调督通脑针法治疗脑梗死后抑郁症的临床疗效

郭晓芳[1]　连玲霞[1]　王艳君[2]
（1 邯郸市中医院，邯郸，056001；2 河北省中医院，石家庄，050011）

摘要　目的：观察调督通脑针法治疗脑梗死后抑郁症的临床疗效。方法：选取 68 例脑梗死后抑郁症患者，随机分为观察组和对照组，2 组均给予西医常规治疗及普通针刺治疗，观察组加用调督通脑针法，对照组加用口服草酸西酞普兰。治疗前及治疗 4 周末、8 周末应用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、临床神经功能缺损评分量表（CNFD）、日常生活活动能力量表（BI）对患者的抑郁程度、神经功能缺损程度、生活能力进行评定，同时观察不良反应。结果：治疗结束后，观察组有效率为 94.12%，对照组有效率为 81.82%，差异有统计学意义（$P<0.05$）；在改善患者 HAMD 评分方面，2 组差异有统计学意义（$P<0.05$）、在临床神经功能缺损、Barthel 指数评分方面，2 组差异有统计学意义（$P<0.05$），且随着治疗时间延长，评分改善愈明显。结论：和艾司西酞普兰都能减缓患者的抑郁症状，但在促进神经功能康复及生命质量的改善方面，调督通脑针法更胜一筹。

关键词　针刺；脑梗死；并发症；抑郁症

Clinical Effects on Du-regulating and Cerebrovascular-unblocking Acupuncture Therapy in the Treatment of Depression after Cerebral Infarction

Guo Xiaofang[1], Lian Lingxia[1], Wang Yanjun[2]
(1 *Handan Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Handan* 056001, *China*;
2 *Hebei Province Hospital of TCM*, *Shijiazhuang* 050011, *China*)

Abstract　**Objective**: To observe the clinical effects of Du-regulating and cerebrovascular-unblocking acupuncture therapy on depression after cerebral infarction. **Methods**: A total of 68 eligible cases of patients diagnosed with depression after cerebral infarction were admitted into Handan Hospital of Traditional Medicine from October 2015 to October 2016, which were randomly divided into the observation group and the control group according to the random number table. All the patients were treated with conventional western medicine therapy and conventional acupuncture therapy. On the basis of the conventional therapies, patients in the observation group were treated with Du-regulating and cerebrovascular-unblocking acupuncture therapy, whereas patients in the control group were treated with oral administration Escitalopram oxalate Tablets. Hamilton depression scale (HAMD), clinical neurological function deficit scale (CNFD) and Barthel Index (BI) were used to evaluate the patients' depression degree, nervous functional defects degree and living ability before treatment, 4 weeks and 8 weeks after treatment respectively. In addition, adverse reactions were also observed. **Results**: The total effective rate was 94.12% in the observation group, compared with 81.82% in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$); the observation group was superior to the control group in improving the HAMD ($P<0.05$), CNFD and BI scores ($P<0.05$), and the differences were all statistically significant. Moreover, the grades improved more significantly with treatment time extension. **Conclusion**: Escitalopram oxalate, together with Du-regulating and cerebrovascular-unblocking acupuncture therapy were effective for depression after cerebral infarction, and Du-regulating and cerebrovascular-unchocking acupuncture therapy was much better in promoting the recovery of neural function and enhancing the quality of life.

Key Words　Acupuncture; Cerebral infarction; Complications; Depression
中图分类号：R245；R749　　**文献标识码**：A　　**doi**：10.3969/j.issn.1673－7202.2018.03.036

脑梗死后抑郁是脑梗死常见的并发症之一，其发生率约 41.8%[1]。现代医学认为脑梗死后抑郁首选药物治疗，目前应用较多的是 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI），包括西酞普兰、舍曲林等。因药物不良反应导致依从性较差，而采用针刺治疗脑梗死后抑郁具有疗效确切，安全实用的特点。“调督通脑针法”以百会、神庭、哑门等头部腧穴为主穴，体现调节阴阳平衡、调督通脑的宗旨，我们对 34 例脑梗死后

基金项目：河北省科技厅科研项目（14277706D）——调督通脑针法治疗针灸优势病种的临床研究
作者简介：郭晓芳（1983.09—），女，硕士研究生，主治中医师，研究方向：中西医结合防治脑血管病，E-mail：xinxinbaihe2006@163.com
通信作者：王艳君（1962.05—），女，博士，博士后，主任医师，教授，研究方向：针药结合治疗脑血管病及疑难病，E-mail：wangyj8055@sina.com

抑郁患者应用调督通脑针法取得良好效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月至2016年10月邯郸市中医院脑二科住院被确诊为脑梗死并发抑郁症患者68例，均依据随机数字表法[2]分为观察组和对照组，其中对照组有1例脱落。观察组34例，男18例，女16例，年龄38～65岁，平均年龄(57.8±0.4)岁，病程4周至2年，平均病程(1.3±0.2)年。对照组33例，男17例，女16例，年龄40～65岁，平均年龄(56.5±0.3)岁，病程6周至2.2年，平均病程(1.5±0.1)年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 脑梗死诊断标准 参考《各类脑血管病诊断要点》进行诊断(1995年中华医学会全国脑血管病学术会议第4次修订的标准[3])。所有病例均行头颅CT或MRI检查，并确诊为脑梗死。中医病症诊断符合《中医病症诊断疗效标准》[4]郁证诊断。

1.2.2 抑郁症诊断标准 对抑郁症的诊断参考中国精神障碍的分类与诊断标准(ICD-10)[5]：以心境低落为主要临床相，可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至木僵，并伴有相应的思维和行为的明显减少。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。

1.3 纳入标准 入组病例符合上述诊断标准，并签署知情同意书；汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分≥18分；年龄30～65岁；病程≥4周；无意识障碍，可配合检查治疗。

1.4 排除标准 1)由脑出血或其他原因继发的抑郁症；2)脑梗死病程少于4周；3)伴有影响沟通的疾患：重度痴呆、失语、耳聋、意识障碍等；4)过敏体质者，曾有类似药物过敏史；5)有严重自杀倾向者；6)合并有妄想、幻觉、行为怪异等精神病性症状者；7)伴有心力衰竭、肝硬化失代偿期、肾功能衰竭等其他系统严重疾患及恶性肿瘤患者。

1.5 脱落与剔除标准 病情急剧加剧，不能耐受不良反应而自行停止治疗，或发生严重不良反应被迫停止治疗者视为脱落病例，并记录不良反应。

1.6 治疗方法 2组患者均给予针灸基础治疗，同时针对基础疾病给予西药常规基础治疗。伴偏瘫，取患侧穴位如下：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、悬钟。伴吞咽困难及构音障碍：廉泉、旁廉泉、完骨，廉泉刺向舌根方向，其余穴位取双侧，均刺向喉结方向，深度1.5寸左右。伴中枢性面瘫：颊车、地仓、下关，均取患侧。伴中枢性排尿障碍：关元、中极、曲骨。

1.6.1 针刺组 采用调督通脑针法。主穴取百会、神庭、哑门、肝俞、心俞、肾俞、太冲、太溪、神门、内关、膻中。穴位定位参考：石学敏主编全国高等中医药院校规划教材《针灸学》。

操作方法：使用华佗牌1～1.5寸、30号不锈钢一次性毫针(苏州医疗用品厂有限公司生产)进行操作，所有穴位应用75%乙醇棉球反复消毒3次，采用平补平泻手法。患者仰卧位，首先针刺百会、神庭、膻中、内关、神门、太冲、太溪；进针得气后留针30 min，然后患者俯卧位，针刺肝俞、心俞穴，肾俞，哑门快速出针。百会、神庭：从前向后刺入1寸，快速捻转150～200次/min，捻转1次/15 min，捻转1 min/穴。神门直刺0.5寸；太冲，太溪直刺0.8寸。内关：直刺0.8～1寸。捻转0.5 min/穴，捻转1次/15 min。膻中：平刺0.5寸，针尖向上，捻转0.5 min/穴。哑门：取伏案坐位，项部放松，向下颌方向刺入0.8寸，心俞、肝俞、肾俞：向脊柱方向斜刺约0.8寸，捻转0.5 min/穴后取针。1次/d，治疗5次，休息2 d，连续治疗8周。

1.6.2 西药组 口服草酸艾司西酞普兰片(四川科伦药业股份有限公司，国药准字H20080788)5 mg。第1～2天1.25 mg；第3～4天2.5 mg；第4～6天3.75 mg；第7天开始5 mg。逐渐加到10 mg。疗程8周。

1.7 观察指标 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)：评价患者抑郁症状。神经功能缺损量表：评价患者神经功能缺损程度。日常生活能力量表(Barthel指数)：评定患者日常生活能力。

1.8 安全指标与不良反应 治疗前及治疗8周后共2次检测心电图、血常规、肝肾功能。不良反应：药物不良反应主要包括呵欠、失眠、感觉异常、震颤、头晕、出汗增多、嗜睡等。针刺不良反应包括针刺引起晕针、针刺局部出血、血肿、针刺部位疼痛、心动过速、血压升高等。

1.9 疗效判定标准 针刺治疗由专业针灸医师完成，各项量表评定由统一经过培训的治疗师完成他们均不知情该课题的设计内容。参照精神科评定量表制定[6]，减分率=[(治疗前总分－治疗后总分)/治疗前总分]×100%。痊愈：抑郁症状完全或绝大部分改善，HAMD评分减分率大于75%。显效：抑郁症状基本改善，HAMD评分减分率51%～75%。有效：抑郁床症状有所减轻，HAMD评分减分率

30%～50%。无效:抑郁症状无改善,HAMD 评分减分率小于 30%。

1.10　统计学方法　采用 SPSS 19.0 统计软件分析数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后组内和组间比较采用 t 检验,计数资料用率表示,用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　治疗前后 2 组 HAMD 评分比较　治疗前 2 组患者 HAMD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);4 周治疗后,2 组 HAMD 评分均较治疗前减少,差异有统计学意义($P<0.05$),组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);8 周治疗后,2 组 HAMD 评分较治疗前明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 HAMD 评分改善优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1　2 组 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗 4 周末	治疗 8 周末
观察组($n=34$)	29.72±5.16	16.14±4.32*	9.37±2.07*△
对照组($n=33$)	28.80±5.31	18.35±4.06*	14.05±4.20*

注:与同组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后,△$P<0.05$

2.2　治疗前后 2 组临床神经功能缺损评分比较　治疗前 2 组临床神经功能缺损评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);4 周治疗后临床神经功能缺损评分均增高,但与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);8 周治疗后,观察组和对照组临床神经功能缺损评分较治疗前有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组 8 周治疗后临床神经功能缺损评分改善较对照组好,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2　2 组临床神经功能缺损评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗 4 周末	治疗 8 周末
观察组($n=34$)	45.16±4.13	56.55±3.21	76.64±5.66*△
对照组($n=33$)	44.09±5.01	52.44±3.89	61.93±6.79*

注:与同组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后,△$P<0.05$

2.3　治疗前后 2 组日常生活活动能力量表评分比较　治疗前 2 组日常生活活动能力量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);4 周治疗后,日常生活活动能力量表评分均较前提高,与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);8 周治疗后,观察组和对照组日常生活活动能力量表评分较治疗前有明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后日常生活活动能力量表评分改善较对照组好,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3　2 组日常生活活动能力量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗 4 周末	治疗 8 周末
观察组($n=34$)	43.10±3.15	58.89±4.31	76.95±6.53*△
对照组($n=33$)	42.44±4.09	56.63±3.69	62.56±5.91*

注:与同组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后,△$P<0.05$

2.4　2 组临床疗效比较　疗程结束后,观察组和对照组抑郁治疗总有效率分别为 94.12%(32/34)和 81.82%(27/33),差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.5　不良反应　疗程结束后,对完成试验的患者复查心电图、血常规、肝肾功能,未发现有临床意义的改变。观察组无药物不良反应,对照组出现震颤(1 例),呵欠(3 例)、头晕(2 例)、出汗增多(1 例)、嗜睡(2 例),其中出现震颤的患者自行退出研究,其余未经特殊处理,自行缓解。观察组和对照组均未出现因针刺引起的不良反应。

3　讨论

脑梗死后抑郁继发于脑梗死,表现为心情压抑,情绪低落,思维迟钝,言语动作减少,对周围人和物缺乏兴趣,失眠等一系列抑郁症状和相关躯体症状,其发病机制尚不明确,可能包括以下几个方面:机体特定基因对抑郁症的易感性[7]、脑神经元再生减少[8]、低浓度神经营养因子诱发[9]、脑缺血后的继发退行性变化[10]、神经递质含量减少及炎性细胞因子增加[11]等。

中医学认为患者突发言语不利,肢体不遂等中风表现,生命质量和社交能力明显下降,郁怒不畅,使肝失条达,气失疏泄,而致肝气郁结,气郁日久可化火,气滞又可导致血瘀不行。肝郁及脾,脾失健运,水液运化失司,蕴湿生痰,致气滞痰郁;脾虚生化乏源,则气血不足,心脾两虚,郁久化火易伤阴血,累及于肾,阴虚火旺,继之出现种种虚损之候。由此可以看出中风后抑郁本属肝肾阴虚,阴损及阳,阴阳失调,标为郁火、痰浊、湿邪、瘀血阻滞气机,与多脏腑功能失调相关。

《素问·阴阳应象大论》曰:“故善用针者,从阴引阳,从阳引阴,以右治左,以左治右……”《素问·标本病传论》云:“凡刺之方,必别阴阳,前后相应,逆从得失,标本相移。”故针刺以补益阳经气血为主,调理脏腑阴阳平衡为总则,由此创立调督通脑针法。督脉循行分布于腰、背、头面正中,上行属脑,总督六阳经,督一身之阳气,并有调节阳经气血的作用,有“阳脉之海”之称,《灵枢·经脉》:膀胱足太阳之脉,起于目内眦,上额,交巅,主治头面五官及神志病,故以督脉及膀胱经穴为主。组方中百会穴为百脉之

会，贯达全身。头为诸阳之会，百脉之宗，而百会穴则为各经脉气会聚之处。杨上善注说“胃流津液渗入骨空，变而为髓，头中最多，故为海也。是肾所生，其气上输脑盖百会穴，下输风府也”。可见，百会穴与脑密切联系，针刺百会可达到疏调气血以养脑髓的目的。神庭为足太阳膀胱经、足阳明胃经、督脉的交会穴，神，天部之气也，庭，庭院，聚散之所也，意指督脉的上行之气在此聚集，故有醒神开窍的作用。哑门为督脉穴、系督脉与阳维脉之会穴，收引阳气。哑门穴可通调头部气血，促进脑络气血运行。心藏神，心腧为心的背俞穴，神门为心经原穴，可调理心神而安神定志，《医方论·越鞠丸》中亦说：“凡郁病必先气病，气得流通，郁于何有？”故配合可调理气机穴位。《百证赋》“建里内关扫尽胸中之苦闷”。故内关又可宽胸理气，太冲疏肝解郁理气，太溪补益脑髓，《普济》：“膻中为气之海，然心主为君，以敷宣散令。膻中主气，以气有阴阳，气和志适，则喜乐由后；分布阴阳，故官为臣使也。”肝俞、肾俞滋补肝肾，养血益精，培元固本以治本。诸穴相合，共奏补益阳气，调督通脑开窍，调畅气机之效。且本研究严格规定了进针方法、角度、行针时间及刺激量，使针灸量化，具有可重复性。

该研究结果证实，应用“调督通脑针法”治疗脑梗死后抑郁，对照组有效率低于观察组有效率，观察组神经功能恢复及生活能力评分均较对照组改善明显，由此证实应用调督通脑针刺法不仅能改善脑梗死患者抑郁症状，更能很好的改善患者生命质量，促进患者生活和社交能力尽早恢复，从而降低致残率，早日回归社会。

参考文献

[1] 张志珺，袁勇贵. 卒中后抑郁障碍：机制、诊断与治疗[J]. 中国卒中杂志，2014，9(1)：5-8.

[2] 方积乾. 卫生统计学[M]. 6 版. 北京：人民卫生出版社，2008：456.

[3] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志，1995：29(6)：379.

[4] 陈佑邦. 中医病症诊断疗效标准(中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1-001.9-94)[S]. 南京：南京大学出版社，1994：175.

[5] 中华医学会神经科分会. 中国神经障碍分类与诊断标准 CCMD-3[S]. 3 版. 济南：山东科学技术出版社，2001：118.

[6] 王玉龙. 康复评定[M]. 北京：人民卫生出版社，2000：485.

[7] Blaveri E, Kelly F, Mallei A, et al. Expression profiling of a genetic animal model of depression reveals novel molecular pathways underlying depressive-like behaviours[J]. PLoS One, 2010, 5(9): e12596.

[8] Lee S, Jeong J, Kwak Y, et al. Depression research: where are we now? [J]. Mol Brain, 2010, 3: 8.

[9] Ploughman M, Windle V, MacLellan CL, et al. Brain-derived neurotrophic factor contributes to recovery of skilled reaching after focal ischemia in rats[J]. Stroke, 2009, 40(4): 1490-1495.

[10] Yan T, Feng Y, Zhai Q. Axon degeneration: Mechanisms and implications of a distinct program from cell death[J]. Neurochem Int, 2010, 56(4): 529-534.

[11] Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression[J]. Nature, 2008, 455(7215): 894-902.

(2017-08-05 收稿 责任编辑：杨觉雄)

(上接第 686 页)

[6] 李祥云，庄燕鸿. 实用妇科中西医诊断治疗学[M]. 北京：中国中医药出版社，2005：100.

[7] Hamdan M, Omar SZ, Dunselman G, et al. Influence of endometriosis on assisted reproductive technology outcomes: a systematic review and meta-analysis[J]. Obstet Gynecol, 2015, 125(1): 79-88.

[8] 屈育莉，刘艳巧，党慧敏，等. 内异消保留灌肠治疗子宫内膜异位症的临床疗效观察[J]. 西安交通大学学报：医学版，2013，34(3)：397-399，402.

[9] 张磊，廖成彬，黄榕波，等. 右归丸调节肾阳虚垂体-靶腺轴功能的动态变化[J]. 广东药学院学报，2016，32(1)：102-106.

[10] 张春霞. 中药周期疗法治疗月经后期的临床观察[D]. 成都：成都中医药大学，2010.

[11] 张金凤，蒋楠. Th 亚群在子宫内膜异位症发病中的作用研究[J]. 中国妇幼保健，2016，31(15)：3155-3157.

[12] 李艳辉，耿育红，陈春艳，等. $CD4^+CD25^+FOXP3^+$ 调节性 T 淋巴细胞数量及功能变化与子宫内膜异位症患者发病相关性研究[J]. 现代妇产科进展，2016，25(3)：170-174.

[13] 胡兴焕，邹伟. 腹腔镜手术联合温肾活血中药治疗子宫内膜异位症疗效及对血清 Th1/Th2、氧化应激水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2016，25(29)：3208-3211.

[14] 苏晓华，宋殿荣，张英，等. 子宫内膜异位症中子宫内膜间质细胞血管生成能力的研究[J]. 国际妇产科学杂志，2015，42(1)：49-53，后插 1.

[15] 高巍，张莉，翟丽丽，等. 散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症患者术后血清 PGF2α、CA125 及子宫动脉血流动力学的影响[J]. 宁夏医科大学学报，2016，38(7)：832-835.

[16] 马慧聪. 祛瘀解毒法干预子宫内膜异位症患者卵泡液中 8-iso-PGF2α、SOD 水平的研究[D]. 济南：山东中医药大学，2015.

[17] 苏晓华，宋殿荣，张崴，等. 妇痛宁对子宫内膜异位症 COX2-PGE_2 作用途径的影响[J]. 天津中医药，2016，33(8)：481-486.

[18] 史淑红，李佃贵，孟宪鑫. 化浊解毒活血方对子宫内膜异位症患者血浆孤啡肽及前列腺素的影响[J]. 中成药，2007，29(6)：788-790.

[19] 于春丽，戴淑真. 环氧合酶-2 和前列腺素类物质在子宫内膜异位症的表达研究[J]. 现代妇产科进展，2006，15(6)：457-460，封三.

(2017-11-16 收稿 责任编辑：王明)