

中医三联疗法治疗抑郁症 36 例临床观察

田绍侠¹ 田 赛²

(1 总政治部白石桥医疗保健中心,北京,100081; 2 湖南中医药大学针灸推拿学院,长沙,410208)

摘要 目的:观察电针配合膏方及刮痧 3 种方法联合治疗抑郁症的临床疗效。方法:将 72 例抑郁症患者随机分为治疗组(电针加膏方及刮痧法)和对照组各 36 例。治疗组采用电针配合膏方及刮痧 3 种方法联合治疗,对照组给予盐酸氟西丁胶囊口服治疗,共治疗 8 周。结果:治疗组近期及远期疗效明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且 2 组治疗前后 HAMD、SDS 评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),而且 2 组之间比较,差异也有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医三联疗法治疗抑郁症近期和远期疗效显著,未发现不良反应。

关键词 抑郁症;针灸疗法;膏方;刮痧

Curative Effect Observation of Traditional Chinese Medicine Triple Therapy on 36 Cases of Depression

Tian Shaoxia¹, Tian Sai²

(1 Baishiqiao Healthy Care Center in General Political Department, Beijing 100081, China; 2 Acupuncture and Massage College in Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China)

Abstract Objective: To observe the curative effect of electric acupuncture combined with herbal paste and Guasha in the treatment of depression. **Methods:** Seventy two depression patients were randomized into treatment group and control group with 36 in each. The treatment group was treated by triple therapy: electric acupuncture, herbal paste and Guasha. The control group was treated by Fluoxetine. The treatment lasted for 8 weeks. **Results:** The short and long-term effects of treatment group are both obviously superior to those of the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Besides, the differences in HAMD and SDS before and after treatment between the two groups also have statistical significance ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** Chinese medicine triple therapy can achieve significant effects in both short term and long term with no adverse reaction.

Key Words Depression; Acupuncture and moxibustion; Herbal paste; Guasha

中图分类号:R277.7 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.06.014

抑郁症是一种常见的精神疾病,主要表现为情绪低落,兴趣减低,悲观,思维迟缓,缺乏主动性,自责自罪,饮食、睡眠差,担心自己患有各种疾病,感到全身多处不适,严重者可出现自杀念头和行为^[1]。世界卫生组织指出:21 世纪人类面对的最大疾病是精神疾病,目前已经成为世界第 4 大疾患^[2],我国抑郁症的患病率高达 3% ~ 5%^[3]。笔者临床运用电针配合膏方及刮痧 3 种方法联合应用,对抑郁症实施多靶点共振治疗,获得较好地疗效,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 72 例均来自我部医疗保健中心 2012 年 8 月至 2014 年 9 月的门诊患者,按就诊顺序随机分为 2 组,治疗组和对照组各 36 例。其中治疗组男 14 例,女 22 例;年龄 23 ~ 81 岁,平均年龄(59 ± 18.3)岁;平均病程(2.8 ± 1.6)年。对照组中男 19 例,女 17 例;年龄 21 ~ 79 岁,平均年龄(56 ± 17.3)岁;平均病程(2.9 ± 1.7)年。2 组抑郁症患者

的一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),均具有可比性。诊断标准:依据《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^[4]制定。

纳入标准:1)凡符合上述诊断标准,发病后造成的痛苦和不良后果至少已持续两周者;2)应用本疗法治疗前不使用任何抗抑郁药物,并停服安眠镇静剂观察 1 周者。

剔除标准:1)器质性精神障碍者;2)合并其他心、脑、肝、肾、内分泌及造血系统等严重患者;3)严重精神、神志障碍不能配合者;4)不良反应而被迫终止治疗者或不能坚持治疗而脱落者。

1.2 治疗方法 治疗组:1)电针治疗。穴位组成:主穴:头二神、角孙、百会、印堂。配穴:中脘、天枢、三阴交、足三里、合谷、神门。患者仰卧位,针刺完毕后,取头二神配角孙、百会配印堂加用 G6805-I 型电针治疗仪(鲁食药监械生产许 20050063 号)选连续波,频率 4 ~ 100 Hz,通电 30 min/次,治疗 5 次/周,连续治疗 8 周。2)膏方治疗。琥羚解郁安神膏。

药物组成:方用逍遥散合归脾汤加减,药用柴胡 90 g、赤芍 100 g、白芍 120 g、厚朴 90 g、川芎 100 g、党参 120 g、茯苓 120 g、黄精 120 g、黄芪 150 g、淮山药 120 g、当归 120 g、龙眼肉 120 g、酸枣仁 120 g、香附 60 g、远志 120 g、胆南星 90 g、苍术、白术各 120 g、木香 90 g、枳壳 60 g、生甘草 60 g、西洋参(另煎冲)90 g、炒栀子 90 g、刺五加 120 g、五味子 90 g、佛手 90 g、石菖蒲 90 g、生龙骨、生牡蛎各 120 g、姜半夏 90 g、合欢皮 90 g、焦三仙 120 g、柏子仁 120 g、麦冬 120 g、生地黄 150 g、熟地黄 150 g、盐杜仲 90 g、石斛 90 g、丹参 90 g、黄柏 90 g、知母 90 g、肉苁蓉 120 g、陈皮 90 g。煎煮 3 遍,取其药汁,沉淀滤清去其杂质,放其武火上浓缩至稠糊状,加入阿胶 90 g、龟甲胶 90 g、鹿角胶 90 g、琥珀粉 120 g、羚羊角粉 30 g、烊化后入蜂蜜 750 g,炼蜜收膏。装瓶备用。口服 10 g/次,3 次/d,早中晚饭前用温开水化服,服用 8 周。3) 中药刮痧:交泰助眠刮痧膏。药物组成:黄连 30 g、肉桂 15 g、琥珀粉 15 g、夜交藤 20 g、磁石 20 g、石菖蒲 30 g、红花 10 g、益智仁 10 g、山柰 12 g、丁香 10 g、三七粉 20 g、樟脑 5 g、冰片 5 g。制备方法:上药研为极细面,混合均匀后,用白凡士林 500 g,研磨搅拌为泥糊状,装瓶备用。刮痧方法:先俯卧自颈部一脊柱一腰骶部涂上刮痧膏,自上至下刮痧 30~50 次,重点在心俞、肝俞、脾俞、胆俞、肾俞点按刮拭,然后依此为中线,自颈部开始排列成“扇形”左右刮痧至腰尾骶部。反复刮拭 5~10 遍。仰卧后,行胸腹部刮痧,重点在膻中、期门、章门点按刮拭^[5],方法与次序对应同上。一般在针毕后进行,亦可让患者带回家,于每晚洗浴后进行,1 次/d 或隔日 1 次均可^[6],连续刮拭 8 周。对照组:口服盐酸氟西汀胶囊(礼来苏州制药有限公司,国药准字:J20030017),1 次/d,20 mg/次,连续服用 8 周。

1.3 观察指标 采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)^[7]。对治疗前后 HAMD 主要症状分值进行观察对照,另对抑郁症患者治疗前后 SDS 量表变化的进行比较分析。此外,治疗前后进行血常规、肝肾功能检测,用来检测药物的安全性及不良反应。疗效评定标准:依据汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对治疗后的减分率评定疗效。减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%^[6]临床治愈:临床症状消失,情感恢复正常,并能正常的工作和学习,HAMD 减分率≥75%;显效:临床症状基本消失,日常工作和学习能够坚持,但达不到正常水准,HAMD 减分率≥50%并<75%;有效:临床

症状部分消失,但对日常工作和学习不能完全胜任,HAMD 减分率≥25%但<50%;无效:临床症状无改善,HAMD 减分率<25%。以上评定由两名经过培训而不知分组情况的医生分别在治疗前后进行评定。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差表示,采用 *t* 检验进行变量间的比较,计数资料采用 χ^2 检验。以 *P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组抑郁症患者临床疗效比较 治疗组 36 例中痊愈 17 例占 47.22%,显效 15 例占 41.66%,有效 4 例占 11.11%,总有效率 100%;对照组 36 例中,痊愈 9 例占 25%例,显效 12 例占 33.33%,有效 10 例占 27.77%,无效 5 例占 13.88%,总有效率 86.11%。治疗组的临床愈显率和总有效率均明显高于对照组(*P*<0.05)。

2.2 2 组抑郁症患者治疗前后 HAMD 主要症状分值变化的比较 2 组抑郁症患者治疗后 HAMD 主要症状分值均较治疗前显著降低,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。在改善患者抑郁悲观、自卑自责、焦虑恐惧等精神症状方面,治疗组疗效明显优于对照组(*P*<0.05 或 *P*<0.01),2 组在改善失眠方面差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 1。

表 1 2 组抑郁症患者治疗前后 HAMD 主要症状
分值变化比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	治疗组(<i>n</i> =36)		对照组(<i>n</i> =36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
抑郁悲观	2.96±0.54	1.52±0.57*△	2.99±0.68	1.98±0.98*
自卑自责	2.51±0.66	0.73±0.54**△△	2.53±0.69	1.46±0.86*
焦虑恐惧	2.45±0.89	0.97±0.44**△△	2.47±0.83	1.28±0.67*
失眠	1.82±0.84	0.81±0.54*	1.84±0.65	0.84±0.44*

注:与本组治疗前比较,**P*<0.05,***P*<0.01;与对照组治疗后比较,△*P*<0.05,△△*P*<0.01。

2.3 2 组抑郁症患者治疗前后 SDS 量表变化的比较 2 组抑郁症患者治疗后与治疗前比较,差异均具有统计学意义(*P*<0.05 或 *P*<0.01)。治疗组在改善患者情绪郁闷、乏力疲倦、悲伤欲哭、兴趣低下等方面均优于对照组(*P*<0.05 或 *P*<0.01)。在改善患者心神不宁方面 2 组患者效果大致相当(*P*>0.05)。见表 2。

2.4 不良反应 治疗组均无任何不良反应;对照组的不良反应较多,主要表现在消化系统与神经系统,其中有恶心者 5 例,食欲减退 5 例,便秘 6 例,头痛 3 例,头晕 1 例,2 组患者在治疗后实验室检查均未出

现血、尿常规及肝功能的明显异常。

表 2 2 组抑郁症患者治疗前后 SDS 量表
分值变化比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗组 (n = 36)		对照组 (n = 36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
情绪郁闷	2.86 ± 0.35	0.94 ± 0.55 ^{**△△}	2.93 ± 0.46	1.42 ± 0.69 ^{**}
乏力疲倦	2.23 ± 0.80	0.57 ± 0.86 ^{**△△}	2.29 ± 0.59	0.69 ± 0.51 ^{**}
悲伤欲哭	3.49 ± 0.43	1.32 ± 0.87 ^{**△△}	3.46 ± 0.45	1.71 ± 0.75 ^{**}
兴趣低下	2.87 ± 0.73	1.26 ± 0.89 ^{**△△}	2.86 ± 0.69	1.59 ± 0.54 [*]
心神不宁	2.98 ± 0.63	1.59 ± 0.72 ^{**}	2.93 ± 0.64	1.62 ± 0.39 ^{**}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,^{**} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$ 。

3 讨论

中医学对抑郁症的论述早在两千年前就有丰富的记载,如《黄帝内经》称为“郁证”“癫狂”,《金匱要略》称为“脏躁”“百合病”“惊悸”“怔忡”等,对其治疗也有丰富多彩的论述。有人分析现行公认的抑郁症的诊断标准中所规定的主要症状,其绝大部分属于中医的虚证范畴,以心、脾、肾三脏亏虚为主,兼有肝郁症状,其中又以肾虚最为常见^[8]。笔者创立的三联疗法是根据中医对抑郁症的病机认识,结合现代医学对本病的分析结合家传治疗郁证的经验效方总结而形成的多靶点共振治疗方法,经过多年的临床运用观察,其疗效优于单一的中西药物治疗。

针电结合以中医经络理论为指导,在头部针刺后加电,通过电流低强度微量的刺激大脑,改变患者大脑异常的脑电波,促使大脑分泌一系列与抑郁、焦虑、失眠等疾病存在密切联系的神经递质和激素,以此实现对这些疾病的治疗。有研究表明,电针可调节抑郁症患者植物神经系统,促进中枢神经递质代谢,改善机体免疫功能^[9]。电针对细胞因子的抑制作用是电针治疗抑郁症的机制之一^[10]。笔者临床以头针辨病与体针辨证为取穴原则,以头二神配角孙、百会配印堂加用电针,就是基于上述机理的认识,可以取得较好的抗抑郁与安神效果。体穴以心经的原穴神门,肝经的原穴太冲、合谷,此二穴分别为肝经、大肠经原穴,二穴一阴一阳,一升一降,一气一血,共同起到调畅气血、疏肝解郁的作用,加之肝脾肾三经的交会穴三阴交及胃经足三里,以加强调和气血之效。现代研究针刺治疗抑郁症疗效优于西药,是一种治疗抑郁症的有效方法^[11]。

膏方组合突出中医辨证施治,以疏肝解郁、活血化瘀为中心,以养心、健脾、补肾为辅;选方以逍遥散与血府逐瘀汤为基础方,以归脾汤来补益心脾,以越鞠丸来行气解郁,以一贯煎与六味地黄丸来补益肝

肾,大补阴丸滋阴降火,共同组成琥羚解郁安神膏。膏方加入西洋参、刺五加、党参、黄芪、白果补益心脾气阴,现代药理研究显示有明显抗抑郁活性作用^[12];越鞠丸组方又加入木香、郁金、石菖蒲、佛手疏肝理气、调理脾胃气机,现代研究调理脾胃气机对治疗抑郁症起着重要的作用^[13];陈皮、姜半夏相配燥湿健脾;厚朴、白术理气宽中;诸药共凑健脾养心,补益气血。中医认为抑郁症的病因病机主要为肝失疏泄,气机郁滞,郁久化火,故在膏方中加入羚羊角,胆南星,栀子以达清心火,除烦热之功,《本草拾遗》讲,羚羊角主治惊悸,烦闷,卧不安,与琥珀为伍,可达到清心安神之功。柏子仁、酸枣仁、远志养心安神。纵观该膏方融开郁、活血、化痰、泻火、补气、养血、滋阴、填精、安神为一炉。令膏方缓图,以求慢功实效,并给患者做好心理疏导。现代研究抑郁症除了实施针灸和药物治疗外,心理辅导在治疗中也起关键作用^[14]。

中药刮痧是根据十二经脉与奇经八脉在肤体分布的理论,尤其是背俞穴刮痧,可以疏通督脉,督脉为诸阳之会,总督一身之阳,可以振奋阳气,调节五脏六腑的功能。通过摩、擦、推、按、点等刮痧手法结合刮痧膏在局部的吸收,来疏通气血循环,改善脏腑功能的偏盛与偏衰,调整阴阳达平衡,对失常的生物信息加以调整,从而起到对病变脏器的调治作用^[5]。

现代医学认为治疗抑郁症需长期服药,以服用抗抑郁药物为主,但存在少许不良反应。本研究结果显示,应用本法实施的多靶点共振综合治疗,可达到良好的临床治疗效果,且无长期口服抗抑郁药带来的不良反应,又具有远期的临床疗效。

参考文献

[1] 郝伟. 精神病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2008:106.
[2] 杨秋莉,徐蕊,于迎,等. 五态人格、体质类型与抑郁症的中医证型的关系探讨[J]. 中医杂志,2010,51(7):655-657.
[3] 赵紫楠,邵宏,聂小燕,等. 2010-2011 年我国六城市抗抑郁药临床应用现状及分析[J]. 中国医院药学杂志,2013,33(23):1986-1988.
[4] 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[S]. 中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.
[5] 王敬,杨金生. 中国刮痧健康法大全[M]. 北京:北京科学技术出版社,2002:261-266.
[6] 田绍侠. 面部皮肤病自疗与美容护肤[M]. 北京:解放军昆仑出版社,2004:296-300.
[7] 张晓园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1993:34,122,198.

磷脂(ox-LDL),形成溶血卵磷脂和氧化脂肪酸,是介导 ox-LDL 产生系列生物学效应的关键性酶,在动脉粥样硬化引起的缺血性胸痛的发展中起到重要的作用^[7-8]。

中医学将冠心病心绞痛归于心痛、胸痹等病证的范畴内,其中对心血瘀阻型患者治疗以活血化瘀为主。活血通络方中丹参含有脂溶性成分(如丹参酮 I、丹参酮 II A、丹参酮 II B 等),以及水溶性成分(如丹参素、丹酚酸等),具有减轻内皮损伤、抗炎、抑制血小板聚集等多重作用^[9-11],在多种治疗心绞痛的中成药中均有应用^[12]。红花与丹参皆入心、肝经,两药合用滋补肝肾、活血祛瘀、通脉疏络、安神宁心^[13],从红花中得到的化学成分包括黄酮、生物碱、红花黄色素等,其中红花黄色素可明显增加冠脉血流量,改善心肌缺血,且有一定抗炎镇痛活性^[14]。当归补血活血,川芎行气活血,二者也是临床常用的药对,含有阿魏酸、藁本内酯等,配伍后活血作用更为明显^[15-16];与葛根、枳壳、水蛭、蜈蚣、地龙配伍后,共收活血化瘀、通络止痛之效。

本研究显示,在常规治疗的基础上加用活血通络方治疗 8 周后,治疗组心绞痛(92.3% vs 73.1%)和心电图有效率(84.6% vs 61.5%)均较对照组明显提高($P < 0.05$);同时测得治疗组血清中 hs-CRP 及 Lp-PLA2 较治疗前及治疗后的对照组显著下降($P < 0.05$),推测活血通络方通过增强抗炎作用发挥对 UAP 的辅助治疗作用。此外,2 组均未观察到明显不良反应出现,表明药物安全性良好。然而,本研究入选患者不多,其研究结果仍有待大规模临床数据的进一步验证。

参考文献

- [1] Neri SGG, Coppo M, Bandinelli M, et al. Exaggerated myocardial ox-LDL amount and LOX-1 receptor over-expression associated with coronary microvessel inflammation in unstable angina[J]. *Atherosclerosis*, 2013, 226(2):476-482.

- [2] 崔跃起,江文科. 高敏 C 反应蛋白与不稳定型心绞痛的相关性研究[J]. *中国当代医药*, 2013, 20(24):113-114.
- [3] Koenig W. High-sensitivity C-reactive protein and atherosclerotic disease: from improved risk prediction to risk-guided therapy[J]. *Int J Cardiol*, 2013, 168(6):5126-5134.
- [4] Jabor B, Choi H, Ruel I, et al. Lipoprotein-associated phospholipase A (2) (Lp-PLA(2)) in acute coronary syndrome: relationship with low-density lipoprotein cholesterol[J]. *Can J Cardiol*, 2013, 29(12):1679-1686.
- [5] Yan J, Zang X, Chen R, et al. The clinical implications of increased cyclophilin A levels in patients with acute coronary syndromes[J]. *Clin Chim Acta*, 2012, 413(7/8):691-695.
- [6] Ridker PM. A Test in Context: High-Sensitivity C-Reactive Protein[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2016, 67(6):712-723.
- [7] 潘晨亮,彭瑜,张钰. 脂蛋白相关磷脂酶 A2 与冠心病的相关性研究进展[J]. *中国动脉硬化杂志*, 2014, 22(1):90-94.
- [8] White HD, Simes J, Stewart RA, et al. Changes in lipoprotein-Associated phospholipase A2 activity predict coronary events and partly account for the treatment effect of pravastatin: results from the Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease study[J]. *J Am Heart Assoc*, 2013, 2(5):e000360.
- [9] 赵春娟,马玉清,郭杨志,等. 丹参提取物药理作用研究进展[J]. *光明中医*, 2014, 29(9):2013-2015.
- [10] 杨巧玉,刘杨,包华音. 近 5 年丹参化学成分及药理作用研究进展[J]. *食品与药品*, 2014, 16(2):145-146.
- [11] 杨翠荣. 丹参现代研究概况[J]. *中国临床研究*, 2014, 6(14):147-148.
- [12] 周松,范叔清,张喜民,等. 丹参在治疗心绞痛中成药组方中的应用分析[J]. *中成药*, 2015, 37(4):924-928.
- [13] 李淑娇,唐于平,沈娟,等. 药对研究(Ⅷ)——丹参-红花药对[J]. *中国中药杂志*, 2013, 38(24):4227-4231.
- [14] 唐晓佳,殷莎,袁婷婷,等. 红花的化学成分及其药理活性研究进展[J]. *药学实践杂志*, 2013, 31(3):161-168.
- [15] 尹辉. 当归化学成分及药理活性研究进展[J]. *重庆科技学院学报:自然科学版*, 2015, 17(1):100-101.
- [16] 周鸿,黄含含,张静泽,等. 川芎-当归药对研究进展[J]. *中成药*, 2015, 37(1):184-188.

(2016-01-11 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 995 页)

- [8] 曲森,唐启盛. 抑郁症与中医“郁证”的关系探讨[J]. *北京中医药大学学报*, 2004, 27(1):11-13.
- [9] 罗和春,库宝善. 电针治疗常见精神病[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1993:144-147.
- [10] 李清亚,王晓慧,程俊. 针刺治疗抑郁症研究现状[J]. *现代中西医结合杂志*, 2010, 19(23):2989-2991.
- [11] 魏波,徐伊. 针刺治疗抑郁症 72 例临床观察[J]. *暨南大学学报:自然科学与医学版*, 2013, 34(6):664-666.

- [12] 唐胜修,徐祖豪,唐萍,等. 针刺治疗抑郁性神经症的临床研究[J]. *中国针灸*, 2003, 23(10):585-586.
- [13] 张丽萍. 抑郁症治疗中重视调理脾胃气机的作用探讨[J]. *陕西中医*, 2005, 26(1):45-47.
- [14] 于佳卫,顾锡镇. 中医药治疗抑郁症研究进展[J]. *广西中医药*, 2011, 34(2):6-7.

(2015-03-25 收稿 责任编辑:王明)