

通督治郁针法治疗脑卒中后抑郁临床研究

王震, 郑之俊, 梁发俊, 章显宝, 肖伟

安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061

[摘要] 目的: 观察通督治郁针法治疗脑卒中后抑郁 (Post-stroke depression, PSD) 的临床有效性。方法: 纳入 PSD 患者 100 例, 按随机数字表法分为针刺组和对照组各 50 例, 2 组均予以脑卒中常规治疗, 对照组予以帕罗西汀片口服, 针刺组予通督治郁针法。2 组患者在治疗前、治疗 45 天、治疗 90 天评估汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)、日常生活能力量表 (ADL) 和患肢 Fugl-meyer 运动功能量表评分, 并评估临床疗效。结果: 治疗 45 天, 针刺组患者 HAMD 评分、NIHSS 评分、ADL 评分、Fugl-meyer 评分均较治疗前明显改善 ($P < 0.05$), 对照组患者 NIHSS 评分、Fugl-meyer 评分均较治疗前明显改善 ($P < 0.05$); 治疗 90 天, 2 组患者 HAMD 评分、NIHSS 评分、ADL 评分、Fugl-meyer 评分均较治疗前明显改善 ($P < 0.01$), 且针刺组改善均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。根据各个量表评判临床疗效, 针刺组总有效率均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 通督治郁针法治疗 PSD 患者疗效显著, 可以改善患者神经缺损症状。

[关键词] 脑卒中后抑郁 (PSD); 通督治郁针法; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD); 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS); 日常生活能力量表 (ADL); Fugl-meyer 运动功能量表

[中图分类号] R743.3; R246.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0227-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.069

Clinical Study on Acupuncture Therapy for Unblocking Governor Vessel to Treat Depression for Post-stroke Depression

WANG Zhen, ZHENG Zhijun, LIANG Fajun, ZHANG Xianbao, XIAO Wei

Abstract: Objective: To observe the clinical effectiveness of the acupuncture therapy for unblocking governor vessel to treat depression in treating post-stroke depression (PSD). **Methods:** A total of 100 cases of PSD patients were included and divided into the acupuncture group and the control group, 50 cases in each group. Both groups were given routine treatment for stroke. The control group was additionally treated with oral administration of paroxetine tablets, and the acupuncture group additionally received acupuncture therapy for unblocking governor vessel to treat depression. The scores of Hamilton Depression Scale (HAMD), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Activities of Daily Living Scale (ADL) and Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Function of affected limbs in the two groups were evaluated before treatment, 45 days after treatment and 90 days after treatment, and the clinical effect was evaluated. **Results:** After 45 days of treatment, the scores of HAMD, NIHSS, ADL and Fugl-meyer in the acupuncture group were significantly improved when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores of NIHSS and Fugl-meyer in the control group were significantly improved when compared with those before treatment ($P < 0.05$). After 90 days of treatment, the scores of HAMD, NIHSS, ADL and Fugl-meyer in the two groups were significantly improved when compared with those before treatment ($P < 0.01$), and the improvement in the acupuncture group was better than that in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The clinical effect was evaluated by each scale, and the total effective rate in the acupuncture group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The acupuncture therapy for unblocking governor vessel to treat depression has more significant therapeutic effect in treating the PSD patients, and improves neurological deficits symptoms of the patients.

Keywords: Post-stroke depression (PSD); Acupuncture therapy for unblocking governor vessel to treat depression; Hamilton Depression Scale (HAMD); National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS); Activities of Daily Living Scale (ADL); Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Function

[收稿日期] 2018-11-01

[基金项目] 安徽省重点研究与开发计划项目 (1704a0802168)

[作者简介] 王震 (1976-), 男, 副主任医师, 研究方向: 针灸防治脑血管病。

[通信作者] 肖伟, E-mail: xiaowei1216@sina.com。

脑卒中后抑郁(Post-stroke depression, PSD)是脑卒中后多发的伴随症状和心理障碍,以负性情绪为核心症状,具体表现为抑郁心境、失去生活信心、兴趣缺乏、睡眠障碍、食欲下降等,随着脑卒中发病率的逐年上升,PSD的患病率有持续增加趋势,PSD造成的危害亦日趋严重^[1]。临床报道,卒中后3个月内PSD发病率58.6%^[2],卒中发病后6个月至24个月间PSD的发生率和严重程度最高,发病率为30%~70%^[3]。PSD的病因及病机尚不清楚。国内外学者研究显示:遗传因素、大脑病变部位、神经生化因素、神经功能缺损程度和心理社会因素等对本病的发生有明显影响,是多种因素共同作用的结果。目前PSD的治疗方案与抑郁症相似,主要以抗抑郁药物治疗,也有中药、针灸、心理及其他疗法。其中常用抗抑郁药物有三环类抗抑郁药物、选择性5羟色胺再摄取抑制剂、单胺氧化酶抑制剂、选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂等。由于抗抑郁药物的副作用、禁忌证及价格等原因,中医治疗PSD在临床上有一定的比例,其中针灸治疗PSD相对安全、适用范围较广、疗效肯定^[4-5]。笔者通过临床工作发现通督治郁针法治疗PSD患者具有一定的优势,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年4月至2018年6月安徽中医药大学第二附属医院脑病中心的住院及门诊患者,纳入合格受试者100例。进行相关一般资料比较,按就诊顺序编为1~100号,依据随机数字表按1:1比例分为针刺组、对照组各50例。针刺组男24例,女26例;年龄65~78岁,平均(71.2±4.3)岁;脑梗死27例,脑出血23例;平均体质量(65.4±8.3)kg,平均身高(171.1±9.5)cm。对照组男23例,女27例;年龄66~77岁,平均(70.5±5.4)岁;脑梗死28例,脑出血22例;平均体质量(68.2±9.1)kg,平均身高(169.9±8.9)cm。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。针刺组中医辨证分型属心脾两虚证13例,痰瘀互结证10例,气郁化火证12例,肝肾亏虚证15例;对照组中医辨证属心脾两虚证11例,痰瘀互结证11例,气郁化火证14例,肝肾亏虚证14例。2组患者中医辨证分型例数比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《中国脑血管病防治指南》^[6]中卒中诊断,符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)中抑郁症诊断标准。症状标准:以心境低落为主,同时符合以下9项中的4项或4项以上:①兴趣丧失、无愉快感;②精力减退或疲乏感;③精神运动性迟滞或激越;④自我评价过低、自责,或有内疚感;⑤联想困难或自觉思考能力下降;⑥反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为;⑦睡眠障碍,如失眠、早醒,或睡眠过多;⑧食欲降低或体重明显减轻;⑨性欲减退。

1.3 辨证标准 参照高等医学院校教材《中医内科学》^[7]中中医辨证标准:①心脾两虚证:肢体偏瘫,软弱无力,面色无

华,纳差,神疲乏力,失眠健忘,郁郁寡欢,舌质淡、苔薄,脉细。②痰瘀互结证:口角流涎,言语不利,半身偏瘫,精神抑郁,表情淡漠,反应迟钝,或喃喃自语,多疑多虑,舌质紫暗,有时边有齿印,苔薄,脉涩。③气郁化火证:半身偏瘫,口角歪斜,情绪躁扰,心烦易怒,胸胁胀满,口苦而干,或头痛目赤,大便干结,舌红苔黄,脉弦数。④肝肾亏虚证:半身偏瘫,肢体无力,腰膝酸软,眩晕耳鸣,目干畏光,情绪不宁,五心烦热,盗汗,口干咽燥,表情呆滞,舌红少苔,脉细数。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)24项评分 ≥ 9 分;③可存在某些分裂性症状,但不符合分裂症的诊断;④无严重肝、心、肺、肾疾病;⑤同意参加本研究并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①既往有抑郁病史或家族性精神病史者;②合并癫痫发作,严重肝、心、肺、肾疾病;③有意识障碍、痴呆、重度抑郁有自杀倾向等不能完成各项观察指标者。

1.6 剔除标准 ①出现不良反应,或自行退出者;②依从性差,不能完成治疗者。

2 治疗方法

所有患者均予脑血管病的一般治疗,如调脂稳定斑块、管理血压、调节血糖、增加脑代谢及中成药活血化瘀通络,同时指导患者康复训练并给予心理干预,疗程均为3个月。

2.1 对照组 采用盐酸帕罗西汀片(生产公司:中美天津史克制药有限公司,商品名“赛乐特”,国药准字H10950043)20mg,清晨顿服。连续治疗3个月。

2.2 针刺组 针刺以通督治郁针法为主,以通督调神、解郁通络为治疗原则,取穴:主穴:百会、神庭、印堂、人中、神门双、内关双、合谷双、太冲双;辨证配穴:①心脾两虚证:足三里、心俞、脾俞、三阴交;②痰瘀互结证:丰隆、脾俞、中脘、阴陵泉、膈俞;③气郁化火证:行间、期门、侠溪、内庭;④肝肾亏虚证:肝俞、肾俞、太溪、三阴交。操作:用华佗牌30号不锈钢毫针。患者取卧位或坐位,以75%酒精棉球消毒穴位,百会向前平刺0.5寸,得气后快速捻转,持续2min;神庭、印堂向鼻尖方向斜刺0.5寸,施以捻转平补平泻法;人中直刺0.2寸,施以快速捻转泻法;内关、神门直刺0.5寸,施以提插捻转补法;太冲、合谷直刺0.5寸,施以捻转泻法。配穴针刺深度根据患者体型及肌肉丰厚程度而定,根据穴性施以补泻手法。以上穴位,主穴每次均全部针刺,配穴每次选取2~3穴,交替针刺。每天治疗1次,每次留针30min,期间行针2次,每周休息1天,连续治疗3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 在治疗前、治疗后第45天、第90天,分别评定2组患者相关指标。①抑郁程度的HAMD评分能较方便标准地反映PSD患者抑郁程度。小于7分为正常,7~18分为轻度抑郁,18~24分为中度抑郁,超过24分为严重抑郁,评分越高抑郁越严重。②神经功能缺损程度的美国国立卫生研究

院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)评分是美国国立卫生院用来评估卒中的指标,包括意识水平、面瘫、上下肢活动、共济失调、语言、感觉、构音障碍等,评分越高说明患者神经功能缺损越严重。③日常生活能力量表(ADL)是评估患者日常生活活动能力常使用的量表,其主要评估洗澡、修饰、进食、如厕、穿衣等10个项目,根据是否需要帮助及其帮助程度分为0、5、10、15分四个功能等级,级数越高,自理生活能力越强。最高分数为100分,超过60分称轻度功能障碍,生活可以自己照顾;41~60分为中度功能障碍,生活需要他人很大的帮助才能解决;21~40分为重度功能障碍,生活基本不能自理需他人照顾;20分以下者生活彻底完全依赖他人。④Fugl-meyer运动功能量表评分是评估卒中患者患侧肢体运动障碍的功能量表。评估主要内容有上肢和下肢动作,评定分3个级别:0分为完全不能做出动作,1分为能够做出部分动作,2分为可以完全做出动作,满分评分为100分,其中上肢66分、下肢34分,评分越高,运动障碍越轻。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行相关资料的统计与分析。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用*t*检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 主要是指本实验选择的量表疗效评定,采用尼莫地平法计算疗效指数。疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$ 。痊愈:精神症状完全消失,工作生活不受影响,疗效指数 $\geq 75\%$;显效:症状基本消失,能参加工作,但工作能力达不到病前水平,疗效指数 $\geq 50\%$ 而 $< 75\%$;有效:症状减轻或部分消失,但工作能力差,疗效指数 $\geq 25\%$ 而 $< 50\%$;无效:症状无改善或改善不明显,疗效指数 $< 25\%$ 。以上评定由医师根据相关量表进行评定。

4.2 2组治疗前后HAMD评分比较 见表1。针刺组治疗45天后,HAMD评分较治疗前显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗90天后,2组HAMD评分较治疗前均显著降低($P < 0.01$)。针刺组治疗90天HAMD评分低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组HAMD评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗45天	治疗后90天
针刺组	50	24.35 \pm 6.64	20.85 \pm 7.42 ^①	14.25 \pm 5.34 ^{②③}
对照组	50	23.45 \pm 6.52	20.95 \pm 7.51	16.45 \pm 5.47 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$,② $P < 0.01$;与对照组治疗后同期比较,③ $P < 0.05$

4.3 2组NIHSS评分比较 见表2。治疗45天后,2组NIHSS评分较治疗前降低($P < 0.05$)。治疗90天后,2组NIHSS评分较治疗前显著降低($P < 0.01$)。针刺组治疗90天NIHSS评分低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组ADL评分比较 见表3。治疗45天后,针刺组ADL评分较治疗前升高($P < 0.05$)。治疗90天后,2组ADL评分均

较治疗前升高($P < 0.01$)。针刺组治疗90天ADL评分高于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组Fugl-meyer运动量表评分比较 见表4。治疗45天后,2组患者患肢Fugl-meyer评分较治疗前升高($P < 0.05$)。治疗90天后,2组患者患肢Fugl-meyer评分较治疗前均显著升高($P < 0.01$)。针刺组治疗90天患肢Fugl-meyer评分高于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组NIHSS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗45天	治疗90天
针刺组	50	17.35 \pm 4.56	15.35 \pm 3.73 ^①	7.45 \pm 3.13 ^{②③}
对照组	50	16.85 \pm 5.16	14.95 \pm 4.21 ^①	9.25 \pm 3.97 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$,② $P < 0.01$;与对照组治疗后同期比较,③ $P < 0.05$

表3 2组ADL评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗45天	治疗90天
针刺组	50	43.25 \pm 7.54	46.85 \pm 7.77 ^①	65.85 \pm 9.56 ^{②③}
对照组	50	44.15 \pm 8.26	45.75 \pm 8.13	61.75 \pm 8.76 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$,② $P < 0.01$;与对照组治疗后同期比较,③ $P < 0.05$

表4 2组Fugl-meyer运动量表评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗45天	治疗90天
针刺组	50	29.95 \pm 4.43	32.25 \pm 5.23 ^①	55.65 \pm 7.37 ^{②③}
对照组	50	30.25 \pm 5.11	32.20 \pm 4.57 ^①	50.45 \pm 6.81 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$,② $P < 0.01$;与对照组治疗后同期比较,③ $P < 0.01$

4.6 2组治疗90天后疗效比较 见表5。根据各个量表评判临床疗效,针刺组总有效率均高于对照组($P < 0.05$),提示针刺组疗效优于对照组。

表5 2组治疗90天后疗效比较 例

指标	组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
HAMD	针刺组	50	15	21	9	5	90 ^①
	对照组	50	9	16	18	7	86
MIHSS	针刺组	50	13	20	10	7	86 ^①
	对照组	50	8	12	22	8	84
ADL	针刺组	50	16	18	10	6	88 ^①
	对照组	50	11	11	19	9	82
Fugl-meyer	针刺组	50	16	19	10	5	90 ^①
	对照组	50	12	10	20	8	84

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

PSD是脑卒中后常见并发症,总体发生率高达40%~50%,其中约15%为重度抑郁,可伴严重自杀倾向甚至自杀行

为^[9]。PSD患者对治疗、护理及康复训练配合较差^[9]，严重阻碍患者神经功能恢复。

中医学对卒中后抑郁无对应的病名，大数认为其属中风和郁证的合病。《黄帝内经》提出“情志内郁”，金元时期，朱丹溪提出“六郁学说”，指出气郁为先，后形成湿、食、血、痰、热等诸郁。张景岳在《景岳全书·郁证》中区分情志所伤之郁与病变中的内生之郁，指出因郁致病和因病而郁。中医认为本病多由中风后气机逆乱，损及人体阴阳气血，致脑神失养而致郁，病位在脑，与肝、心、脾、肾有关。

通督治郁针法是本团队多年临床实践总结出的一套针法，有调理髓海、安神解郁之效。督脉经穴可以治疗神志疾患，《素问·骨空论》：“督脉者，起于少腹以下骨中央……上额交颠，上入络脑。”前人认为“病在脑者，首取督脉”，《黄帝内经太素》：“督脉出两目上颠，故与厥阴相会也。”因督脉与肝经联系，故针刺督脉穴可以疏肝理气。本针法取有督脉之百会、神庭、人中，经外奇穴印堂，双侧手少阴心经的神门穴，双侧手厥阴心包经的内关穴，双侧手阳明大肠经的合谷穴及双侧足厥阴的太冲穴。百会位居巅顶之上，三阳五会，内应于脑，有疏经调气、定志安神之效，《玉龙歌》：“中风不语最难医，发际顶门穴要知，再向百会调补泻，即时苏醒免灾厄。”神庭穴、人中穴(又名水沟穴)皆为“徐秋夫鬼病十三穴”，人中乃督脉与手足阳明之会，二穴皆有醒脑开窍之效。内关通于阴维脉，为心包经络穴，有宽胸理气、开窍调神之效。神门为心经之原穴，具有宁心安神之效。《灵枢·本神》认为，“心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休”。《玉龙歌》：“失志、呆，取神门、中冲、鬼眼、鸡尾、百会”。合谷属性为阳，主气，性清升散；太冲则属阴，主血，重浊行下；两穴叠用，可调节人体气血阴阳之间的升降平衡关系乃疏条气机之要穴。

通督治郁针法治疗 PSD 的相关研究表明：通督治郁配穴针刺可显著使伴抑郁患者认知功能及抑郁症状显著改善^[10]；可提高 PSD 患者血清去甲肾上腺素(norepinephrine, NE)、5-羟色胺(5-serotonin, 5-HT)、脑源性神经营养因子(brain derived neurotrophic factor, BDNF)水平^[11]。同时动物实验发现针刺与盐酸氟西汀对脑卒中后抑郁大鼠行为学改善均有效，且疗效相当^[12]。同时动物实验发现通督治郁针刺能降低 PSD 大鼠脑内单胺神经递质 5-羟色胺 1A 受体(5-HT_{1A} receptor, 5-HT_{1A}R)和 NE 的含量或转运率，进而发挥针刺抗抑郁作用^[13]。

本试验结果显示，治疗 45 天，针刺组 HAMD、NIHSS、ADL、Fugl-meyer 评分明显改善，对照组 NIHSS、Fugl-meyer 评分明显改善；治疗 90 天，2 组患者 HAMD、NIHSS、ADL、

Fugl-meyer 评分明显改善，且针刺组改善均优于对照组。同时治疗 90 天后针刺组疗效优于对照组。

综上所述，通督治郁针法治疗 PSD 有较好的疗效，可改善患者的抑郁症状和神经缺损症状，效果较显著。

[参考文献]

- [1] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 172.
- [2] 李雅芬. 急性脑梗死患者早期血清中 Hs-CRP、IL-6 水平与卒中后抑郁的关系[D]. 太原: 山西医科大学, 2017.
- [3] 勾丽洁, 许士奇. 脑卒中后抑郁的临床研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(9): 857-860.
- [4] 肖伟, 汪瑛, 王震, 等. 针药结合治疗脑卒中后抑郁症 30 例[J]. 安徽中医学院学报, 2011, 30(4): 44-47.
- [5] 何玉琴, 郑宏忠, 陈锦冰, 等. 针刺治疗卒中后抑郁临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(8): 820-821.
- [6] 饶明俐. 《中国脑血管病防治指南》摘要[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1): 4-8.
- [7] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 7 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 373-378.
- [8] Fruhwald S, Liffler H, Baumhackl U. Depression after cerebrovascular injury: review and differentiation from other psychiatric complications[J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 1999, 67(4): 155-162.
- [9] 郝伟. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 100-108.
- [10] 章显宝, 晏启禄, 肖伟. 以“通督治郁”针法为主穴治疗卒中后抑郁不同证型疗效观察[J]. 中医药学报, 2016, 44(1): 68-72.
- [11] 王冠超, 肖伟, 章显宝, 等. 通督治郁针法对脑卒中后抑郁患者血清 5-HT、NE 和 BDNF 水平影响的研究[J]. 甘肃中医学院学报, 2015, 32(2): 58-62.
- [12] 昌恩惠, 肖伟, 储浩然, 等. 针刺对脑卒中后抑郁模型大鼠行为学的影响[J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(6): 1-3, 6.
- [13] 章显宝, 汪燕, 王震, 等. 针刺对卒中后抑郁大鼠 5-HTT、5-HT_{1A}R、NE α 2R 蛋白表达的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2016, 39(9): 783-788.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)