

补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症临床观察

何鲜艳, 高晓峰, 金旭, 杨润成, 祝云龙

衢州市第三医院老年精神科, 浙江 衢州 324003

[摘要] 目的: 观察补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症患者的临床疗效及其安全性。方法: 选取老年期抑郁症患者138例, 随机分为A组、B组、C组3组各46例。A组(西药组)在认知治疗和行为放松疗法的基础上, 予以抗抑郁药治疗; B组(西药+汤药组)在A组治疗方案的基础上予以补肾调肝汤治疗; C组(西药+汤药+针刺组)在B组治疗方案的基础上, 予以补母泻子法针刺五输穴治疗, 3组均治疗8周评价疗效。评价指标包括汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)及健康状况调查问卷(SF-36)评分, 根据HAMD减分率进行临床疗效评价, 比较不良反应发生率。结果: 治疗8周后, A组、B组、C组各组HAMD、HAMA、PSQI及肌体疼痛(BP)评分均有不同程度的降低($P < 0.05$, $P < 0.01$), SF-36其余各项目评分均不同程度的升高($P < 0.05$, $P < 0.01$); B组、C组HAMD、HAMA、PSQI及肌体疼痛(BP)评分均低于A组($P < 0.05$, $P < 0.01$), SF-36其余各项目评分均高于A组($P < 0.05$, $P < 0.01$), C组HAMD、HAMA、PSQI及肌体疼痛(BP)评分均低于B组($P < 0.05$), SF-36其余各项目评分均高于B组($P < 0.05$)。经过8周治疗, A组、B组、C组临床总有效率分别为63.04%、80.43%、86.96%, C组高于A组($P < 0.05$)。A组、B组、C组不良反应发生率分别为15.22%、15.22%、17.39% ($P > 0.05$)。结论: 补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症具有较好的临床疗效, 能改善患者的抑郁、焦虑症状和睡眠, 提高生活质量, 且具有较高的安全性, 优于单纯西医的治疗效果, 对老年期抑郁症的临床治疗具有一定的借鉴意义。

[关键词] 老年期抑郁症; 补肾调肝汤; 五输穴; 针刺; 补肾调肝汤

[中图分类号] R749.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)10-0048-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.020

老年期抑郁症是指首次发病于60岁以后, 以持久的抑郁心境为基础的情感性精神障碍。该病在老年人群中具有较高的患病率, 已成为影响老年人晚年生活的主要慢性杀手之一。目前研究^[1]认为, 老年期抑郁症可能与机体老化(特别是脑组织的退行性改变)、老年期频繁遭受精神挫折等因素有关, 临床治疗以抗抑郁药物为主, 虽然可维持病情稳定, 但副作用较大, 亦不能根治。抑郁症属于中医学郁证、癥证、百合病、脏躁等范畴^[2], 医家认为老年期抑郁症的病位主要在肾、肝^[3], 但又不局限于肾、肝, 因此治疗应以补益肝肾为主, 并兼及其他脏腑。在临床实践中, 作者根据中医辨证施治的精髓, 采用补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症患者, 取得了较为满意的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①西医诊断标准: 符合《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD-3)^[4]关于抑郁症的诊断标准; ②中医诊断标准: 符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]关于郁证的诊查要点; ③纳入观察时, 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression

Scale, HAMD)评分17~24分的中度抑郁患者, 症状持续 ≥ 2 周; ④入组前未予以任何抗抑郁治疗; ⑤能配合完成治疗、随访和指标评价; ⑥年龄60~75岁。

1.2 排除标准 ①伴有其它中枢神经系统疾病或双相情感障碍、精神分裂症、精神分裂症后的抑郁症等其它精神疾患; ②严重的器质性、躯体性疾病; ③同期进行其他临床试验者; ④有严重自杀倾向者、疑有酒精或药物滥用史者; ⑤过敏体质患者或不合作者。

1.3 脱落或剔除标准 ①未遵医嘱治疗; ②中途退出研究或失访者; ③研究期间发生严重不良反应。

1.4 一般资料 观察病例为2014年5月—2015年10月在本院精神科门诊的患者, 共138例, 以随机数字表法分为A组、B组、C组各46例。A组男19例, 女27例; 年龄60~75岁, 平均(67.3 \pm 3.5)岁; B组男21例, 女25例; 年龄60~73岁, 平均(66.7 \pm 3.2)岁; C组男18例, 女28例; 年龄62~74岁, 平均(65.9 \pm 3.0)岁。本研究经医院伦理委员会批准, 所有患者均自愿参加本研究, 并签署知情同意书。3组

[收稿日期] 2016-05-20

[作者简介] 何鲜艳(1982-), 女, 主治医师, 主要从事中西医结合老年精神科。

患者性别构成、年龄分布、入组时 HAMD 评分等一般情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 A 组(西药组) 在认知治疗和行为放松疗法的基础上,予以抗抑郁药盐酸氟西汀胶囊(商品名:百忧解,美国礼来公司产品)口服治疗,开始剂量为 20 mg/天,每天 1 次,晨起顿服;2 周后若无严重不良反应,可增加至 80 mg/天并维持治疗,连续治疗 8 周。

2.2 B 组(西药+汤药组) 在 A 组治疗方案的基础上,另予以补肾调肝汤治疗。处方:熟地黄、白芍、柴胡各 15 g,当归 12 g,郁金、山茱萸、枸杞子、黄芪、香附各 10 g,炙甘草 6 g。每天 1 剂,由本院中药房煎成汤剂,每剂 2 袋,每袋 150 mL,早、晚饭后分服,连续治疗 8 周。

2.3 C 组(西药+汤药+针刺组) 在 B 组治疗方案的基础上,另予以补母泻子法针刺五输穴治疗。取穴(主穴):太冲透涌泉、内庭透涌泉、合谷透劳宫、后溪透中渚,重灸百会。依据患者辨证可增加辅穴:肝郁气滞证可加膻中、期门、内关;肝郁脾虚证可加期门、足三里;痰气郁结证可加丰隆、中脘;心脾两虚证可加心俞、脾俞;肝肾阴虚证可加肝俞、肾俞、三阴交及太溪。操作方法:患者取仰卧位或俯卧位,75%酒精穴位常规消毒,使用环球牌 0.3 mm×25 mm 不锈钢毫针,以单手法在选定穴位快速进针,深度 10~15 mm,以得气为度,视患者病情虚实而施以补泻手法,留针 30 min,留针期间行针 1~2 次,每天 1 次,连续针刺 5 天并休息 2 天为 1 疗程,共治疗 8 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于患者入组时、治疗 8 周后,进行 HAMD、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评分,采

用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)进行睡眠质量评价,采用美国医学结局研究组(Medical Outcomes Study, MOS)制定的健康状况调查问卷(the MOS item short form health survey, SF-36)^[6]评价患者的生活质量(Quality of life, QOL),SF-36 主要包括:躯体功能(PE)、躯体角色(RF)、肌体疼痛(BP)、总的健康状况(GH)、活力(VT)、社会功能(SF)、情感角色(RE)和心理健康(MH)8 个维度。进行上述量表检查时,均由经过培训的非研究组人员介绍填表方法,并解释量表中的问题,一般采用交谈与观察的方式,由受试者自行作答。记录研究期间出现的不良反应事件,入组时、治疗 8 周后进行血常规、肝肾功能及心电图等检查。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件包进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,多组间比较采用 F 检验,组内比较采用 t 检验,等级资料采用秩和检验,率的比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以 HAMD 评分为评定指标,采用尼莫地平法计算减分率,即 HAMD 减分率=(入组时 HAMD 评分-治疗 8 周后 HAMD 评分)/入组时 HAMD 评分×100%。疗效评定分级:①临床治愈:HAMD 减分率≥75%;②显效:50%≤HAMD 减分率<75%;③进步:25%≤HAMD 减分率<49%;④无效:HAMD 减分率<25%。

4.2 3 组治疗前后 HAMD、HAMA、PSQI 评分比较 见表 1。入组时,各组患者 HAMD、HAMA、PSQI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗 8 周后,A 组、B 组、C 组各组 HAMD、HAMA、PSQI 评分均有不同程度降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$),B 组、C 组 HAMD、HAMA、PSQI 评分均低于 A 组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),C 组 HAMD、HAMA、PSQI 评分均低于 B 组($P<0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 HAMD、HAMA、PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMD		HAMA		PSQI	
		患者入组时	治疗 8 周后	患者入组时	治疗 8 周后	患者入组时	治疗 8 周后
A 组	46	20.21±3.17	16.67±2.59 ^①	12.44±2.29	10.32±2.17 ^①	15.12±2.34	11.56±2.05 ^①
B 组	46	20.33±2.96	14.55±2.46 ^{②③}	12.16±2.37	8.23±2.09 ^{②③}	14.90±2.40	9.11±1.75 ^{②③}
C 组	46	20.19±3.20	11.51±2.15 ^{②④⑤}	12.35±2.41	6.50±1.76 ^{②④⑤}	15.01±2.35	6.37±1.19 ^{②④⑤}

与入组时比较,① $P<0.05$,② $P<0.01$;与 A 组比较,③ $P<0.05$,④ $P<0.01$;与 B 组比较,⑤ $P<0.05$

4.3 3 组治疗前后 SF-36 评分比较 见表 2。入组时,各组患者 SF-36 各项目评分比较,差异均无统计学意义($F=0.00\sim 0.51$, $P>0.05$);治疗 8 周后,A 组、B 组、C 组各组肌体疼痛(BP)均降低,SF-36 其余各项目评分均不同程度升高($P<0.05$ 或 $P<0.01$);B 组、C 组肌体疼痛(BP)均低于 A 组,SF-36 其余各项目评分均高于 A 组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),C 组肌体疼痛(BP)低于 B 组,SF-36 其余各项目评分均高于 B 组($P<0.05$)。

4.4 3 组治疗 8 周后临床疗效比较 见表 3。经过 8 周治疗,

A 组、B 组、C 组临床总有效率分别为 63.04%、80.43%、86.96%,C 组临床总有效率高于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$),但 A 组、B 组间,B 组、C 组间临床总有效率比较,差异均无统计学意义($\chi^2_{A,B}=1.93$, $\chi^2_{B,C}=0.52$, $P>0.05$)。

4.5 不良反应 治疗期间,A 组出现口干 3 例,食欲减退、恶心等消化系统不适症状 2 例,头晕、头痛等神经精神不适症状 2 例;B 组出现口干 2 例,恶心 3 例,颈部红斑并瘙痒 1 例(未经特殊处理,24 h 自行消失),头痛 1 例;C 组出现口干 1 例,恶心 2 例,头痛 2 例,心动过速 1 例(心电图轻度异常,

经观察未经特殊处理,2天内自行消失),针刺部位瘙痒2例(24h自行消失,无感染)。上述其余症状均轻微,未采取特殊处理措施,均自行消退或对症处理后好转,未影响后续治疗。治疗8周后复查实验室指标,各组血、尿常规,肝、肾功能

指标未见异常。A组、B组、C组不良反应发生率分别为15.22%、15.22%、17.39%,3组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表2 3组治疗前后SF-36评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	n	躯体功能(PE)		躯体角色(RF)		肌体疼痛(BP)		总健康状况(GH)	
		患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后
A组	46	72.84±10.09	79.53±10.52 ^①	24.37±7.85	30.56±9.15 ^①	88.53±12.27	79.62±11.01 ^①	51.53±10.26	61.20±10.67 ^①
B组	46	72.46±9.87	84.41±11.70 ^{②③}	24.62±7.59	40.62±10.39 ^{②③}	87.95±11.86	70.15±9.55 ^{②③}	50.89±10.15	72.50±9.86 ^{②③}
C组	46	73.02±10.15	87.60±10.85 ^{②④⑤}	25.00±7.65	49.50±10.25 ^{②④⑤}	88.19±12.00	60.20±9.26 ^{②④⑤}	51.29±9.75	80.12±9.55 ^{②④⑤}

与入组时比较,① $P<0.05$,② $P<0.01$;与A组比较,③ $P<0.05$,④ $P<0.01$;与B组比较,⑤ $P<0.05$

(上接表2)

组别	n	活力(VI)		社会功能(SF)		情感角色(RE)		心理健康(MH)	
		患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后	患者入组时	治疗8周后
A组	46	68.21±12.12	73.56±10.61 ^①	42.50±9.02	50.82±8.90 ^①	36.52±9.10	46.15±9.63 ^①	68.29±10.05	72.89±10.70 ^①
B组	46	67.90±11.59	81.45±9.59 ^{②③}	42.27±8.95	60.75±9.02 ^{②③}	35.95±8.75	57.67±9.80 ^{②③}	67.85±10.73	80.50±9.96 ^{②③}
C组	46	68.05±12.03	85.60±10.14 ^{②④⑤}	41.98±9.21	68.08±9.61 ^{②④⑤}	35.07±8.99	68.53±10.00 ^{②④⑤}	68.03±9.59	85.17±9.25 ^{②④⑤}

与入组时比较,① $P<0.05$,② $P<0.01$;与A组比较,③ $P<0.05$,④ $P<0.01$;与B组比较,⑤ $P<0.05$

表3 3组治疗8周后临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	进步	无效	总有效率(%)
A组	46	6	10	13	17	63.04
B组	46	10	17	10	9	80.43
C组	46	16	15	9	6	86.96

5 讨论

随着人口老龄化进程的加快,近年来,老年期抑郁症的发病率呈快速上升的趋势,不仅对患者产生严重的身心损害,对患者家庭与社会也带来比较沉重的经济等负担。因此,早期识别老年期抑郁症并进行必要的干预具有积极的临床意义。目前,西医治疗老年期抑郁症主要采用抗抑郁药,以及认知治疗、行为放松疗法等,虽然抗抑郁药有效,但需要长期维持用药,另一方面,老年患者机体生理功能及代偿能力均显著降低,易产生不良反应,限制了其临床应用及效果。

中医学认为,肾精不足是“郁证”的基本病机,肾虚肝郁为其主要证型,且老年期抑郁症以肾虚肝郁型最为常见^[7],因此,临床治疗应重在补益肝肾、化精填髓。基于此,本研究中B组、C组均辅以补肾调肝汤治疗,方中熟地黄、枸杞子补肾填精,白芍、当归、香附柔肝养血,郁金清心开窍、行气解郁,柴胡疏肝解郁,黄芪提振中气、调畅气机,辅以甘草调和诸药性味,且另具养肝血、安心神等功效。诸药合用,共奏补肾调气、解郁安神之功效^[8-9],使肾精得固,肝气条达,心神得安,抑郁自除。现代药理学研究表明,柴胡具有抗焦虑、镇静安眠作用,郁金、香附等中药的主要成分多具有镇静、催眠、抗抑郁等作用^[10]。

中医学强调整体观,认为各脏腑间是相互依存、相互影响的,就“郁证”治疗而言,尽管其病位主要在肾、肝,但进行临床辨证论治时,并不局限于一脏一腑,而是以某脏腑为主,兼及其他脏腑,这就是本研究C组辅以五输穴透刺治疗的理论所在。五输穴,又名本输穴,是十二经脉分布在肘、膝以下的井、荣、输、经、合五个特定穴的简称^[11],因其取穴简便、操作安全、适应证广、疗效显著,深受历代医家所推崇。五输穴最早见于《灵枢》^[12],载:“所出为井,所溜为荣,所注为俞,所行为经,所入为合”。“输”即传导的意思,五输穴集中反映了经气由四肢末端流注于肘、膝关节,经气由微及盛,由浅入深,汇入脏腑的过程,可表征整条经脉经气的总体状况^[13];通过五输穴可调节经脉的经气,进而治疗相应的疾病,本研究C组进行五输穴透刺旨在理气开郁、疏通调理肝脉;为更好地发挥整体调节作用,C组还根据辨证加配相应穴位,如对肝肾阴虚证加肝俞、肾俞、三阴交、太溪以滋补肝肾。解剖学及神经生理学研究表明,抑郁症涉及顶叶、颞叶和边缘叶等多个认知控制和情绪加工相关脑区的自发神经活动异常,而针刺五输穴可能与刺激抑郁症的脏腑节段神经分布关系密切。

本研究结果显示,A组、B组、C组患者均以女性居多,提示老年期抑郁症的患病率女性可能高于男性。治疗8周后,各组HAMD、HAMA、PSQI评分及肌体疼痛(BP)均不同程度降低,SF-36其余各项目评分均不同程度升高,提示各组方法均改善了抑郁症状的程度,提高了生活质量;组间比较表明,C组评价指标最优,B组次之,且均优于A组,提示补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症可能是较为优化的治

疗方案。但组间临床总有效率比较,仅C组、A组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。而B组、C组以及A、B组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。分析其原因可能与纳入样本量较少、研究实践短暂等因素有关。在安全性方面,3组间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明辅以补肾调肝汤,以及联合五输穴透刺治疗并未增加不良反应的发生率,提示中西医结合治疗具有较高的安全性,这与类似文献[9,14]研究的结果是一致的。

综上所述,补肾调肝汤结合五输穴透刺治疗老年期抑郁症具有较好的临床疗效,改善了患者的抑郁、焦虑症状和睡眠,提高了生活质量,且具有较高的安全性,优于单纯西医的治疗效果,对老年期抑郁症的临床治疗具有一定的借鉴意义。

[参考文献]

- [1] 陈志斌,叶庆红,唐锴,等.老年抑郁症的研究进展[J].海南医学,2013,24(4):585-587.
- [2] 畅洪异,段晓华,梁吉春,等.中医郁证学说源流探析[J].北京中医药大学学报,2011,34(10):653-658,661.
- [3] 胡玉翠,汪伟,段雷,等.浅谈朱丹溪及其弟子论郁证[J].浙江中医药大学学报,2014,38(12):1387-1388,1392.
- [4] 中华医学会精神科分会.中国精神疾病分类方案与诊断标准[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:87-89.
- [5] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [6] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:7-9.
- [7] 宗小芬,胡茂林,唐劲松,等.载脂蛋白E基因多态性与老年期抑郁症的关联性[J].中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(4):319-322.
- [8] 吴节荣,杨进超,聂晶,等.开郁涤痰汤治疗中风后抑郁症30例[J].江西中医药大学学报,2015,28(3):50-51,54.
- [9] 游本铿.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗郁证的探讨[D].北京:北京中医药大学,2010.
- [10] 张颖,陈宇霞,黄世敬,等.柴胡及柴胡类复方的抗抑郁研究现状[J].世界中西医结合杂志,2014,9(9):985-988.
- [11] 李春生,李兆合.侯诚治八脉交会穴与五输穴临床应用探微[J].中医杂志,2014,55(24):2155-2157.
- [12] 陆克艳,王馨敏,钟凯,等.《灵枢》论五输穴学术思想价值及临床意义[J].中医药学报,2014,42(3):201-203.
- [13] 梁永林,刘稼,李金田,等.《辅行诀五脏用药法要》组方思想对五输穴配穴的启示——五脏五输穴配伍法则新思路[J].甘肃中医学院学报,2012,29(3):20-24.
- [14] 袁晶.中西医结合综合疗法治疗老年抑郁症[J].光明中医,2011,26(7):1429-1431.

(责任编辑:刘淑婷)