文章编号: 1005-0957 (2022) 10-0970-05

· 临床研究 ·

排针平刺法联合药物治疗卒中后抑郁疗效观察

刘岚青¹, 韩玉慧¹, 史芳宇²

(1. 徐州市第一人民医院, 徐州 221000; 2. 徐州市中心医院, 徐州 221009)

【摘要】 目的 观察排针平刺法配合口服盐酸帕罗西汀片治疗卒中后抑郁的临床疗效。**方法** 将 90 例卒中后抑郁患者随机分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 30 例。3 组均接受常规基础治疗, A 组另予排针平刺法联合口服盐酸帕罗西汀片治疗, B 组另予排针平刺法治疗, C 组另予口服盐酸帕罗西汀片治疗。观察 3 组治疗前、治疗后及随访时(治疗后 3 个月)汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、日常生活活动量表(ADL)、抑郁自评量表(SDS)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分及中医证候积分的变化情况, 并比较 3 组临床疗效及不良反应发生率。**结果** 3 组治疗后及随访时 HAMD 评分、SDS 评分、NIHSS 评分及中医证候积分均较同组治疗前显著下降, ADL 评分均较同组治疗前显著上升, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。A 组治疗后及随访时各项量表评分及中医证候积分与 B 组和 C 组比较, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。A 组治疗后总有效率和不良反应发生率分别为 86.7% 和 6.7%, B 组分别为 76.7% 和 6.7%, C 组分别为 63.3% 和 26.7%; A 组总有效率明显高于 C 组, A 组和 B 组不良反应发生率明显低于 C 组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在常规治疗基础上, 排针平刺法联合口服盐酸帕罗西汀片可有效治疗卒中后抑郁, 改善症状, 且减少不良反应的发生。

【关键词】 针刺疗法; 中风; 抑郁; 排针; 横刺; 针药并用; 头针

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.13.0026

Efficacy Observation of Aligned Horizontal Needling Combined with Medication for Post-stroke Depression

LIU Lanqing¹, HAN Yuhui¹, SHI Fangyu². 1.Xuzhou No.1 People's Hospital, Xuzhou 221000, China; 2.Xuzhou Central Hospital, Xuzhou 221009, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of aligned horizontal needling combined with oral Paroxetine hydrochloride tablets in treating post-stroke depression. **Method** Ninety patients with post-stroke depression were randomized into groups A, B, and C, with 30 cases in each group. The three groups all received basic treatment. In addition, group A received aligned horizontal needling plus oral Paroxetine hydrochloride tablets, group B received aligned superficial needling, and group C was given oral Paroxetine hydrochloride tablets. Before and after the treatment and at follow-up (3 months after the treatment), the three groups were observed using the Hamilton depression scale (HAMD), activities of daily living (ADL), self-rating depression scale (SDS), National Institute of Health stroke scale (NIHSS), and traditional Chinese medicine (TCM) symptom scores. The clinical efficacy and adverse reaction rate were also compared among the three groups. **Result** After the treatment and at the follow-up, the HAMD, SDS, NIHSS, and TCM symptom scores decreased significantly compared with the baseline in each group ($P < 0.05$). Each scale score and TCM symptom score in group A were significantly different from those in groups B and C after the treatment and at the follow-up ($P < 0.05$). After the treatment, the total effective rate was 86.7%, and the adverse reaction rate was 6.7% in group A versus 76.7% and 6.7% in group B and 63.3% and 26.7% in group C; the total effective rate was notably higher in group A than in group C, and the adverse reaction rate was markedly lower in

基金项目:江苏省“双创博士”项目(2018SCBS-001)

作者简介:刘岚青(1992—),女,主治医师,Email:czigr23@163.com

groups A and B than in group C, all showing statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** Based on conventional treatment, aligned horizontal needling plus oral Paroxetine hydrochloride tablets can effectively treat post-stroke depression, improve symptoms, and reduce adverse reactions.

[Key words] Acupuncture therapy; Stroke; Depression; Aligned needling; Transverse needling; Acupuncture medication combined; Scalp acupuncture

卒中后抑郁 (post-stroke depression, PSD) 属于继发性抑郁^[1], 其发病率随着卒中发生率的增高而增高, 5 年之内发生率约为 31%^[2]。PSD 主要表现为情绪低落、悲观厌世、烦躁易疲劳以及思维迟缓等, 严重者还会出现自杀行为。该病很大程度上限制了抑郁患者的康复能动性, 影响其生存质量, 导致较高的致残率和病死率^[3]。目前, 西药治疗 PSD 存在一些明显弊端, 包括药物的不良反应明显、起效较慢、远期治疗效益欠佳等。为突破西药治疗瓶颈及弊端, 本研究采用排针平刺法配合药物治疗 PSD 患者 30 例, 并与单纯药物及单纯

针刺治疗相比较, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

90 例 PSD 患者均为 2018 年 10 月至 2021 年 10 月徐州市第一人民医院门诊患者, 采用查随机数字表法将患者随机分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 30 例。3 组性别、年龄、病程及卒中类型比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。详见表 1。

表 1 3 组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程($\bar{x} \pm s$, 周)	卒中类型(例)	
		男	女			缺血性	出血性
A 组	30	12	18	61±7	13.17±6.26	20	10
B 组	30	14	16	60±8	12.07±4.37	17	13
C 组	30	13	17	60±7	12.93±5.57	18	12

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4] 中卒中的诊断标准; 中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5] 中肝气郁结证的诊断标准。

1.3 纳入标准

①符合以上诊断标准; ②首次发病且 PSD 病程为 4~24 周; ③年龄 18~70 岁, 性别不限; ④汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD) 评分 ≥ 18 分且 < 35 分; ⑤意识清楚, 查体配合; ⑥近两周内未接受过针对该病的相关治疗; ⑦患者及家属均签署知情同意书。

1.4 排除标准

①既往有抑郁症、精神或智力障碍者; ②合并语言障碍、重度痴呆影响表达者; ③病情变化, 出现新发的梗死或出血者; ④合并严重感染、恶性肿瘤或有心、肝、肾等严重疾病者; ⑤近两周内已接受该病相关治疗而影响疗效判断者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准或符合排除标准而误纳者;

②中途更换其他治疗方案; ③依从性不良者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

对所有患者均进行卒中相关的针刺治疗(取患侧肢体穴位)及内科治疗。其中体针取足三里、太冲、三阴交、曲池、合谷、手三里、八邪、肩髃和肩髃穴。穴位局部皮肤消毒后, 采用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 20~30 mm, 得气后留针 30 min, 留针过程中每隔 10 min 行针 1 次, 每次 2 min。隔日针刺 1 次, 每周治疗 3 次, 共治疗 8 周。

2.2 A 组

采用排针平刺法^[6]配合口服盐酸帕罗西汀片治疗。

2.2.1 排针平刺法治疗

取精神情感区(双)^[7]、额中线、额旁 1 线(双)、额旁 2 线(双)和额旁 3 线(双)^[8]。穴位皮肤局部消毒后, 采用 0.25 mm×25 mm 毫针, 针刺精神情感区时, 要求从血管舒缩区开始, 距前后正中线旁 2 cm, 向前引

长 4 cm 直线,在此线处平刺浅刺 2 根针(方向向后);在此线旁开 1 cm,距前后正中 3 cm 处引一条平行线,同样平刺浅刺 2 根针。针刺额中线、额旁 1 线、额旁 2 线、额旁 3 线时,均在此线处平刺浅刺 1 根针(方向向下),然后再取以上各穴中点平刺 1 根针。以上操作手法均进针约 20 mm,使针到达帽状腱膜下层,并快速捻转约 120 转/min。留针前 30 min,每隔 10 min 行针 1 次,每次 2 min;后留针约 6 h。隔日针刺 1 次,每周治疗 3 次,共治疗 8 周。

2.2.2 药物治疗

口服盐酸帕罗西汀片(浙江华海药业股份有限公司,国药准字 H20031106),每日 20 mg,共治疗 8 周。

2.3 B 组

采用排针平刺法治疗,取穴、操作及疗程同 A 组排针平刺法治疗。

2.4 C 组

采用药物治疗,药物、剂量、服用方法及疗程同 A 组药物治疗。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3 组治疗前后及治疗后 3 个月随访时分别记录 HAMD、日常生活活动量表(activity of daily living scale, ADL)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)、美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)评分及中医证候积分,评估患者病情变化及治疗效果。

3.2 疗效标准

参照《精神科评定量表手册》^[9]拟定。

痊愈:HAMD 评分减少率>75%。

显效:HAMD 评分减少率>50%且≤75%。

有效:HAMD 评分减少率>25%且≤50%。

无效:HAMD 评分减少率≤25%。

3.3 统计学方法

采用 SPSS24.0 医学统计软件进行数据分析。计数资料以百分比表示,比较用卡方检验。符合正态分布或近似正态分布的计量资料用均数±标准差表示,比较采用单因素方差分析;不满足条件者,比较采用秩和检验。等级资料比较采用 Kruskal-Wallis 秩和检验。3 组不同时点观察量表评分比较采用重复测量方差分析。以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组治疗前后及随访时各项量表评分及中医证候积分比较

由表 2 可见,3 组治疗前各项量表(HAMD、ADL、SDS 和 NIHSS)评分及中医证候积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后及随访时 HAMD 评分、SDS 评分、NIHSS 评分及中医证候积分均较同组治疗前显著下降,ADL 评分均较同组治疗前显著上升,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。A 组治疗后及随访时各项量表评分及中医证候积分与 B 组和 C 组比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。而 B 组治疗后及随访时各项量表评分及中医证候积分与 C 组比较,差异则无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 3 组治疗前后及随访时各项量表评分及中医证候积分比较 (x̄ ± s, 分)

组别	例数	时间	HAMD 评分	ADL 评分	SDS 评分	NIHSS 评分	中医证候积分
A 组	30	治疗前	22.17 ± 3.71	41.53 ± 11.96	67.67 ± 4.82	14.60 ± 4.49	22.56 ± 7.47
		治疗后	11.07 ± 5.53 ¹⁾	59.07 ± 12.48 ¹⁾	54.53 ± 4.60 ¹⁾	7.23 ± 3.04 ¹⁾	10.23 ± 4.02 ¹⁾
		随访	9.57 ± 4.92 ¹⁾	60.57 ± 12.63 ¹⁾	53.43 ± 4.61 ¹⁾	5.97 ± 2.34 ¹⁾	8.97 ± 3.21 ¹⁾
B 组	30	治疗前	23.33 ± 4.01	42.27 ± 9.62	66.23 ± 4.37	16.53 ± 3.58	23.87 ± 5.46
		治疗后	14.73 ± 7.07 ¹⁾²⁾	51.73 ± 8.79 ¹⁾²⁾	60.03 ± 4.79 ¹⁾²⁾	12.43 ± 3.17 ¹⁾²⁾	14.63 ± 4.86 ¹⁾²⁾
		随访	13.67 ± 6.01 ¹⁾²⁾	51.87 ± 8.67 ¹⁾²⁾	59.57 ± 4.50 ¹⁾²⁾	11.17 ± 2.49 ¹⁾²⁾	13.53 ± 3.63 ¹⁾²⁾
C 组	30	治疗前	21.92 ± 4.06	43.93 ± 14.05	65.77 ± 4.87	15.33 ± 3.79	23.33 ± 6.64
		治疗后	15.03 ± 6.93 ¹⁾²⁾	52.23 ± 13.38 ¹⁾²⁾	59.33 ± 5.33 ¹⁾²⁾	11.03 ± 4.24 ¹⁾²⁾	15.07 ± 6.05 ¹⁾²⁾
		随访	13.93 ± 6.65 ¹⁾²⁾	53.73 ± 12.97 ¹⁾²⁾	58.03 ± 5.16 ¹⁾²⁾	9.63 ± 4.16 ¹⁾²⁾	14.03 ± 5.83 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与 A 组比较²⁾ $P<0.05$

3.4.2 3 组临床疗效比较

由表 3 可见,A 组治疗后总有效率为 86.7%,B 组为

76.7%,C 组为 63.3%。A 组总有效率与 C 组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 3 组临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
A 组	30	7	11	8	4	86.7 ¹⁾
B 组	30	4	9	10	7	76.7
C 组	30	3	8	8	11	63.3

注:与 C 组比较 ¹⁾ $P < 0.05$

3.5 3 组治疗后不良反应发生率比较

由表 4 可见, A 组不良反应发生率为 6.7%, B 组为 6.7%, C 组为 26.7%。A 组和 B 组不良反应发生率明显低于 C 组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 3 组治疗后不良反应发生率比较 (例)

组别	例数	心悸	恶心	口干	便秘	失眠	眩晕	发生率/%
A 组	30	1	0	0	0	1	0	6.7 ¹⁾
B 组	30	1	0	0	0	0	1	6.7 ¹⁾
C 组	30	2	2	1	1	1	1	26.7

注:与 C 组比较 ¹⁾ $P < 0.05$

4 讨论

有研究^[10-11]表明, 卒中患者脑内额叶-纹状体-苍白球-丘脑-皮质通路^[12]发生障碍, 使 5-羟色胺和去甲肾上腺素、多巴胺^[13]等神经递质代谢紊乱, 诱发抑郁表现。西医治疗主要应用抗抑郁药物, 其多是通过干预 5-羟色胺代谢通路发挥作用, 虽靶向明确, 但作用机制单一, 且不良反应多、起效较慢, 远期治疗效益相对较差。而 PSD 患者临床症状往往复杂多样, 西药治疗存在很大局限性。面对以上问题亟需选用多样化综合手段治疗。针灸治疗 PSD 疗效确切^[14-15], 作用机制多样化^[16], 并能实现整体治疗, 改善抑郁并兼顾多种复杂症状。

卒中后抑郁属中医学“中风”“郁证”, 其病位主要在脑。中医学认为, 头为精明之府, 脑为元神之府, 一身之精气、气血皆上升汇聚头部。针灸治疗 PSD 多从“脑神”论治, 重在调神, 临床多重视头部腧穴的选用。本研究选取穴位结合了焦氏头针及国际头针, 依据传统中医学辨证及西医神经解剖理论等基础, 穴位选取位于额叶在头皮的投射区的精神情感区、额中线、额旁 1 线、额旁 2 线、额旁 3 线。其中额中线属督脉经穴, 督脉贯脊络脑, 针刺可安神健脑; 额旁 1 线属足太阳膀胱经, 精神情感区也约位于经线处, 主治心系疾病如心悸、失眠等, 可镇静安神; 额旁 2 线属足少阳胆经, 胆为中正之官, 主决断, 为神之本, 针刺可疏肝理气调神; 额旁 3 线位于足阳明胃经和足少阳胆经之间, 阳

明经多气多血, 血为神志活动物质基础, 气血调和则神有所主。诸穴合用可安神定志、疏肝解郁。本研究取穴覆盖范围更广, 力专效宏, 针刺效应更强。

本研究针刺手法创新性采用排针平刺法, 该法为南京市名中医范刚启教授原创的特色针法。相比传统针法而言, 排针平刺优势显著^[6, 17-18], 且操作简单、可重复性强。该方法起效快捷, 刺激范围广泛, 由点及面, 作用靶点多样, 并能持续长效刺激对应脑区, 调节各种生物力学反应。多针浅刺并针对病所, 长久留针后可产生最大良性刺激, 通过引徕效应^[18-19]及傍刺法的优势实现对下丘脑-垂体-肾上腺轴^[20]的最大程度的针刺效益, 从而发挥较传统常规针刺手法更优的治疗效果。排针平刺法针刺额叶所选腧穴, 相较药物而言, 其作用机制多样, 靶点更加广泛。相关研究^[21-23]显示, 平刺额叶可兴奋大脑皮层神经细胞, 直接调节相应的神经中枢功能, 改善脑血流动力学和 5-羟色胺、脑源性神经营养因子、神经生长因子等神经递质及神经营养因子代谢通路, 并且使大脑舌回和初级视觉皮质低频振幅增高, 增强神经元活动, 从而改善抑郁状态。针刺^[24]还可降低白介素-1 β 、白介素-6 和肿瘤坏死因子 α 等炎症因子水平, 增加超氧化物歧化酶、谷胱甘肽抗氧化物水平以减少氧化应激损伤; 可下调胰岛素样生长因子-19^[25]水平, 改善葡萄糖代谢, 从而改善抑郁状态。另有研究^[26]提出针刺额旁 2 线的胃肠区, 可以激活脑肠轴这一双向良性调节的神经体液通路。脑肠轴由中枢神经系统、自主神经系统、肠道神经系统、神经内分泌免疫系统以及肠道微生物群等复杂网络通路构成^[27]。不仅能下行调节胃肠功能, 还可上行缓解焦虑症状。通过以上多机制多靶点的针刺优势从而弥补药物作用的不足, 与药物发生协同作用的同时兼顾减少药物不良反应, 发挥更优更长效的作用。目前排针与药物协同作用及长效治疗机制尚需进一步研究。

本研究结果显示, 排针平刺联合口服盐酸帕罗西汀片治疗 PSD 较单纯药物及针刺治疗疗效更优, 在明显改善抑郁症状的同时, 还能为患者减少服药后的不良反应, 尤其是胃肠症状, 且疗程结束后 3 个月随访时, 接受排针平刺配合口服盐酸帕罗西汀片治疗的患者 HAMD、ADL、SDS、NIHSS 评分及中医证候积分较单纯服药及针刺治疗有明显差异, 表明排针平刺法联合口服盐酸帕罗西汀片治疗卒中后抑郁具有较好的长效治疗效益, 值得临床进一步研究。

参考文献

- [1] 邓培颖, 孙华. 脑卒中后抑郁的针灸治疗临床研究进展[J]. 中医药信息, 2021, 38(1): 67-71.
- [2] HACKETT M L, PICKLES K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies[J]. *Int J Stroke*, 2014, 9(8): 1017-1025.
- [3] LEWIN-RICHTER A, VOLZ M, JÖBGES M, *et al.* Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression[J]. *J Nutr Health Aging*, 2015, 19(7): 754-758.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 36.
- [6] 林祺, 周文珠, 王悦, 等. 排针平刺法治疗头痛[J]. 中国针灸, 2020, 40(11): 1193-1197.
- [7] 焦顺发. 焦顺发头针[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 26.
- [8] 闵友江, 姚海华, 邵水金, 等. 浅析《头针穴名国际化方案》的科学性[J]. 中国针灸, 2007, 27(8): 612-616.
- [9] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 121-126.
- [10] 贾建平. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 6.
- [11] 刘丽, 丁懿, 王健, 等. “五音调神法”治疗轻中度肝郁脾虚型卒中后抑郁患者的临床疗效及其对肠道菌群和血清 5-羟色胺水平的影响研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(30): 3882-3887.
- [12] 牟静平, 成财, 梅兰, 等. 抑郁症灰质表面积性别差异研究[J]. 磁共振成像, 2021, 12(1): 21-26, 37.
- [13] SAMLHEISER N R, LUGLI Q, RIZAVI H S, *et al.* MicroRNA expression is down-regulated and reorganized in prefrontal cortex of depressed suicide subjects[J]. *PLoS One*, 2012, 7(3): e33201.
- [14] 王珍珍, 鲁海, 王媛卓, 等. 调神开窍针刺法与 Notch 信号通路、内源性神经干细胞在卒中后抑郁治疗中相关性的理论探讨[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(1): 98-101.
- [15] 効迎春, 惠建荣, 羊璞. 近 5 年针灸治疗中风后抑郁的基础与临床研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(24): 2731-2736.
- [16] 张梦婷, 谭亢, 胡莎, 等. 针灸改善脑卒中后抑郁患者抑郁状态及日常生活能力的 Meta 分析[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(1): 13.
- [17] 沈彦喜, 范刚启. 平刺穴位埋线、直刺穴位埋线与排针平刺治疗紧张型头痛的疗效比较[J]. 江苏中医药, 2021, 53(1): 56-59.
- [18] 寇任重, 杨峰, 林祺, 等. 排针平刺法联合苯甲酸利扎曲普坦片治疗无先兆偏头痛急性期临床观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(9): 993-996, 998.
- [19] 范刚启, 钱俐俐, 赵杨, 等. 针刺镇痛机制的多样性及问题分析[J]. 中国针灸, 2013, 33(1): 92-96.
- [20] ALA-KOPSALA M, MAGGA J, PEUHKURINEN K, *et al.* Molecular heterogeneity has a major impact on the measurement of circulating N-terminal fragments of A- and B-type natriuretic peptides[J]. *Clin Chem*, 2004, 50(9): 1576-1588.
- [21] 刘研, 巴赫, 赵邓, 等. 基于头针的音乐疗法对卒中后抑郁疗效的静息态功能磁共振观察[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(3): 282-289.
- [22] 张绍华, 王玉龙, 章春霞, 等. 互动式头针对脑卒中后认知功能及抑郁、焦虑状态的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(7): 659-667.
- [23] 郑成全, 张宇, 曾令慧, 等. 通督治郁针法联合头针疗法治疗卒中后抑郁的疗效及对血清 5-HT 和 BDNF 水平影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(9): 25-28.
- [24] 蔡娟, 马文, 王观涛, 等. 电针对脑卒中后抑郁大鼠血清白介素-1 β 、白介素-6 和肿瘤坏死因子- α 表达的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(22): 3515-3518.
- [25] 汪洋, 王玉娟, 武九龙, 等. 原络调神针刺法对脑卒中后抑郁患者血清 IGF-1、BDNF、NGF 水平及神经功能的影响[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(12): 17-20.
- [26] 朱海涛, 郑雪松, 彭力. 热敏灸联合头针治疗腹泻型肠易激综合征 90 例疗效观察[J]. 河北中医, 2018, 40(3): 446-448, 466.
- [27] Barko P C, Memichael M A, Swanson K S, *et al.* The Gastrointestinal Microbiome: A Review[J]. *J Vet Intern Med*, 2018, 32(1): 9-25.