

- 研究[J]. 中华全科医学 2017, 15(9): 1506 - 1508.
- [14] 董赞, 柳刚, 王涛. 通督开窍针法治疗脑卒中失语症 30 例[J]. 安徽中医学报 2009, 28(1): 34 - 36.
- [15] 华小强. 通督调神针法联合言语训练治疗脑卒中后失语症疗效分析[J]. 实用中医药杂志 2018, 34(4): 485.
- [16] 杨伟先. 通督调神针法联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症对语言功能及生活质量的影响[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(10): 1145 - 1146.
- [17] 曹忠耀, 徐菁菁, 易玮. 通督调神针法联合认知训练治疗脑卒中后执行功能障碍临床研究[J]. 新中医 2019, 51(7): 235 - 238.
- [18] 张科凤. 息风通络中药联合 Schuell 刺激法治疗缺血性中风后失语症阴虚风动证疗效及对血清 CGRP、ET 的影响[J]. 现代中西医结合杂志 2017, 26(25): 2765 - 2767.
- [19] 陈睿, 孙苏闻, 周睿娴, 等. 养阴通络汤联合舌三针治疗缺血性中风后失语症阴虚风动证疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(20): 148 - 152.

收稿日期: 2020 - 06 - 23

揞针结合于氏丛刺治疗卒中后抑郁临床研究^{*}

王永亮¹, 吴建丽¹, 包瑞^{1△}, 李雪岩¹, 刘长燕², 韩盛旺¹, 苏航¹, 曲春成¹, 赵淑芳¹

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 黑龙江省中医药科学院, 黑龙江 哈尔滨 150001)

摘要: 目的: 观察揞针结合于氏丛刺治疗卒中后抑郁的临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为对照组 30 例、传统针刺组 30 例和联合针刺组 30 例。对照组在基础治疗基础上, 予以口服舍曲林, 传统针刺组在对照组基础上予以传统针刺干预, 联合针刺组在对照组的基础上, 予以揞针结合额区丛刺干预, 3 组均每日 1 次, 每周 7 次, 连续治疗 6 周。3 组患者分别于治疗前和治疗 6 周时运用 24 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、改良爱丁堡-斯堪的那维亚神经功能缺损评分量表(MESSS)以及测定 5-HT 水平比较 3 组间的疗效差异。结果: 治疗后 3 组患者 HAMD 评分和 MESSS 评分均较治疗前显著下降, 差异具有统计学意义($P < 0.01$), 传统针刺组和联合针刺组优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后 3 组患者 5-HT 水平较治疗前水平显著增高, 差异具有统计学意义($P < 0.01$), 传统针刺组和联合针刺组优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。疗效评定方面, 对照组总有效率 65.52% (19/29), 传统针刺组和联合针刺组总有效率分别为 78.57% (22/28) 和 89.66% (26/29)。结论: 在舍曲林基础上揞针结合于氏丛刺或传统针刺治疗卒中后抑郁比单独应用舍曲林更为有效、安全。揞针联合于氏丛刺较传统针刺疗效更优, 值得临床推广应用。

关键词: 卒中; 抑郁; 揞针; 于氏丛刺; 舍曲林

中图分类号: R246.6

文献标识码: A

文章编号: 1005 - 0779(2021)07 - 0015 - 05

DOI: 10.19917/j.cnki.1005 - 0779.021132

Clinical Study on Thumbtack Needling Combined with YU's Clustering Acupuncture in Treating Post - Stroke Depression

WANG Yongliang¹, WU Jianli¹, BAO Rui^{1△}, LI Xueyan¹, LIU Changyan², HAN Shengwang¹, SU Hang¹, QU Chuncheng¹, ZHAO Shufang¹

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China; 2. Heilongjiang Academy of Chinese Medical Sciences, Harbin 150001, China)

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of thumbtack needling combined with YU's clustering acupuncture in the treatment of post - stroke depression (PSD). **Methods:** 90 patients were randomly divided into the control group ($n = 30$), the traditional acupuncture group ($n = 30$) and the combined acupuncture group ($n = 30$). On the basis of basic treatment, the control group was treated with Sertraline; on the treatment basis of the control group, the traditional acupuncture group was treated with traditional acupuncture and the

^{*} 基金项目: 黑龙江省自然科学基金 编号: YQ2020H029; 黑龙江省中医药管理局项目 编号: ZHY2020 - 163。

作者简介: 王永亮(1982 -), 男, 主治医师, 研究方向: 针灸推拿治疗骨骼肌肉疼痛、中风后遗症。

△通讯作者: 包瑞(1982 -), 男, 副主任医师, 研究方向: 针灸治疗神经系统疾病。

combined acupuncture group was treated with thumbtack needling combined with clustering acupuncture. The treatment was once a day , 7 times a week for 6 weeks. The scores of 24 – item Hamilton Depression Scale (HAMD) and modified Edinburgh – Scandinavian stroke scale (MESSS) and the level of 5 – HT were observed and compared among the three groups before and after six weeks of the treatment. **Results:** The scores of HAMD and MESSS were significantly decreased after the treatment than those before the treatment in the three groups ($P < 0.01$); the decreases in the traditional acupuncture group and the combined acupuncture group were more significant than those in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The level of 5 – HT was significantly increased after the treatment than that before the treatment in the three groups ($P < 0.01$) , and the increase in the traditional acupuncture group and the combined acupuncture group was more significant than that in the control group ($P < 0.01$). In terms of the total effective effect , it was 65.52% (19/29) in the control group , 78.57% (22/28) in the traditional acupuncture group and 89.66% (26/29) in the combined acupuncture group. **Conclusion:** The therapy of thumbtack needling combined with YU’ s clustering acupuncture or the therapy of traditional acupuncture on the treatment basis of Sertraline is more effective and safer than the treatment of Sertraline alone in the treatment of PSD. Thumbtack needling combined with YU’ s clustering acupuncture has better curative effect than the traditional acupuncture and is worthy of clinical application.

Key words: Stroke; Depression; Thumbtack needling; YU’ s clustering acupuncture; Sertraline

卒中后抑郁(Post – stroke depression , PSD) 是卒中后引发的一类继发性抑郁症^[1] ,除因卒中导致的肢体运动、感觉障碍以及言语障碍外 ,还伴有情绪低落、兴趣缺乏、焦虑、睡眠障碍和食欲紊乱等 ,严重者甚至有自杀观念或行为^[2]。 PSD 的发生率为 12% ~ 60%^[2] ,中风后的 3 ~ 6 个月为高发期 ,并可持续 1 ~ 3 年 ,其症状明显降低了患者的生活质量 ,严重影响了患者的治疗及康复 ,从而提高了患者的死亡率^[3] ,且 PSD 常因患者可能存在情志异常、言语障碍等症状 ,无法获取相关信息而漏诊^[2]。因此 ,对于 PSD 的及时发现及治疗 ,有助于患者的治疗以及后期的康复。在临床治疗 PSD 时 ,主要是以抗抑郁药物治疗为主 ,但抗抑郁药物的不良反应广泛 ,治疗费用较高 ,且患者的依从性差 ,严重影响临床疗效^[4-5]; 而揸针联合于氏头针丛刺治疗 PSD 也具有较好的疗效。故本研究通过比较揸针联合于氏丛刺与传统针刺治疗 PSD 的疗效 ,为临床治疗 PSD 提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在 2018 年 1 月—2019 年 2 月于黑龙江中医药大学附属第二医院神经内科就诊的 90 名 PSD 患者 ,依照患者入组顺序将患者进行编号 ,采用随机数字表法将患者随机分为 3 组: 对照组、传统针刺组和联合针刺组。对照组有 1 例(因患者外出和依从性差 ,中途退出本研究组) 脱落 ,传统针刺组有 2 例(因患者外出和依从性差 ,中途退出本研究组) 脱落 ,联合针刺组有 1 例(因患者外出和依从性差 ,中途退出本研究组) 脱落。最后纳入统计的有效病例共 86 例。 3 组患者

中病程最短 2 个月 ,最长 6 个月; 3 组患者中最小年龄为 40 岁 ,最大年龄为 85 岁。对照组年龄 60 ~ 84 岁 ,病程 3 ~ 6 月; 传统针刺组年龄 60 ~ 71 岁 ,病程 2 ~ 6 月; 联合针刺组年龄 40 ~ 85 岁 ,病程 3 ~ 6 月。 3 组年龄、性别、疾病类型和病程等基线资料差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患者基线情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)
		男性	女性		
对照组	29	11	18	65.79 ± 5.03	4.26 ± 0.86
传统针刺组	28	12	16	65.21 ± 3.37	3.84 ± 0.91
联合针刺组	29	16	13	63.66 ± 6.58	4.14 ± 0.89

1.2 诊断标准

1.2.1 脑卒中诊断标准 符合《中国脑血管病防治指南》^[6]有关脑卒中诊断标准 ,并经头颅计算机断层扫描(CT) 及核磁共振(MRI) 等影像学检查确诊脑卒中。

1.2.2 抑郁西医诊断标准 《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》^[7]中 PSD 的诊断标准即同时满足 5 种条件可确诊 PSD。

1.2.3 抑郁中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]中有关郁证的诊断标准。

1.3 纳入标准

- ①符合《中国脑血管病防治指南》^[6]有关脑卒中诊断标准;
- ②符合《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》^[7]中 PSD 的诊断标准;
- ③年龄 40 ~ 85 岁;
- ④患者及其家属知情并签署知情同意书;
- ⑤依从性较好且无针刺禁忌证者。

1.4 排除标准

①不配合医师治疗,依从性较差,不接受针刺,未签署知情同意书者;②年龄 < 40 岁或 > 85 岁;③原发性抑郁或近 2 月内应用抗抑郁药物治疗者或家族成员中存在既往精神病史治疗者;④脑卒中后病情恶化,甚至休克、死亡或出现新的梗死灶或出血灶者;⑤合并有心、肝、肾和肺等器官的器质性病变者和肿瘤、血液和内分泌疾病者;⑥感知功能障碍如失语、失用或意识不清等不能交流合作治疗者;⑦对本试验药物过敏者。

1.5 脱落标准

①无论在任何情况下,受试者不愿意或不能进行临床试验,向医生提出要求退出试验者;②受试者的依从性较差;③受试者虽未明确告知医生退出本试验,但却失访者。

1.6 治疗方法

1.6.1 常规治疗 对 3 组患者依据其病情给予常规脑血管病对症及二级预防治疗,如改善脑循环、营养神经、控制血压、血糖、血脂和抗凝等治疗。

1.6.2 对照组 在常规治疗的基础上根据病情口服盐酸舍曲林(辉瑞制药有限公司,国药准字 H10980141) 初始剂量 50 mg/d 2 周后调整至 100 mg/d,1 次/d,每周 7 次,连续治疗 6 周。

1.6.3 传统针刺组 在对照组的基础上选取传统针刺的方法。选用全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《针灸治疗学》^[9]中郁证的取穴:百会、印堂、太冲、神门、内关和膻中。穴位参照 2006 年中华人民共和国国家标准(GB/T12345-2006)《腧穴名称与定位》^[10]进行定位。采用安迪牌针灸针(贵州安迪药械有限公司)0.35 mm × 40 mm 的针具,针刺前对穴位常规消毒。在头部针刺时,应使针尖与头皮以大约 15° 的夹角准确快速的刺入头部穴位,当针尖刺入帽状腱膜下,术者感到指下阻力减少时,再将针具平行于头皮刺入(深度约 30 mm);当面部针刺时,将针具平行于面部皮肤刺入;当四肢和躯干部针刺时,根据肌肉的丰厚程度从而调节刺入的深浅,垂直进针约 10 ~ 20 mm。头面部穴位行捻转平补平泻法,四肢和躯干部穴位行提插捻转平补平泻法,得气后施术 2 min,留针 30 min。1 次/d,每周 7 次,连续治疗 6 周。

1.6.4 联合针刺组 在对照组的基础上选取于氏头穴分区中的额区^[11]治疗和揸针治疗。

1.6.4.1 揸针操作 取穴:心俞、肝俞、肾俞、太阳、印堂和神庭。穴位参照 2006 年中华人民共和国国家标准(GB/T12345-2006)《腧穴名称与定位》^[10]进行定位。操作:患者应先正坐位,双手自然下垂,将穴位局部皮肤进行消毒,待局部皮肤上的酒精挥发后,将揸针[规格 0.2 mm × 1.5 mm,SEIRIN 株式会社,进口注册

号:国食药监械(进)字 2012 第 2272550 号(更)]贴于相应穴位上并进行按揉,使其出现痛、胀和酸的针感为宜,每次每穴按揉 1 min,每天按揉 4 ~ 5 次,每次间隔约 3 h,每日上午 8 时更换新的揸针,每周 7 次,连续治疗 6 周。出现不良反应则起针。

1.6.4.2 丛刺操作 选穴选取两侧神庭透囟会及其向左、右各 1 及 2 寸的平行线向上透刺。采用安迪牌针灸针(贵州安迪药械有限公司)0.35 mm × 40 mm 的针具,针刺前对穴位常规消毒。在头部针刺时,应使针尖与头皮以大约 15° 的夹角准确快速的刺入头部穴位,当针尖刺入帽状腱膜下,术者感到指下阻力减少时,再将针具平行于头皮刺入(深度约 30 mm),随后以大约 200 r/min 的频率快速捻转针具 1 min,采取长时间留针(4 h)、间断时间针(每 0.5 h 捻转 1 次,每次 1 min)的刺激方法;留针 4 h,1 次/d,每周 7 次,连续治疗 6 周。

1.7 疗效观察指标

1.7.1 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分 各组分别在治疗前后运用 24 项的 HAMD 抑郁量表来评估各组患者抑郁症状的严重程度。HAMD 总分为 78 分。HAMD 评分总分 < 8 分为无抑郁;8 分 ≤ HAMD 评分总分 < 20 分为可能有抑郁;20 分 ≤ HAMD 评分总分 < 35 分为轻度或中度抑郁;HAMD 评分总分 ≥ 35 分为重度抑郁^[12]。

1.7.2 改良爱丁堡-斯堪的纳维亚神经病学卒中量表(Modified Edinburgh - Scandinavian stroke scale, MESSS)评分 各组分别在治疗前后运用 MESSS 量表来评估各组患者的神经功能的缺损程度。0 分 ≤ MESSS 评分总分 ≤ 15 分为轻型;16 分 ≤ MESSS 评分总分 ≤ 30 分为中型;31 分 ≤ MESSS 评分总分 ≤ 45 分为重型^[13]。

1.7.3 5-HT 检测 分别采集 3 组治疗前和治疗后清晨空腹静脉血,对 5-羟色胺(5-HT)进行检测,采集静脉血完毕后以 800 r/min 并且离心 5 min,随后取富含血小板层的血浆 1 mL 待检。并且采用荧光分光光度计[希森美康医用电子(上海)有限公司,型号:XE-2100]检测 5-HT 的水平。

1.8 临床疗效评定

参照《精神科评定量表手册》^[12]制定疗效评定。3 组临床疗效的比较依据 HAMD 评分总分减分率进行评定。HAMD 评分总分减分率 = [(治疗前 HAMD 评分总分 - 治疗后 HAMD 评分总分) ÷ 治疗前 HAMD 评分总分] × 100%。痊愈: HAMD 评分总分减分率 ≥ 75%;显效: 50% ≤ HAMD 评分总分减分率 < 75%;有效: 25% ≤ HAMD 评分总分减分率 < 50%;无效: HAMD 评分总分减分率 < 25%。

1.9 统计学处理

采用 SPSS 22 统计软件进行数据处理和统计分析,连续变量采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用 l_{sd} 方法;分类变量采用频数表示,并采用卡方检验,检验水准 α 设定为 0.05。

2 结果

2.1 HAMD 评分比较

数据结果显示,治疗前 3 组 HAMD 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗 6 周后,3 组 HAMD 评分均较本组治疗前有明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.01$),表明 3 组患者经治疗 6 周后抑郁症状均有明显改善;治疗后联合针刺组评分优于传统针刺组和对照组,传统针刺组评分优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),表明联合针刺组的抑郁症状改善程度疗效更加明显。见表 2。

表 2 3 组卒中后抑郁患者治疗前后 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMD 评分(分)	
		治疗前	治疗 6 周后
对照组	29	27.86 ± 3.83	18.93 ± 2.55 ^a
传统针刺组	28	29.07 ± 3.81	16.54 ± 3.89 ^{ab}
联合针刺组	29	28.79 ± 3.18	13.93 ± 3.99 ^{abc}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$;与传统针刺组比较,^c $P < 0.05$ 。

2.2 MESSS 评分比较

数据结果显示,治疗前 3 组 MESSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗 6 周后,3 组 MESSS 评分均较本组治疗前有明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.01$),表明 3 组患者经治疗 6 周后神经功能损伤的症状均有明显改善;联合针刺组疗效优于传统针刺组和对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$),传统针刺组疗效优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$),表明联合针刺组的疗效更加明显。见表 3。

表 3 3 组卒中后抑郁患者治疗前后 MESSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MESSS 评分(分)	
		治疗前	治疗 6 周后
对照组	29	24.21 ± 6.01	17.76 ± 5.97 ^a
传统针刺组	28	25.46 ± 6.42	12.68 ± 3.62 ^{ab}
联合针刺组	29	25.34 ± 7.40	10.07 ± 2.05 ^{abd}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$;与传统针刺组比较,^d $P < 0.01$ 。

2.3 5-HT 水平比较

数据结果显示,治疗前 3 组 5-HT 水平差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗 6 周后,3 组

5-HT 水平均较本组治疗前有明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.01$),表明 3 组患者经治疗 6 周后 5-HT 水平均有明显提高;联合针刺组 5-HT 水平优于传统针刺组和对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$),传统针刺组疗效优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$),表明联合针刺组的疗效更加明显。见表 4。

表 4 3 组卒中后抑郁患者治疗前后 5-HT 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	5-HT(mg/mL)	
		治疗前	治疗 6 周后
对照组	29	23.43 ± 3.21	35.24 ± 4.61 ^a
传统针刺组	28	24.11 ± 3.46	39.44 ± 5.02 ^{ab}
联合针刺组	29	23.55 ± 3.32	43.31 ± 5.35 ^{abd}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$;与传统针刺组比较,^d $P < 0.01$ 。

2.4 3 组患者治疗后抑郁症状改善情况比较

联合针刺组总有效率为 89.66%,传统针刺组总有效率为 78.57%,对照组总有效率为 65.52%,联合针刺组总有效率高于传统针刺组和对照组,传统针刺组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 3 组卒中后抑郁患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	29	0	2	17	10	65.52
传统针刺组	28	0	9	13	6	78.57 [*]
联合针刺组	29	0	18	8	3	89.66 ^{*△}

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$;与传统针刺组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

卒中后抑郁是指发生脑卒中后,表现为脑卒中症状之外的以兴趣缺失和情绪低落为主要特征的情感障碍综合征并且经常伴有躯体症状的疾病,是脑卒中后常见的并发症^[7]。根据最新流行病学调查,PSD 发生在卒中后急性期的发生率为 33%^[14],卒中后中期发生率为 33%^[15]。PSD 会导致神经功能的恢复障碍,住院时间延长,独立生活能力丧失等卒中不良预后问题,甚至可能导致死亡率的升高^[7]。所以能够精确的诊断和拥有完备的治疗方案在临床中具有十分重要的意义。因此从多个角度出发治疗卒中后抑郁显得尤为重要。

就目前来说,卒中后抑郁的治疗在临床上以心理治疗和药物治疗为主^[7]。当卒中后抑郁症状较轻时,可以考虑单一运用心理治疗的疗法。同时心理治疗可做到个体化的心理支持,是用药依从性差、不宜药物治疗的 PSD 患者的最佳选择^[16]。当卒中后抑郁的症状较重时,可以考虑药物治疗配合心理治疗或单一药物

治疗。目前治疗卒中后抑郁的药物可分为 6 类,分别为选择性 5-羟色胺再吸收抑制剂 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI), NE 及特异性 5-HT 能抗抑郁剂,三环类抗抑郁剂,其他可用于 PSD 的药物,中药制剂^[7]。5-羟色胺是大脑内一种兴奋性神经递质,是抑郁症研究中最重要神经递质。其中临床中常用的一线抗抑郁药物包括舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰和帕罗西汀等^[17-18]。故本临床研究对照组选取舍曲林治疗。

从中医角度而言,卒中后抑郁在中医学中应该属于“郁证”的范畴。卒中后抑郁是以脑卒中这一基础病为前提,因为情志不舒、思虑过度,而致气机郁滞,脏腑阴阳气血失调,而出现以心情抑郁、情绪不宁和失眠等病理表现为主的病症^[9]。其病位在脑,主要涉及肝、心和肾等脏腑^[9]。在临床治疗中,常常运用针刺来治疗 PSD。针刺治疗可整体调节脏腑的阴阳、调和气血、扶正祛邪和疏通经络。且针刺治疗 PSD 具有简便廉效、无不良反应等优势,因此本研究选用针刺治疗 PSD。

传统针刺组根据全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《针灸治疗学》中郁证的取穴而选择。治疗方法主要为疏肝解郁、养心调神。取穴的原因为脑为元神之府,督脉入络于脑,故百会透印堂可调神解郁;肝之原穴为太冲,可疏肝理气解郁;心之原穴为神门,心主神明,可宁心调神;心包经的络穴为内关,与气会膻中合用,可疏理气机、宽胸解郁^[9]。

而与传统针刺相比较,于氏丛刺可更加准确的作用于相应部位,可以直接给脑部刺激,故运用于于氏丛刺治疗 PSD。于氏丛刺是由黑龙江中医药大学附属第二医院于致顺教授提出的治疗方法,其中丛刺是指根据病情在其相应的刺激区刺入 3~5 针,因其在每区刺入的针数较多,故称为丛刺^[11]。其主要机理为头穴作用的传入是针具刺入头穴之后经过针刺手法,产生一种针场,这个针场可直接穿透软组织及颅骨而直接作用于大脑皮层及其相应部位,从而起到治疗作用^[19]。于氏丛刺运用头穴透刺,可以一穴而带多穴、一经而带多经^[20],从而可使穴和穴、经和经之间的经气相通,进而可调节各经络的气血。于氏丛刺作用在头部,头为诸阳之会,丛刺可激发经气,调整阴阳,调和气血^[21]。于教授将其分为 7 个区,本研究选取了额区,其直下为额叶的前部,主要用于治疗精神疾病、神志疾病。而 PSD 可归结为精神或神志类疾病,故选取额区即两侧神庭透凶会及两侧曲差和本神向上透刺^[11]。

而与传统针刺相比较,揞针留针时间较长,会给机体一种持续的刺激,故运用揞针治疗 PSD^[21-22]。揞针,又称揞钉型皮内针,是一种埋藏在皮内的针刺方

法。《素问·离合真邪论》记载“静以久留”,其与揞针的原理和方法相类似。揞针可久留针,持续作用在人体的皮部,持续刺激腧穴,进而可调节卫气,从而通经活络,最终可调节五脏功能。皮内针给机体以稳定和持续的刺激,从而驱除邪气,激发正气,气血阴阳调和,从而达到治病的目的。而 PSD 病情较复杂,容易反复发病,而揞针久留针可达到持续而稳定的刺激。揞针取穴为心俞、肝俞、肾俞、太阳、印堂和神庭。心俞、肝俞和肾俞是心、肝和肾注于腰背部的腧穴,其可以安各脏。太阳和印堂和神庭可调神解郁、疏理气机和安定调神。

本研究发现,治疗结束后 3 组患者 HAMD 评分和 MESSS 评分均较治疗前显著下降,传统针刺组和联合针刺组优于对照组。治疗后 3 组患者 5-HT 水平较治疗前显著增高,传统针刺组和联合针刺组优于对照组。对照组总有效率 65.52%,传统针刺组和联合针刺组总有效率为 78.57% 和 89.66%。联合针刺组的总有效率远远高于对照组和传统针刺组。在舍曲林基础上,揞针结合于氏丛刺或传统针刺治疗卒中后抑郁比单独应用舍曲林更为有效、安全。揞针联合于氏丛刺较传统针刺疗效更优,值得临床推广应用。

但是目前关于 PSD 的发生机制还没有明确。目前研究的可能机制主要包括遗传机制、生物学机制、社会心理学说和其他因素这 4 个方面。在这当中,多是与 5-HT 数量以及 5-HT 受体有关^[7]。而于氏丛刺治疗 PSD 的机制也尚未明确,仍需进一步来证明。但头针丛刺治疗 PSD 疗效显著、副作用小及经济实惠,具有临床推广应用价值。且本研究没有对患者进行随访,对患者预后复发情况无法统计,对其长期疗效无法获知。

参考文献:

- [1] 聂旋萱. 针刺头部穴位治疗中风后抑郁症的临床观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2018: 1-2.
- [2] 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: 7-12.
- [3] 杨萌萌. “调神解郁”针刺法治疗脑卒中后抑郁症的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016: 9-12.
- [4] 孙一涵, 周建华, 庄礼兴. 庄氏调神针法治疗卒中后抑郁疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(3): 71-74.
- [5] 王晔博. 调督通脑针法治疗中风后抑郁的临床研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2017: 6-7.
- [6] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南编写委员会. 中国脑血管病防治指南(试行版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 21-67.
- [7] 王少石, 周新雨, 朱春燕. 卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(8): 685-693.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994: 20.
- [9] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 58-59.
- [10] 中国国家标准化管理委员会, 中国国家标准化管理委员会. 腧穴(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

名称与定位[S].北京:中国标准出版社 2006:7-41.

[11] 吴勃力,于慧敏,杨沈秋.于致顺教授头穴治瘫经验[J].中国针灸,1997,17(3):153-154.

[12] 张明圆.精神科评定量表手册[M].2版.长沙:湖南科学技术出版社,1998:35-39.

[13] 孙培养,储浩然,李佩芳,等.通督调神针法治疗脑卒中后抑郁:随机对照研究[J].中国针灸,2013,33(1):3-7.

[14] HACKETT M L,PICKLES K.frequency of depression after stroke:an updated systematic review and meta-analysis of observational studies[J].Stroke,2014,9(8):1017-1025.

[15] HACKETT M L,YAPA C,PARAG V,et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies[J]. Stroke,2005,36(6):1330-1340.

[16] BARTH J,MUNDER T,GERGER H,et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis[J].PLoS Med,2013,10(5):e1001454.

[17] WANNAGAT W,ZIELASEK J,GAEBEL W. Therapy of poststroke depression - a systematic review[J]. Psychiatrie,2013,10(2):108-129.

[18] MEAD G E,HSIEH C F,HACKETT M. Selective serotonin reuptake inhibitors for stroke recovery[J]. JAMA,2013,310(10):1066-1067.

[19] 王薇,周国滨,于致顺.于致顺主任医师头针治疗经验[J].中国中医药现代远程教育,2003,1(6):28-31.

[20] 李苗苗,倪金霞,黄珍珍,等.基于阳在中风防治中的重要作用探讨“于氏头针”的治病思路[J].环球中医药,2019,12(11):1707-1710.

[21] 于致顺.头穴基础与临床[M].北京:中国医药科技出版社,1992:1-10.

[22] 王青,陈瑶,董浩旭,等.揞针疗法对围绝经期焦虑和抑郁患者血清神经递质的影响[J].中西医结合研究,2018,10(4):169-172.

收稿日期:2020-07-14

调神健脾针法联合腹针治疗脾虚湿盛证腹泻型肠易激综合征临床研究^{*}

龚 然,谭海成[△]

(北京中医医院顺义医院,北京 101300)

摘要:目的:探讨调神健脾针法联合腹针治疗脾虚湿盛证腹泻型肠易激综合征的疗效。方法:选取我院收治的腹泻型肠易激综合征患者 120 例,采用随机分配原则分为两组各 60 例。对照组给予腹针疗法,治疗组在对照组基础上给予调神健脾针法,对比治疗后临床疗效、IBS-QOL、临床症状评分和 IBS-QOL 评分及血清 IFN- γ 、MTL 和 IL-6 水平。结果:治疗后治疗组临床疗效明显较好,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组治疗后 KPS 评分显著升高,NRS 评分和 CCS 评分明显降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组改善较明显,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组临床症状积分显著降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组降低较明显,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组血清 VIP 和 NO 水平明显降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组降低较明显,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:肠易激综合征患者采用调神健脾针法联合腹针治疗具有较好的疗效。

关键词:调神健脾针法;腹针疗法;脾虚湿盛证;肠易激综合征

中图分类号:R246.1 文献标识码:A 文章编号:1005-0779(2021)07-0020-04

DOI: 10.19917/j.cnki.1005-0779.021133

Clinical Study of Tiaoshen Jianpi Needling Combined with Abdominal Acupuncture in Treating D-IBS of Spleen Deficiency and Excess Dampness

GONG Ran, TAN Haicheng[△]

(Shunyi Hospital, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China)

Abstract: Objective: To investigate the efficacy of Tiaoshen Jianpi needling combined with abdominal acupuncture in the treatment of diarrhea-dominated irritable bowel syndrome (D-IBS) of Spleen deficiency and excess dampness. **Methods:** 120 patients with D-IBS were randomly divided into the treatment group and

* 基金项目:北京市科委“首都特色”项目 编号:Z161100000516028。

作者简介:龚然(1989-),女,住院医师,研究方向:功能性胃肠病治疗。

△通讯作者:谭海成(1966-),男,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。