DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.06.043

疏肝化瘀解郁汤结合针刺治疗卒中后抑郁效果及对患者身心健康影响

刘晶晶,周媛,张小健,郝春波,吕玲,周艳朋,王迎昌,穆怀斌,焦雪蕾
(北京中医医院顺义医院,北京 101300)

摘要:目的 探讨疏肝化瘀解郁汤结合针刺治疗卒中后抑郁效果及对患者身心健康影响。方法 纳入医院2020年12月—2023年11月收治的119例卒中后抑郁患者以随机数字表法进行分组,将患者分为西药组(59例)、中医组(60例),给予西药组患者盐酸氟西汀药物治疗,给予中医组患者疏肝化瘀解郁汤与针刺疗法结合治疗。数据比较:临床疗效及不良反应、治疗前后中医症候积分(神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等)变化及汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale,HAMD)与美国国立卫生院卒中量表(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)评分变化、去甲肾上腺素(Norepinephrine,NE)与5-羟色胺(5-hydroxytryptophan,5-HT)水平变化、匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index,PSQI)与日常生活活动能力量表(Activities of Daily Living,ADL)分值变化。结果 中医组的总有效率为96.67%(51/59),比西药组患者总有效率(86.44%)更高,$P<0.05$;中医组患者与西药组不良反应率分别为3.33%、3.39%,均较多,患者可耐受,$P>0.05$;各组患者治疗前中医症候积分(神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等)、HAMD评分、NIHSS评分、NE及5-HT水平、PSQI与ADL评分相比,$P>0.05$;各组患者治疗后的中医症候积分(神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等)、HAMD评分、NIHSS评分、NE及5-HT水平、PSQI评分及ADL评分等指标均改善,中医组患者治疗后中医症候积分(神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等)、HAMD评分、NIHSS评分、NE及5-HT水平、PSQI评分及ADL评分等指标均优于西药组,$P<0.05$。结论 疏肝化瘀解郁汤与针刺结合治疗卒中后抑郁效果显著,安全可靠。

关键词:卒中后抑郁;疏肝化瘀解郁汤;针刺;临床疗效;中医症候积分;睡眠质量
中图分类号:R277.74;R246.6 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)06-0227-04

Effect of Shugan Huayu Jieyu Decoction(疏肝化瘀解郁汤) Combined with Acupuncture on Post-Stroke Depression and Its Influence on Patients´Physical and Mental Health

LIU Jingjing,ZHOU Yuan,ZHANG Xiaojian,HAO Chunbo,LYU Ling,ZHOU Yanpeng,WANG Yingchang,MU Huaibin,JIAO Xuelei
(Shunyi Hospital,Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital,Beijing 101300,China)

Abstract:*Objective* To explore the effect of Shugan Huayu Jieyu Decoction(疏肝化瘀解郁汤) combined with acupuncture on post-stroke depression and its influence on patients´physical and mental health. *Methods* A total of 119 patients with post-stroke depression admitted to the hospital from December 2020 to November 2023 were divided into groups by random number table method,and the patients were divided into western medicine group(59 cases) and traditional Chinese medicine group(60 cases). The patients in the western medicine group were treated with fluoxetine hydrochloride,and those in the traditional Chinese medicine group were treated with Shugan Huayu Jieyu Decoction combined with acupuncture therapy. The clinical efficacy and adverse reactions,traditional Chinese medicine symptom scores(depression,loss of interest,irritability,slow thinking,insomnia,fatigue,etc.) before and after treatment,Hamilton depression scale(HAMD) score and National Institute of Health stroke scale(NIHSS) score,the levels of norepinephrine(NE) and 5-hydroxytryptophan(5-HT),Pittsburgh sleep quality index(PSQI) and activities of daily living(ADL) scores of two groups were compared. *Results* The total effective rate of traditional Chinese medicine group was 96.67%,which was higher than that of western medicine group(86.44%)($P<0.05$). The adverse reaction rates of traditional Chinese medicine group and western medicine group were 3.33% and 3.39%,respectively,which were more tolerable by patients($P>0.05$). Before treatment,traditional Chinese medicine syndrome scores(depression,loss of interest,irritability,slow thinking,insomnia,fatigue,etc.),HAMD score,NIHSS score,the levels of NE and 5-HT,PSQI score and ADL

基金项目:北京市科技计划项目(Z181100001718050);北京市属医院科研培育计划项目(PZ2022015)
作者简介:刘晶晶(1980-),女,北京顺义人,副主任医师,硕士,研究方向:中医脑病。
通讯作者:焦雪蕾(1984-),女,北京顺义人,副主任医师,硕士,研究方向:中医脑病。E-mail:jxljxl1107@126.com。

score were not significant in two groups($P>0.05$). After treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores (depression, loss of interest, irritability, slow thinking, insomnia, fatigue, etc.), HAMD scores, NIHSS scores, the levels of NE and 5-HT, PSQI scores and ADL scores were improved in two groups. After treatment, these indexes in traditional Chinese medicine group were all better than those in western medicine group($P<0.05$). *Conclusion* The combination of Shugan Huayu Jieyu Decoction and acupuncture in the treatment of post-stroke depression is significant, safe and reliable.

Keywords: post-stroke depression; Shugan Huayu Jieyu Decoction (疏肝化瘀解郁汤); acupuncture; clinical effect; traditional Chinese medicine syndrome score; sleep quality

卒中后抑郁是卒中较为常见并发症，患者心境抑郁，病程较长，长期抑郁心理影响患者身心健康，不利于卒中康复，延长患者机体恢复时间，造成较大负面影响，故而需积极进行治疗[1-3]。卒中后抑郁发病率较高，对患者及其家属造成负面影响[4-6]。药物治疗卒中后抑郁效果良好，盐酸氟西汀为常用西药，可较好改善患者抑郁症状，但长期服用容易导致药物副反应，对患者健康造成影响，故而需注意用药的时间[7-8]。为了进一步提升卒中后抑郁患者临床效果，在给予患者盐酸氟西汀治疗同时，结合中医方案治疗[9-10]。疏肝化瘀解郁汤具有较好活血化瘀、疏肝解郁之功效，结合针刺百会穴及印堂穴，共达醒脑开窍、养血益气、安神定志等功效，可较好促进卒中后抑郁患者病情康复，值得研究[11-12]。故而本次纳入119例卒中后抑郁患者分组探讨患者应用疏肝化瘀解郁汤与针刺结合治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入医院2020年12月—2023年11月收治的119例卒中后抑郁患者以随机数字表法进行分组，将患者分为西药组(59例)、中医组(60例)。西药组：59例，女20例，男39例；年龄为49～78岁，平均(60.22±6.15)岁；卒中类型：脑出血29例，脑梗死30例；抑郁病程1～8个月，平均(4.22±1.85)个月。中医组：60例，女22例，男38例；年龄为48～79岁，平均(60.18±7.21)岁；卒中类型：脑出血29例，脑梗死31例；抑郁病程1～9个月，平均(4.30±1.89)个月。比较中医组与西药组患者卒中类型、年龄及性别、抑郁病程等资料差异无统计学意义，$P>0.05$具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参考《中国精神疾病分类方案与诊断标准》中卒中后抑郁[13]：卒中疾病病史，患者情绪抑郁、睡眠障碍、躯体不适等。卒中后抑郁(肝郁血瘀型)中医诊断以《中医病证诊断疗效标准》为准[14]：主症：神情抑郁、兴趣索然及思维迟缓；次症：神疲乏力、心情烦躁、失眠及健忘、头痛及面色晦暗；舌脉-舌暗紫与脉涩等。

1.3 纳入排除标准 纳入标准：患者符合卒中后抑郁诊断，中医辨证为肝郁血瘀型；患者自愿接受本次研究；患者可接受疏肝化瘀解郁汤、针刺治疗；伦理批准研究进行。排除标准：合并肿瘤患者；拒绝本次治疗方案，妊娠及哺乳期患者；无法配合治疗患者；合并认知功能障碍患者等。

1.4 治疗方法 西药组：给予患者口服盐酸氟西汀(厂家为山西仟源医药集团股份有限公司；国药准字H20046487)治疗，20 mg/次，1次/d，用药1个月。中医组：在西药组用药基础上联合疏肝化瘀解郁汤及针刺治疗。疏肝化瘀解郁汤：酸枣仁30 g，丹参15 g，桃仁10 g，合欢花20 g，柴胡20 g，茯神20 g，赤芍15 g，香附15 g，胆南星10 g，石菖蒲10 g，郁金15 g，远志15 g，地龙6 g。失眠患者加夜交藤15 g，栀子9 g，丹皮9 g；悲伤严重加大枣10 g，浮小麦30 g。水煎煮，1剂/d，早晚各服药液200 mL，治疗1个月。针刺疗法：取患者百会穴及印堂穴进行针刺，消毒穴位，采取一次性无菌针(0.3 mm×40 mm)进行捻转针刺，进针深度为13 mm，留针30 min，隔日针刺1次，治疗1个月时间。

1.5 观察指标 ①对比中医组以及西药组患者疗效[15]。汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale，HAMD)减分率范围为75%～100%为痊愈；HAMD减分率在75%内，50%及以上为显效；HAMD减分率在50%内，25%及以上为有效；HAMD减分率不足25%为无效。总有效率为痊愈率及显效率、有效率之和。②记录并比较中医组以及西药组患者不良反应，胃肠道反应、口干、晕针等。③对比中医组以及西药组患者治疗前后神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等症候积分变化，各项积分0～3分，分值越高表示症候越严重[16]。④对比中医组以及西药组患者治疗前后HAMD评分、美国国立卫生院卒中量表(National Institute of Health stroke scale，NIHSS)评分变化。HAMD评分标准[17]：含24个项目，采取5级评分法(0～4分)进行评估，8分表示正常，8～20分轻度抑郁，21～35分中度抑郁，35分以上重度抑郁，越高表明抑郁情况越严重。NIHSS评分[18]：分值范围0～42分，对患者意识、运动、语言、眼球运动、共济运动、感觉视野等内容进行评估，分值越高表示患者的神经功能恢复越差。⑤对比中医组以及西药组患者治疗前后去甲肾上腺素(Norepinephrine，NE)及5-羟色胺(5-hydroxytryptophan，5-HT)水平，采取酶联免疫吸附法进行指标测定。⑥对比中医组以及西药组患者治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index，PSQI)评分及日常生活活动能力量表(Activities of Daily Living，ADL)评分变化。PSQI评分[20]：0～21分，分值越高表示患者的睡眠质量越差。ADL评分[21]：分值0～100分，分值越高表示患者日常生活能力越强。

1.6 统计学方法 中医组及西药组患者的数据录入SPSS 28.0软件处理，计量指标(中医症候积分、HAMD评分、NIHSS评分、NE及5-HT水平、PSQI评分及ADL评分等)实施t检验，计数指标(临床疗效及不良反应等)实施χ^2检验，当$P<a$($\alpha=0.05$)时，说明数据比较差异显著统计学意义。

2 结果

2.1 中医组及西药组患者临床疗效比较 中医组患者治疗总有效率为96.67%，比西药组患者总有效率(86.44%)高，$P<0.05$。见表1。

2.2 中医组及西药组患者治疗不良反应率比较 中医组患者与西药组不良反应率分别为3.33%、3.39%，均较多，患者可耐受，$P>0.05$。见表2。

2.3 中医组及西药组中医症候积分比较 治疗前，各组患者

神情抑郁、心情烦躁、兴趣索然以及思维迟缓、神疲乏力以及失眠等中医症候积分相比，$P>0.05$，各组患者治疗后各项分值均下降，中医组治疗后的各项分值比西药组患者分值更低，$P<0.05$。见表 3。

表 1 两组卒中后抑郁患者疗效比较

组别	例数	痊愈/（例）	显效/（例）	有效/（例）	无效/（例）	总有效/［例(%)］
西药组	59	13	30	8	8	51(86.44)
中医组	60	24	28	6	2	58(96.67)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.041 4
P 值	-	-	-	-	-	0.044 4

表 2 两组卒中后抑郁患者治疗不良反应率比较

组别	例数	胃肠道反应/例	口干/例	晕针/例	总不良反应/［例(%)］
西药组	59	1	1	0	2(3.39)
中医组	60	1	0	1	2(3.33)
χ^2 值	-	-	-	-	0.000 3
P 值	-	-	-	-	0.986 4

2.4 中医组及西药组患者 HAMD 与 NIHSS 评分比较 治疗前，各组患者 HAMD 与 NIHSS 评分相比，$P>0.05$，各组患者治疗后的各项指标分值均明显降低，中医组患者治疗后的各项指标分值均比西药组患者分值更低，$P<0.05$。见表 4。

表 3 两组卒中后抑郁患者各项中医症候积分比较（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	治疗时间	神情抑郁	兴趣索然	心情烦躁	思维迟缓	失眠	神疲乏力
西药组	59	治疗前	2.44±0.50	2.22±0.42	2.05±0.22	2.00±0.19	1.78±0.42	1.88±0.33
		治疗后	0.68±0.47*	0.61±0.49*	0.59±0.50*	0.54±0.50*	0.51±0.50*	0.49±0.04*
中医组	60	治疗前	2.50±0.50	2.38±0.49	2.03±0.18	1.98±0.13	1.83±0.38	1.90±0.30
		治疗后	0.18±0.39*#	0.17±0.38*#	0.15±0.36*#	0.12±0.32*#	0.13±0.34*#	0.10±0.30*#

注：* 较每组患者治疗前指标，$P<0.05$；#较西药组治疗后指标，$P<0.05$。

表 4 两组卒中后抑郁患者 HAMD 评分、NIHSS 评分情况（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	治疗时间	HAMD 评分	NIHSS 评分
西药组	59	治疗前	18.95±3.00	14.85±3.15
		治疗后	13.14±1.15*	10.78±2.85*
中医组	60	治疗前	18.88±2.83	14.90±3.20
		治疗后	10.55±2.60*#	9.10±2.01*#

注：* 较每组患者治疗前指标，$P<0.05$；#较西药组治疗后指标，$P<0.05$。

2.5 中医组及西药组患者 NE 与 5-HT 水平比较 治疗前，各组患者 NE 以及 5-HT 水平相比，$P>0.05$，治疗后各组患者指标提升，中医组指标提升更高，$P<0.05$。见表 5。

表 5 两组卒中后抑郁患者 NE、5-HT 水平情况（$\bar{x}\pm s$） 单位：μg/L

组别	例数	治疗时间	NE 水平	5-HT 水平
西药组	59	治疗前	5.18±0.95	30.68±4.42
		治疗后	9.64±0.67*	59.72±6.62*
中医组	60	治疗前	5.20±0.99	30.59±4.50
		治疗后	13.20±0.83*#	70.23±5.24*#

注：* 较每组患者治疗前指标，$P<0.05$；#较西药组治疗后指标，$P<0.05$。

2.6 中医组及西药组患者 PSQI 与 ADL 评分比较 比较治疗前各组患者的 PSQI、ADL 评分，$P>0.05$，各组患者治疗后各项分值均改善，治疗后，中医组患者各项指标均优于西药组患者，$P<0.05$。见表 6。

表 6 两组卒中后抑郁患者 PSQI 与 ADL 评分（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	治疗时间	PSQI 评分	ADL 评分
西药组	59	治疗前	14.51±2.52	53.24±5.23
		治疗后	6.22±1.00*	69.73±4.82*
中医组	60	治疗前	14.48±2.60	52.98±5.19
		治疗后	3.65±0.63*#	75.23±3.83*#

注：* 较每组患者治疗前指标，$P<0.05$；#较西药组治疗后指标，$P<0.05$。

3 讨论

脑卒中属于中医中“中风”范畴，抑郁属于中医中“郁证”范畴[22-24]。脑卒中发病急骤，病情严重，患者容易产生思虑过重、忧愁、抑郁、恼怒、焦虑等不良情绪，影响肝之疏泄，加之中风者风火痰瘀交结，气血瘀滞，肝郁气滞，神明失清，心神不安、情绪低糜，失眠易惊，食欲不振[25-27]。中医认为，血瘀气滞、肝郁为该病组中后抑郁主要病机，故而治疗该病当以活血化瘀、疏肝解郁、祛痰镇静、助眠等方法[28-29]。疏肝化瘀解郁汤是由酸枣仁、丹参、桃仁、合欢花、柴胡、茯神、赤芍、胆南星、石菖蒲、郁金、远志、地龙等中药组成，方中酸枣仁具有养心补肝、宁心安神等功效；丹参具有活血祛瘀、清心除烦等功效；桃仁可活血化瘀；合欢花可解郁安神、助眠、镇静；柴胡具有疏肝解郁等功效；茯神可宁心、安神；赤芍可清热凉血、散瘀止痛；香附可疏肝解郁；胆南星可定惊；石菖蒲可开窍、醒神益智；郁金可活血止痛、行气解郁、清心；远志可安神益智；地龙可通经活络。失眠烦躁患者加夜交藤、栀子、丹皮，夜交藤可养心安神、祛风通络；栀子可泻火除烦；丹皮可清热凉血、活血化瘀。悲伤严重患者加大枣可补益脾胃、益气生津；浮小麦可益气。诸药配伍共行活血化瘀、疏肝解郁、安神定智、行气祛痰、醒脑等功效，可帮助卒中后抑郁患者病情好转。现代药理指出，酸枣仁具有镇静、催眠、镇痛作用；茯神可补虚劳、镇静安神、帮助改善睡眠；胆南星可调节免疫；远志可镇静；地龙可镇静、增强免疫[30-31]。

针刺是传统中医外治疗法，属于重要的中医治疗技术，本次取患者百会穴及印堂穴进行针刺，具有较好平肝熄风、开窍醒脑、平衡阴阳、调节元神、调节精神、通督醒神、养血益气、安神定志之功效，与疏肝化瘀解郁汤结合可较好改善卒中后抑郁患者临床症状，从而缓解抑郁症状，改善患者病情[32-34]。针刺疗法与中药疏肝化瘀解郁汤结合治疗可显著提升卒中后抑郁患者临床疗效，取得较好治疗效果。本次数据显示，中医组患者治疗总有效率为 96.67%，比西药组患者总有效率（86.44%）高，神情抑郁、兴趣索然、心情烦躁、思维迟缓、失眠、神疲乏力等症候评分低于西药组，$P<0.05$，提示卒中后抑郁患者应用疏肝化瘀解郁汤及针刺结合取得较好临床疗效，患

者治疗后临床症状显著改善。中医组患者与西药组不良反应率分别为 3.33%、3.39%，均较多，患者可耐受，$P>0.05$，提示疏肝化瘀解郁汤结合针刺治疗卒中后抑郁不良反应较少，安全性较高。中医组患者治疗后的 HAMD 评分、NIHSS 评分、PSQI 评分及 ADL 评分均优于西药组患者，$P<0.05$，提示卒中后抑郁患者应用疏肝化瘀解郁汤与针刺结合治疗取得较好结果，患者神经功能恢复良好，心理状态良好，睡眠质量改善，日常生活能力显著提升。NE 及 5－HT 为单胺类神经递质，而抑郁症的发生及发展、预后和血清 NE 及 5－HT 水平具有密切关系[35]，有研究认为，NE 及 5－HT 水平表达失衡是导致抑郁症发生的主要原因。抑郁症发生后，患者 NE 及 5－HT 水平显著下降，观察其指标变化，可了解患者病情变化。疏肝化瘀解郁汤结合针刺可调节这些指标水平，从而改善患者病情，故而中医组治疗后的 NE 及 5－HT 水平显著上升。

综上所述，卒中后抑郁患者采取疏肝化瘀解郁汤及针刺结合治疗取得显著效果，治疗安全可靠，值得进行应用。本次研究取得比较好的结果，证实疏肝化瘀解郁汤及针刺结合方案有利于卒中后抑郁患者病情好转，但研究也存在不足，纳入病例有限，且未进行较长时间随访，无法了解疏肝化瘀解郁汤及针刺结合方案的远期疗效，故而需进一步研究。

参考文献

[1] 钟霞，滕晶，康晨，等. 基于中医五神理论构建“魂魄”要素下卒中后抑郁辨治体系[J]. 中华中医药杂志，2023，38(10)：4653－4656.
[2] 刘元月，胡丹，丁彩霞，等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对卒中后抑郁大鼠小胶质细胞极化及突触可塑性的影响[J]. 南京中医药大学学报，2023，39(8)：746－752.
[3] 谭艳，曹洋，罗敏辉，等. 从因瘀致郁论治卒中后抑郁[J]. 南京中医药大学学报，2023，39(6)：507－512.
[4] 魏溪芳，张静若，胡陈，等. 调神疏肝针法治疗卒中后抑郁临床研究[J]. 中国中医药信息杂志，2023，30(7)：145－150.
[5] 陈蔚，赵子珺，陈云梦，等. 补肾疏肝法治疗卒中后抑郁研究进展[J]. 国际中医中药杂志，2023，45(4)：517－521.
[6] 胡伟，孙培养. 张道宗“通督调神”针法治疗卒中后抑郁经验[J]. 中医药临床杂志，2023，35(5)：878－881.
[7] 吕以静，李宁. 醒神解郁汤联合针刺对老年卒中后抑郁患者的疗效及对血清 5－HT、NE 的影响[J]. 长春中医药大学学报，2024，40(3)：291－295.
[8] 秦彦强，董浩，孙迎春，等. 不同针刺方案对卒中后抑郁大鼠神经递质及相关炎性因子的影响[J]. 中国康复理论与实践，2023，29(1)：30－37.
[9] 孙玉莹，周霞，杨建国，等. 基于调神思想探析五音具象催眠技术治疗卒中后抑郁[J]. 浙江中医药大学学报，2024，48(1)：103－107.
[10] 王戈，张澜，唐启盛. 益肾调气法联合重复经颅磁刺激治疗对血瘀型卒中后抑郁患者神经递质及神经细胞因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(9)：1248－1251.
[11] 李玮，张慧和，朱政羽，等. 颐脑解郁方联合五行音乐对轻中度卒中后抑郁患者血清 5－HT、NE 的影响研究[J]. 广州中医药大学学报，2023，40(4)：826－832.
[12] 孟凡萍，陆静珏，周一心，等. 电针联合重复经颅磁刺激治疗老年中重度卒中后抑郁的临床随机对照试验研究[J]. 老年医学与保健，2023，29(4)：696－699，715.
[13] 张君如，商庆新. 基于行气活血法用中药调控 BDNF 及 BDNF－TrkB 信号通路治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. 西部中医药，2023，36(8)：145－148.
[14] 张君如，商庆新. 中药调控单胺类神经递质治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. 西部中医药，2023，36(4)：154－157.
[15] 韩文婷，王丽芬，何凯峰，等. 针刺治疗卒中后抑郁研究进展[J]. 国际中医中药杂志，2024，46(2)：270－272，F4.
[16] 王欣彤，厉励，王永生，等. 符为民教授基于“六腑以通为用”与脑－肠轴理论治疗卒中后抑郁经验[J]. 中国医药导报，2023，20(1)：137－140.
[17] 徐春悦，冀旭艳，卫治，等. 基于网络药理学和实验探讨半夏－陈皮药对治疗卒中后抑郁的作用机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2023，21(8)：1402－1408.
[18] 何佳，王勇军，曹辰虹，等. 经皮穴位电刺激对卒中后抑郁大鼠行为学及前额叶皮质 BDNF、CREB 表达的影响[J]. 上海针灸杂志，2023，42(1)：72－80.
[19] 祁丽丽，侯臻臻，童碧薇，等. 醒神解郁汤对卒中后抑郁模型大鼠 proBDNF/mBDNF 平衡及海马神经损伤的影响[J]. 老年医学与保健，2023，29(1)：132－138.
[20] 彭涛，杨一帆，王海霞，等. 醒脑解郁方灌胃对大鼠卒中后抑郁的治疗作用及机制[J]. 山东医药，2024，64(2)：6－12.
[21] 王华，袁霞红，刘羽，等. 百事乐加味方对卒中后抑郁大鼠小胶质细胞焦亡的影响[J]. 中国临床药理学杂志，2023，39(13)：1933－1937.
[22] 戴泽旭，何凯峰，黄杰杰，等. 针刺调控卒中后抑郁相关信号通路研究进展[J]. 国际中医中药杂志，2024，46(1)：129－133.
[23] 钟霞，康晨，滕晶，等. 从“玄府郁闭”探讨卒中后抑郁防治[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(3)：205－208.
[24] 杨晶晶，惠建荣. 四关穴治疗卒中后抑郁研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(8)：112－115.
[25] 孙明亮，刘瑾，刘汕，等. 养心健脾汤联合醒脑调神法针刺治疗卒中后中重度抑郁的临床研究[J]. 环球中医药，2023，16(1)：164－167.
[26] 黄思行，吴书祎，张平，等. 百合地黄汤加味用于卒中后抑郁症的潜在作用靶点及机制[J]. 中国药房，2023，34(20)：2483－2489.
[27] 王科园，惠建荣，谷平伟，等. 基于“脑肠轴”探讨针刺治疗卒中后抑郁的作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(5)：136－140.
[28] 倪思铭，蒋星卓，彭拥军. 调神解郁法针刺联合盐酸舍曲林片治疗卒中后抑郁：随机对照试验[J]. 中国针灸，2023，43(1)：19－22，66.
[29] 张静莎，李风霞，耿连岐，等. 针刺治疗卒中后抑郁的腧穴配伍规律文献研究[J]. 世界中医药，2023，18(23)：3353－3358.
[30] 段红莉，佟茜，王雅娟，等. 培元涤痰开郁方联合调督通脑针刺对痰瘀证缺血性卒中后抑郁的临床效果分析[J]. 中华中医药学刊，2023，41(6)：221－224.
[31] 王岱，何曼曼，李智申，等. 基于脑肠轴理论探讨健脾化痰方联合针刺对卒中后抑郁患者血清 SP、NPY 和炎症介质的影响[J]. 现代生物医学进展，2023，23(21)：4182－4186.
[32] 李晓陵，杨旭，曹丹娜，等. 针刺太冲穴治疗脑卒中后抑郁的静息态 fMRI 研究进展[J]. 中国中西医结合影像学杂志，2023，21(2)：210－213.
[33] 张传文，闵希瑞. 醒脑开窍针法联合乌灵胶囊治疗卒中后抑郁对自噬相关蛋白水平的影响[J]. 上海针灸杂志，2023，42(2)：121－126.
[34] 许慧，李恋秋，康贞，等. 电针“四关”穴对卒中后抑郁大鼠结肠 5－羟色胺、粪便短链脂肪酸的影响[J]. 中国针灸，2023，43(5)：545－551.
[35] 左耀辰，娄必丹，刘孔，等. 电针心包经穴治疗卒中后抑郁疗效及对患者血清 ACTH、Cort 的影响[J]. 针灸临床杂志，2023，39(4)：53－57.