。淫羊藿次苷可通过调节GABA、Glu平衡,增加GABA的合成、转运、释放及调节相关受体的表达进而改善GABA能神经系统功能来改善抑郁症^[22]。郁金作为解郁常用药,调节DVL1的表达可能是其改善抑郁症的机制之一^[23]。郁金具有调节神经递质、抑制神经炎症、保护神经元、调节神经内分泌、抗血栓等作用,可参与调节PSD发病机制中的多个分子靶点,如炎症细胞因子、神经递质、神经凋亡、血小板活化等,从而起到防治卒中后抑郁功效^[24]。合欢皮则与传统的抗抑郁药物不同,可通过结合诱导SERT关闭膜外底物渗透通道来改善相关症状^[25]。山萸肉可通过减少 β -淀粉样蛋白沉积、抗细胞凋亡、保护神经元、抗氧化应激、抗炎症反应、抗细胞自噬等方式改善症状^[26]。

本研究表明,滋水清肝饮加味方联合氟西汀能够明显提高肝郁肾虚型轻中度抑郁症的痊愈率,明显改善抑郁情绪、入睡困难、躯体性焦虑、强迫症状,且安全性好,值得临床推广运用。

参考文献

- [1] 张道龙,刘春宇,童慧琦,等译.精神障碍诊断与统计手册(美国精神医学学会编著)[M].5版.北京:北京大学医学出版社,2016:181-225.
- [2] 徐莲莲,孔令明,牛威,等.精神疾病预测量表在抑郁症临床诊断的应用价值[J].东南国防医药,2019,21(4):356-

- 359.
- [3] 尹一淑,刘军莲,王佳平,等.抑郁症相关发病机制研究进展[J].医学综述,2022,28(12):2368-2372.
- [4] 杨增光.帕罗西汀短程治疗抑郁症的药物不良反应监测[J].北方药学,2017,14(12):134.
- [5] 韩艳平.滋水清肝饮对围绝经期抑郁症患者的临床疗效及对血清孤啡肽和5-羟色胺的影响[J].中医临床研究,2020,12(12):35-36.
- [6] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. Washington DC: American Psychiatric Publishing,2013:469-471.
- [7] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008,144-147.
- [8] 唐启盛.抑郁症中医证候诊断标准及治疗方案[J].北京中医药大学学报,2011,34(12):810-811.
- [9] 张明圆.精神评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998,121-126,201.
- [10] 黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [11] 叶天士.临证指南医案[M].苏礼,焦振廉,张琳叶,等,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [12] 王国才,潘立民,杨海波.基于中医魂魄理论探讨抑郁障碍的发病机制[J].中医杂志,2018,59(1):85-87.
- [13] 曹珊珊,石勇,张瑞华,等.抗抑郁柴胡方剂及柴胡皂苷类研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(9):197-202.
- [14] 张慧慧,童应鹏,江瑜,等.栀子抗抑郁作用实验研究进展[J].浙江中西医结合杂志,2019,29(6):522-525.
- [15] 雷秀雯,李艳红,黄松翠,等.羟异栀子苷对抑郁大鼠HPA轴的影响及机制研究[J].浙江中医药大学学报,2021,45(9):977-984.
- [16] LIU J, ZHAI W M, YANG Y X, et al. GABA and 5-HT systems are implicated in the anxiolytic-like effect of spinosin in mice[J]. Pharmacol Biochem Behav, 2015, 128:41-49.
- [17] 陈琪,何祥玉,周曼佳,等.白芍的化学成分、药理作用和临床应用研究进展[J].临床医学研究与实践,2021,6(11):187-189.
- [18] 严妍,李杏花,王旭,等.刺五加注射液UPLC-MS成分分析及其抗抑郁作用研究[J].药物评价研究,2022,45(7):1332-1342.
- [19] 邢楠楠,屈怀东,任伟超,等.五味子主要化学成分及现代药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(15):210-218.
- [20] 周火荣,陈伟民,曹树琦,等.养血醒脑解郁方联合黛力新治疗脑卒中后抑郁的临床效果分析[J].中国中医药科技,2022,29(2):276-277.
- [21] 曹利华,高松,王笑雨,等.淫羊藿苷对抑郁症模型小胶质细胞表型转化的调控作用[J].天然产物研究与开发,2004,36(2):187-195.
- [22] 熊庭旺,张珏,孙成新,等.基于GABA能神经系统探究淫羊藿次苷 II 的抗抑郁作用及机制[J].中国药房,2024,35(2):145-149.
- [23] 刘宏,赵莉,张雨薇,等.金郁欢汤剂灌胃对抑郁症小鼠抑郁样行为的改善作用及其机制[J].山东医药,2022,62(9):1-5.
- [24] 马建福,王豆,李涛,等.郁金治疗卒中后抑郁的药理机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(7):276-282.
- [25] 黄碧珊.合欢抗抑郁的分子基础以及作用机理的研究[D].广州:广州大学,2022.
- [26] 邹明月,王琪,周晓洁,等.山茱萸对神经、精神疾病作用及机制研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(16):88-92.

(收稿日期:2023-12-22 编辑:时格格)

(上接第86页)出版社,1958.

- [19] 诸病源候论校释:下册[M].2版.南京中医学院,校释.北京:人民卫生出版社,2009.
- [20] 冯年春,章莹.红外成像与经络理论的研究进展[J].中医临床研究,2019,11(20):146-148.
- [21] 熊坚,林国栋,蒋晶,等.红外技术在针灸领域应用现状和热点可视化分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2023,25(7):2479-2492.
- [22] 李竹青,孟月,赵晓山,等.红外热成像检测在中医体质辨识中的优势及方法[J].中华中医药杂志,2023,38(8):3529-3532.
- [23] 魏鹏绪,辛随成.经络和穴位的皮肤温度测量[J].针灸临床杂志,2005,21(7):61-63.
- [24] 杨紫艺,周梦媛,汪杏,等.穴位皮肤温度研究之述评[J].中国针灸,2017,37(1):109-114.
- [25] 崔秀琼.痛经的古今针灸处方用穴研究[D].北京:中国中医科学院,2007.
- [26] 赵莉,李沛,林莺,等.艾灸关元治疗原发性痛经30例[J].福建中医药大学学报,2012,22(1):63-64.
- [27] 周金山,晋志高,陶之理.关元一级感觉神经元在脊神经节的节段分布[J].上海针灸杂志,2001,20(3):40-41.
- [28] HOUDEAU E, ROUSSEAU A, MEUSNIER C, et al. Sympathetic innervation of the upper and lower regions of the uterus and cervix in the rat have different origins and routes[J]. J Comp Neurol, 1998, 399(3):403-412.
- [29] 童晨光,衣华强,谷世喆,等.小肠俞募穴与小肠特异性联系通路的荧光双标法研究[J].南京中医药大学学报,2003,19(1):41-43.
- [30] 童晨光,衣华强,谷世喆,等.小肠俞募穴与小肠特异性联系通路的荧光双标法研究[J].南京中医药大学学报,2003,19(1):41-43.

(收稿日期:2023-12-04 编辑:罗英姣)