

调神针法配合黛力新治疗脑卒中后抑郁疗效观察

黄捷¹ 李宝栋² 张世亮³ 王宁宁¹ 于文武¹ 孙维明¹ 孙喜凤¹ 王海霞¹

刘林林¹ 王占强¹ 高青青¹ 时婧¹

(1 河北省沧州市人民医院神经内科, 沧州, 061000; 2 河北省沧州中西医结合医院神经内科, 沧州, 061001;

3 河北省沧州市中心医院针灸康复科, 沧州, 061001)

摘要 目的:观察调神针法对脑卒中后抑郁患者疗效的影响。方法:将90例患者按随机数字表法随机分为综合组、调神针法组、黛力新组,每组30例。调神针法组采用调神针法治疗,选用百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道等穴,1次/d,每周5次;黛力新组口服盐酸氟西汀(黛力新)治疗,3粒/次,3次/d;综合组采用调神针法治疗加口服黛力新,方法同调神针法组和黛力新组。3组均4周为1个疗程,共治疗6个疗程。比较3组临床疗效、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的变化以及不良反应发生情况。结果:综合组总有效率为96.7%(29/30),优于调神针法组的83.3%(25/30)及黛力新组的80.0%(24/30)。3组治疗4周、12周、24周后HAMD评分均较治疗前显著降低(均 $P < 0.05$),且综合组在治疗后各时点均低于其他2组(均 $P < 0.05$);调神针法组在治疗4周、12周后与黛力新组同期比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),在治疗24周后HAMD评分低于黛力新组($P < 0.05$)。综合组出现不良反应者2例,黛力新组6例,调神针法组无不良反应发生。结论:调神针法治疗联合口服黛力新治疗,在临床疗效、抑郁状态改善方面均优于单纯口服黛力新治疗和单纯调神针法治疗。单纯调神针法治疗虽然在临床疗效方面与单纯黛力新治疗没有显著差异,但远期HAMD评分方面及安全性方面优于单纯黛力新治疗。

关键词 脑卒中后抑郁;调神针法;针刺疗法;黛力新;汉密尔顿抑郁量表

Observation of Therapeutic Effect of Acupuncture Treatment Combined with Fluoxetine hydrochloride Intake for Treating Post-stroke Depression

Huang Jie¹, Li Baodong², Zhang Shiliang³, Wang Ningning¹, Yu Wenwu¹, Sun Weiming¹, Sun Xifeng¹,

Wang Haixia¹, Liu Linlin¹, Wang Zhanqiang¹, Gao Qingqing¹, Shi Jing¹

(1 Department of internal medicine, Cangzhou People's Hospital, Hebei Province, Cangzhou 061000, China; 2 Department of internal medicine, the Chinese and Western Medicine Hospital of Cangzhou, Hebei Province, Cangzhou 061001, China;

3 Acupuncture Rehabilitation Cangzhou Central Hospital, Hebei Province, Cangzhou 061001, China)

Abstract Objective: To observe the effect of acupuncture on patients with post stroke depression. **Methods:** A total of 90 patients were randomly divided into combined treatment group, acupuncture group, fluoxetine hydrochloride group and there were 30 cases in each group. The acupuncture group received acupuncture treatment on Baihui, Fengfu, Shenting, Shuigou, Dazhui, Shendao and other acupoints, once a day, 5 times a week. Fluoxetine hydrochloride group was given fluoxetine hydrochloride, 3 tablets each time, 3 times daily. Comprehensive group receive treatment combined acupuncture and fluoxetine hydrochloride. All of three groups received treatment for 3 weeks of a course, a total of 6 courses of treatment. The clinical efficacy, Hamilton Depression Rating Scale(HAMD) score, and the adverse reactions were compared in the three groups. **Results:** The total efficiency rate of the comprehensive group was 96.7% (29 / 30), better than acupuncture group of 83.3% (25 / 30) and fluoxetine hydrochloride group 80.0% (24 / 30). The HAMD scores in 3 groups was significantly reduced ($P < 0.05$) after 4 weeks, 12 weeks, 24 weeks of treatment. The comprehensive group at each time point were lower than the other two groups ($P < 0.05$); after 4 weeks and 12 weeks of treatment the acupuncture group and fluoxetine hydrochloride group showed no statistical significance ($P > 0.05$) and after treatment of 24 weeks, the acupuncture group's HAMD score became lower than fluoxetine hydrochloride group ($P < 0.05$). There were 2 cases of adverse reactions in the comprehensive group, 6 cases in fluoxetine hydrochloride group, and acupuncture group had no cases showing adverse reactions. **Conclusion:** Acupuncture treatment combined with oral Deanxit treatment

基金项目:河北省中医药管理局科技支撑项目(编号:2015300)——课题名称:复荣胶囊对急性脑卒中(气虚血瘀性)神经功能评价及血同型半胱氨酸的影响研究

通信作者:黄捷(1976.11—),男,大学本科,主治医师,神经内科主任,主要研究方向:脑血管病介入治疗及卒中后抑郁症治疗, E-mail: Huangjie1976@163.com

has better clinical efficacy than only oral fluoxetine hydrochloride treatment or just acupuncture treatment. Acupuncture treatment while had no significant difference comparing to fluoxetine hydrochloride treatment in clinical curative effect, but long-term HAMD score and safety is superior to fluoxetine hydrochloride treatment.

Key Words Post-stroke depression; Regulating acupuncture treatment; Acupuncture therapy; Fluoxetine hydrochloride; Hamilton Depression Scale

中图分类号: R245. 3; R277. 7; R255. 2 文献标识码: A doi:10. 3969/j. issn. 1673 - 7202. 2015. 08. 027

作为脑卒中后多见并发症之一,脑卒中后抑郁(Post Strok Depression, PSD)是一种情感障碍性疾病,以情绪低落、睡眠障碍、日常兴趣丧失等为主要特征^[1]。该病明显影响患者生活质量并阻碍其神经功能的康复。现今多给予抗抑郁药物,但其不良反应明显,造成消化系统、神经系统和泌尿生殖系统功能紊乱,部分不良反应明显的药物已经停用。针灸治疗现广泛应用于 PSD 治疗,有着危险性低,不良反应小,起效迅速等优势,显著提高 PSD 患者生活质量,心理状态和神经功能^[2-3]。本试验采用口服黛力新联合调神针法治疗 PSD,单纯口服黛力新与单纯调神针法对照,试验结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2014 年 12 月沧州市人民医院门诊及住院患者 90 例,采用随机数字表法,将患者随机分为综合组、调神针法组与黛力新组,每组 30 例。3 组患者一般资料比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),组间具有可比性,详见表 1。本试验方案经沧州市人民医院伦理委员会审核批准。

表 1 各组 PSD 患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	治疗前 HDMS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
		男	女			
综合组	30	14	16	67 $\pm$ 5. 1	17. 4 $\pm$ 2. 9	22. 78 $\pm$ 7. 83
调神针法组	30	15	15	66 $\pm$ 4. 5	18. 5 $\pm$ 3. 0	22. 99 $\pm$ 9. 76
黛力新组	30	15	15	68 $\pm$ 5. 2	19. 2 $\pm$ 3. 5	23. 11 $\pm$ 3. 23

1.2 诊断标准 参考《中国脑血管病防治指南(试行版)》^[4]和《中风病辨证诊断标准(试行)》(1994 年版)^[5]。

1.3 纳入标准 1)无痴呆,无精神疾病史,意识清楚,无智力障碍,能配合检查和治疗者;2)汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)总分 > 17 分者;3)首诊 1 周内未服用其他抗抑郁制剂者;4)无明显肝、肾功能异常,无酒精和药物滥用病史者;5)患者或家属知情同意,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 明显失语者;严重智能障碍或精神异常者;患有严重的心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等原发性疾病,肿瘤、获得性免疫缺陷综合征患

者;怀疑有酒精和药物滥用病史者。

1.5 治疗方法

1.5.1 调神针法组 主穴:百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道;参考《针灸学(第 6 版)》进行辨证分型及取穴:气郁化火型加行间(健侧)、侠溪(健侧)、外关(健侧),肝气瘀滞型加曲泉(健侧)、胸堂、期门(健侧),痰凝气滞型加丰隆(健侧)、阴陵泉(健侧)、天突、廉泉,心脾两虚型加心俞、脾俞、足三里(健侧)、三阴交(健侧),心肾不交型加通里(健侧)、心俞、三阴交(健侧)、天溪(健侧),肝肾阴亏型加太溪(健侧)、三阴交(健侧)、肝俞、肾俞。操作:患者取侧卧位,用医用酒精棉球常规消毒穴位,主穴使用 0.25 mm $\times$ 2.5 cm 一次性针灸针(无锡佳健厂生产),水沟穴针尖朝向鼻尖,行提插手,患者流泪即可停止;百会和神庭穴向后平刺 1.5 ~ 2 cm,风府、大椎、神道直刺 1.5 ~ 2 cm,针刺后施以小幅度、高频率(> 200 下/min)捻转手法 30 s,使患者产生得气感,起针时一边捻转一边边提插,然后出针,使针感停留。配穴运用 0.3 mm $\times$ 4 cm 一次性针灸针,虚则补之实则泻之。得气后留针 40 min,每 20 min 行针 1 次。针灸治疗者要经过统一培训,规范操作。每日进行 1 次治疗,每周连续治疗 5 d 休息 2 d,1 个月为 1 个疗程,共治疗 6 个疗程。

1.5.2 黛力新组 黛力新组口服(氟哌噻吨美利曲辛片)(丹麦灵北制药公司生产),3 粒/次,3 次/d。4 周为 1 个疗程,连续治疗 6 个疗程。根据病情必要时调整用量。

1.5.3 综合组 综合组用调神针法治疗联合口服黛力新治疗。针刺方法、疗程同调神针法组,口服药物剂量、疗程同黛力新组。

1.6 观察方法与指标 使用汉密尔顿抑郁量表,观察 2 组患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评分^[6]。分别在治疗前,治疗 4 周、12 周和 24 周后进行评定。采用 0 ~ 4 分的 5 级评分法:0 分为无症状,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度,4 分为极重度。17 ~ 24 分为轻度抑郁;24 ~ 35 分为中度抑郁;35 分以上为重度抑郁。

1.7 统计学方法 统计学处理应用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间均数比较采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效评价标准 根据 HAMD 量表评分减分率进行疗效评定。显效:HAMD 量表减分率 $\geq 50\%$;有效:HAMD 量表减分率 $\geq 25\%$ 、且 $< 50\%$;无效:HAMD 量表减分率 $< 25\%$ 。减分率= $[(\text{治疗前总分}-\text{治疗后总分}) \div \text{治疗前总分}] \times 100\%$ 。

表3 各组脑卒中后抑郁患者治疗前后 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗12周后	治疗24周后
综合组	30	22.78±7.83	15.97±6.12* Δ $\blacktriangle$	11.02±3.77* Δ $\blacktriangle$	6.43±5.29* Δ $\blacktriangle$
调神针法组	30	22.99±9.76	18.9±85.61*	12.98±6.12*	9.07±4.12* $\blacktriangle$
黛力新组	30	23.11±3.23	19.24±5.01*	13.97±5.05*	11.20±4.19*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与调神针法组治疗后同时时间点比较, $\Delta P < 0.05$;与黛力新组治疗后同时时间点比较, $\blacktriangle P < 0.05$ 。

由表3可见,3组患者治疗前 HAMD 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性;3组患者治疗4周、12周、24周后 HAMD 评分均较治疗前有显著降低(均 $P < 0.05$)。综合组的 HAMD 评分在治疗后各时间点与其他2组同期比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。调神针法组的 HAMD 评分在治疗4周、12周后与黛力新组同期比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),在治疗24周后与黛力新组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示综合治疗疗效优于单纯针刺治疗和口服黛力新治疗;调神针法组治疗的即时疗效与口服黛力新治疗疗效差异无统计学意义,但是长期疗效优于口服黛力新治疗。

2.4 不良反应 综合组出现药物不良反应者2例(口干1例,乏力1例),黛力新组出现药物不良反应者6例(其中间断性头痛2例,出现食欲减退2例,恶心2例)。调神针法组无不良反应出现。

3 讨论

根据中医学理论,脑卒中后抑郁(PSD)是“郁证”之一,其发病与痰气血有很大关系。根据流行病学调查^[7],脑卒中后抑郁发生率约为四分之一,因此因对该病发现治疗应给予重视。该病多采用药物治疗,但抗抑郁药物不良反应严重,具有心脏毒性并有造成尿潴留和心脑血管疾病。虽然抗抑郁药物耐受性和安全性大幅提高,但恶心呕吐等不良反应仍然存在^[8]。

2.2 各组脑卒中后抑郁患者综合疗效情况 综合组总有效率为96.7%(29/30),优于调神针法组的83.3%(25/30)及黛力新组的80.0%(24/30)。

表2 各组脑卒中后抑郁患者疗效比较例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
综合组	30	23(76.6)	6(20.0)	1(3.3)	96.7* Δ
调神针法组	30	20(66.7)	5(16.7)	5(16.7)	83.3
黛力新组	30	19(63.3)	5(16.7)	6(20.0)	80.0

注:与调神针法组比较* $P < 0.05$;与黛力新组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 各组患者治疗前后 HAMD 评分比较 见表3。

大量文献研究^[9-20]显示,针灸治疗脑卒中后抑郁疗效显著,危险性低,是一种理想的治疗手段;其在改善患者心理状态的同时刺激神经功能恢复,价廉不良反应小。调神针法是传统针灸中颇具特色治疗手段,其重视治疗时间的选取,把疗效和施针时间联系在一起。令人遗憾的是,现有关于调神针法治疗脑卒中后抑郁的文献较少。

本试验采用国际通用 HAMD 量表作为评价标准,通过对脑卒中后抑郁患者调神针法配合口服黛力新治疗,并与单纯口服黛力新治疗和单纯调神针法进行对照。试验结果显示,调神针法治疗联合口服黛力新治疗,在改善患者心理状态、临床疗效均优于单纯口服黛力新和单纯调神针法治疗。单纯调神针法治疗在临床疗效方面与单纯黛力新治疗虽然没有显著差异,但治疗2年后 HAMD 评分优于单纯黛力新治疗。且调神针法取穴治疗无药物不良反应。临床上,黛力新广泛用于抑郁症等神经系统疾病的控制,它主要抑制中枢神经对5-羟色胺的再吸收,通过补充提高人体内5-羟色胺的浓度减少忧郁感。黛力新最快半个月后开始发挥抗抑郁作用,一般在2到4周见效,见效后需长期服用,以防止复发。调神针法治疗的机制可促进脑卒中后抑郁患者神经功能恢复,改善其睡眠质量,并极大程度上运动功能^[21]。联合黛力新药物治疗,不仅提高整体临床疗效,并且降低药物不良反应,使临床应用更趋可行性,具有重要的临床意义。

试验结果显示,口服黛力新联合调神针法治疗 PSD,较单纯口服黛力新和单纯调神针法疗效显著,同时降低单纯口服黛力新不良反应。本试验样本量不够充足,因此有必要在今后试验中加大样本量,取得更为可信的试验结果。

参考文献

- [1] Robinson R G. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression [J]. *Biological Psychiatry*, 2003, 54 (3):376-387.
- [2] Kneebone II, Dunmore E. Psychological management of post-stroke depression[J]. *British Journal of Clinical Psychology*,2000,39(1):53-65.
- [3] Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression[J]. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*,2008,4(4):145-154.
- [4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南简介[A]. 中华医学会神经病学分会,中华医学会第七次全国神经病学学术会议论文汇编[C]. 中华医学会神经病学分会,2004;10.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[S]. 北京中医药大学学报,1994,17(3):64-66.
- [6] Williams JB. The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale[J]. *International Clinical Psychopharmacology*, 2008,23(3):120-129.
- [7] 刘昌勤,解翠红,孙圣刚. 脑卒中与卒中后抑郁的关系研究[J]. 卒中与神经疾病,2001,8(3):150-153.
- [8] Qian M, Sun M Z, Fan H Q, et al. Study of the Correlative Factors of Post-stroke Depression and Quality of Life and the Evaluation of the Therapeutic Effects of Two Methods [J]. *Chinese Journal of Stroke*, 2010,5(10):791-797.
- [9] 仲晨霞. “醒脑开窍”针法预防中风后抑郁的临床观察[D]. 南京:南京中医药大学,2014.
- [10] 王婷婷. 眼针疗法联合西药百忧解治疗中风后抑郁临床疗效观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2013.
- [11] 杨敏. 穴位贴敷治疗中风后抑郁的临床研究[D]. 成都:成都中医药大学,2003.
- [12] 张倩. 电针结合五音疗法治疗中风后抑郁的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2014.
- [13] 刘其松. 调神针法治疗中风后抑郁的临床观察[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [14] 张自茹. 电针神五星治疗中风后抑郁的临床研究[D]. 成都:成都中医药大学,2013.
- [15] 贾淑亚. 于氏头穴丛刺治疗中风后抑郁的临床疗效观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2012.
- [16] 徐萍. 电针“调督任”为主治疗中风后抑郁的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.
- [17] 许宏霞. 益肾疏肝法治疗中风后抑郁证的临床研究和理论探讨[D]. 济南:山东中医药大学,2007.
- [18] 高晶. 针刺结合埋线治疗中风后抑郁的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2014.
- [19] 高琛. 头部电针疗法治疗中风后抑郁的临床疗效观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [20] 赵玉晓. “调神养心”针刺法治疗中风后抑郁的临床研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2009.
- [21] 徐光辉,凌国敏,李慧敏. 黛力新辅助治疗中老年非糜烂性食管反流病 85 例疗效观察[J]. *现代医药卫生*,2007,23(13):1906-1907.

(2015-06-30 收稿 责任编辑:王明)