

文章编号: 1005-0957 (2021) 03-0309-06

· 临床研究 ·

# 益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗产后抑郁症的疗效观察及对瘦素、孤啡肽水平的影响

张富超, 满加礼, 林绍英, 廖静

(南充市身心医院小龙分院, 南充 637100)

**【摘要】 目的** 观察益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗产后抑郁症 (PPD) 的临床疗效及对血清瘦素、孤啡肽水平的影响。**方法** 92 例 PPD 患者以随机数字表将患者随机分为研究组和对照组, 每组 46 例。对照组予以文拉法辛治疗, 研究组予以益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗, 均治疗 4 周。比较两组临床疗效、不良反应与治疗前后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、中医证候评分、血清瘦素、血浆孤啡肽、血清神经内分泌功能指标 [多巴胺 (DA)、5-羟色胺 (5-HT)、促甲状腺激素 (TSH)、雌二醇 ( $E_2$ )] 水平。**结果** 研究组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 研究组 HAMD 评分、中医证候评分、血浆孤啡肽、血清 TSH 水平低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 研究组血清瘦素、DA、5-HT、 $E_2$  水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗 PPD, 可显著降低患者抑郁程度, 改善临床症状, 调节血瘦素、孤啡肽、DA、5-HT、 $E_2$ 、TSH 水平。

**【关键词】** 针刺疗法; 针药并用; 抑郁症, 产后; 文拉法辛; 瘦素; 孤啡肽

**【中图分类号】** R246.3 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2021.03.0309

**Efficacy Observation of Kidney-invigorating and Spleen-reinforcing Acupuncture plus Venlafaxine for Postpartum Depression and Its Effect on Leptin and Orphanin Levels** ZHANG Fu-chao, MAN Jia-li, LIN Shao-ying, LIAO Jing. Nanchong Psychosomatic Hospital Xiaolong Branch, Nanchong 637100, China

**[Abstract] Objective** To observe the clinical efficacy of kidney-invigorating and spleen-reinforcing acupuncture plus Venlafaxine for postpartum depression (PPD) and its effect on serum leptin and orphanin levels. **Method** Ninety-two PPD patients were allocated, using a random number table, to study and control groups, with 46 cases in each group. The control group was treated with Venlafaxine and the study group, with kidney-invigorating and spleen-reinforcing acupuncture plus Venlafaxine. Both groups were treated for four weeks. The clinical therapeutic effects, adverse reactions, and pre-treatment and post-treatment Hamilton Depression Scale (HAMD) scores, TCM syndrome scores, serum leptin and orphanin levels and serum neuroendocrine function indicator [dopamine (DA), 5-hydroxytryptamine (5-HT), serum thyroid stimulating hormone (TSH) and estradiol ( $E_2$ )] levels were compared between the two groups. **Result** The total efficacy rate was higher in the study group than in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the HAMD score, the TCM syndrome score, plasma orphanin levels and serum TSH levels were lower and serum leptin, DA, 5-HT and  $E_2$  levels were higher in the study group than in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Kidney-invigorating and spleen-reinforcing acupuncture plus Venlafaxine can markedly reduce depression severity, relieve the clinical symptoms and regulate blood leptin, orphanin, DA, 5-HT,  $E_2$  and TSH levels in treating PPD patients.

作者简介: 张富超 (1981—), 女, 主治医师, Email: 1404901194@qq.com

**[Key Words]** Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Depression, postpartum; Venlafaxine; Leptin; Orphanin

产后抑郁症(postpartum depression, PPD)是指产后 2 周内首次发病,以抑郁、沮丧、悲伤、哭泣、易烦躁、激动,重者出现幻觉或自杀等一系列症状为特征的精神紊乱性疾病,不但会影响产妇健康,还会危及新生儿、家人,给家庭及社会带来沉重负担<sup>[1-3]</sup>。文拉法辛作为一种 5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂,对抑郁症具有较好治疗效果,但随着药物的长期应用,由此引起不良反应的风险也随之增加<sup>[4]</sup>。中医药在治疗 PPD 方面历史悠久,疗效良好,且副作用少,该病属中医学“郁证”范畴,治疗需遵循益肾健脾、补虚安神原则。益肾健脾针刺法具有益肾健脾、补虚安神功效,符合 PPD 治疗原则。研究证明,PPD 发病机制与机体多巴胺(DA)、5-HT、血清促甲状腺激素(TSH)、雌二醇(E<sub>2</sub>)等

神经递质水平改变密切相关,而瘦素、孤啡肽可通过直接或间接影响上述神经递质释放,引起抑郁<sup>[5-6]</sup>,调节神经内分泌功能对改善 PPD 患者症状及预后具有积极意义。基于此,本研究采用益肾健脾针刺法辅助文拉法辛的治疗方案,观察该治疗方案的疗效。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

应用前瞻性随机对照研究方法选取 2017 年 6 月至 2019 年 11 月南充市身心医院小龙分院 PPD 患者 92 例,以随机数字表将患者分为研究组和对照组,每组 46 例。两组基线资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组一般资料比较

| 项目                       | 联合组(46 例)         | 对照组(46 例)         | Z/t/ $\chi^2$ | P     |
|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------|-------|
| 年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁) | 31 $\pm$ 5        | 32 $\pm$ 5        | 1.057         | 0.294 |
| 病程( $\bar{x} \pm s$ , d) | 46.94 $\pm$ 12.41 | 47.41 $\pm$ 11.75 | 0.187         | 0.853 |
| 分娩方式[例(%)]               | 顺产                | 33(71.74)         | 0.791         | 0.374 |
|                          | 剖宫产               | 13(28.26)         |               |       |
| 产次[例(%)]                 | 初产妇               | 30(65.22)         | 0.415         | 0.519 |
|                          | 经产妇               | 16(34.78)         |               |       |
| 新生儿情况[例(%)]              | 足月                | 45(97.83)         | 0.261         | 0.609 |
|                          | 早产                | 1(2.17)           |               |       |
| 受教育程度[例(%)]              | 初中及以下             | 6(13.04)          | 0.051         | 0.959 |
|                          | 高中或中专             | 21(45.65)         |               |       |
|                          | 大专及以上             | 19(41.30)         |               |       |

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参考《精神障碍诊断与统计手册》<sup>[7]</sup>中 PPD 相关诊断标准。中医诊断标准参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[8]</sup>中肝郁脾虚证,症见胸胁胀闷、嗝气太息、胸闷心悸、失眠健忘、精神不振、易怒善哭、舌红、苔白、脉弦或濡。

### 1.3 纳入标准

①均符合上述中西医诊断标准;②所生子女健康;③产后抑郁量表(EPDS)评分 $\geq 13$ 分;④受试患者及其家属或监护人签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

①既往严重躯体疾病及精神疾病病史者;②存在

酒精、精神药物或其他药物滥用史者;③纳入研究前 4 周内使用抗抑郁药物者;④非抑郁性精神疾病者;⑤对针刺疗法不耐受者;⑥过敏体质,或对本研究所用药物具有使用禁忌证者。

### 1.5 剔除标准

①未按要求服药,无法判断疗效者;②中途退出本研究者。

## 2 治疗方法

### 2.1 对照组

予以文拉法辛(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字 H20070269)治疗,初始剂量 75 mg/d,根据病

情及耐受性 2 周后逐渐增加至 150 mg/d。共治疗 4 周。

## 2.2 研究组

予以益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗。益肾健脾针刺法主穴取中脘、膻中、气海、血海(双侧)、内关(双侧)、足三里(双侧)、太溪(双侧);配穴取百会、涌泉(双侧)、神庭。选用华佗牌针灸针(苏州医疗用品有限公司, 0.25 mm×40 mm);膻中, 针尖向上斜刺 5.33~13.33 mm, 施小幅度高频率捻转平补平泻法 30 s;中脘, 直刺 40 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;气海, 直刺 21.33~26.67 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;血海, 直刺 26.67~40 mm, 施大幅度低频率捻转泻法 30 s;足三里, 直刺 13.33~26.67 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;内关, 直刺 13.33~26.67 mm, 施平补平泻捻转手法 30 s;百会, 斜刺 5.33~13.33 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;神庭, 斜刺 5.33~13.33 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;太溪, 直刺 21.33~26.67 mm, 施小幅度高频率捻转补法 30 s;涌泉, 直刺 13.33~26.67 mm, 施平补平泻捻转手法 30 s。以上选穴留针约 30 min, 每日 1 次。文拉法辛用法、用量同对照组。共治疗 4 周。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 血激素水平

空腹状态下, 采集 3 mL 肘静脉血, 置入常规试管内, 3000 r/min 离心处理 15 min, 离心半径为 10 cm, 分离血清, 另抽取 4 mL 肘静脉血, 置入预冷的含抑肽酶 40 μL 与 10%乙二胺四乙酸二钠 30 μL 的塑料指型管中, 充分混匀后, 3000 r/min 离心处理 10 min, 离心半径为 10 cm, 留取血浆待检;以免疫发光法测定血清雌二醇(E<sub>2</sub>)、血清多巴胺(DA)、血清 5-羟色胺(5-HT)、血清促甲状腺激素(TSH)、血浆孤啡肽水平, 酶联免疫吸附法测定血清瘦素, 试剂盒购自南京建成生物研究所, 严格遵循试剂盒操作说明书进行。

表 2 两组临床疗效比较

|     |    |          |          |          |          | [例(%)] |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|--------|
| 组别  | 例数 | 痊愈       | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效率/% |
| 研究组 | 46 | 16(34.8) | 12(26.1) | 14(30.4) | 4(8.7)   | 91.3   |
| 对照组 | 46 | 11(23.9) | 13(28.3) | 9(19.5)  | 13(28.3) | 71.7   |

#### 3.4.2 两组治疗前后 HAMD 评分比较

两组治疗前 HAMD 评分比较, 差异无统计学意义( $P$

#### 3.1.2 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)<sup>[9]</sup>

治疗前后采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)进行评价, 分值越低, 抑郁程度越轻。

#### 3.1.3 中医证候评分

治疗前后参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[10]</sup>对症状进行评分, 胸胁胀闷、嗝气太息、胸闷心悸、失眠健忘、精神不振、易怒善哭按照无、轻、中、重度分为 4 级, 分别记为 0、1、2、3 分, 积分越低表示症状改善越明显。

#### 3.1.4 不良反应发生率

观察治疗过程中不良反应发生情况, 包括胃肠道反应、疲惫眩晕、口干、晕针反应等。

## 3.2 疗效标准<sup>[11]</sup>

痊愈: 患者临床症状完全消失, HAMD 减分率≥75%。

显效: 患者临床症状明显减轻, HAMD 减分率为 50%~74%。

有效: 患者临床症状改善, HAMD 减分率为 25%~49%。

无效: 患者临床症状无明显改善, 甚至加重, HAMD 减分率<25%。

总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

## 3.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示, 比较采用  $t$  检验;计数资料用例(%)表示, 比较采用卡方检验;等级资料以秩和检验比较。以  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 3.4 治疗结果

#### 3.4.1 两组临床疗效比较

研究组总有效率高高于对照组( $\chi^2=5.845$ ,  $P=0.016<0.05$ )。详见表 2。

>0.05);两组治疗后 HAMD 评分较治疗前降低( $P<0.05$ ), 且研究组低于对照组( $P<0.05$ )。详见表 3。

表3 两组治疗前后HAMD评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 时间  | 组别       | 例数 | 认知障碍                    | 体质量                     | 绝望感                     | 睡眠障碍                    | 阻滞                      | 日夜变化                    | 焦虑/躯体化                  | 总分                       |
|-----|----------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 治疗前 | 研究组      | 46 | 3.89±1.43               | 0.52±0.31               | 3.95±1.57               | 4.73±1.24               | 5.68±1.72               | 0.74±0.46               | 6.57±1.44               | 26.08±4.49               |
|     | 对照组      | 46 | 4.02±1.26               | 0.49±0.27               | 4.08±1.41               | 4.85±1.36               | 5.75±1.64               | 0.69±0.42               | 6.49±1.50               | 26.37±4.81               |
|     | <i>t</i> | —  | 0.463                   | 0.495                   | 0.418                   | 0.442                   | 0.200                   | 0.544                   | 0.261                   | 0.299                    |
|     | <i>P</i> | —  | 0.645                   | 0.622                   | 0.677                   | 0.659                   | 0.842                   | 0.588                   | 0.795                   | 0.766                    |
| 治疗后 | 研究组      | 46 | 2.26±0.93 <sup>1)</sup> | 0.16±0.07 <sup>1)</sup> | 2.48±0.86 <sup>1)</sup> | 2.25±0.78 <sup>1)</sup> | 3.59±0.93 <sup>1)</sup> | 0.31±0.15 <sup>1)</sup> | 3.27±1.16 <sup>1)</sup> | 14.32±3.25 <sup>1)</sup> |
|     | 对照组      | 46 | 3.17±1.08 <sup>1)</sup> | 0.28±0.11 <sup>1)</sup> | 2.91±1.15 <sup>1)</sup> | 3.06±1.02 <sup>1)</sup> | 4.07±1.01 <sup>1)</sup> | 0.52±0.24 <sup>1)</sup> | 4.20±1.25 <sup>1)</sup> | 18.21±3.60 <sup>1)</sup> |
|     | <i>t</i> | —  | 4.331                   | 6.242                   | 2.031                   | 4.278                   | 2.371                   | 5.033                   | 3.699                   | 5.440                    |
|     | <i>P</i> | —  | 0.000                   | 0.000                   | 0.045                   | 0.000                   | 0.020                   | 0.000                   | 0.000                   | 0.000                    |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ 

## 3.4.3 两组治疗前后中医证候评分比较

( $P<0.05$ ), 且研究组低于对照组 ( $P<0.05$ )。详见

两组治疗前中医证候评分比较, 差异无统计学意

表4。

义 ( $P>0.05$ ); 两组治疗后中医证候评分较治疗前降低

表4 两组治疗前后中医证候评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 时间  | 组别       | 例数 | 易怒善哭                    | 精神不振                    | 失眠健忘                    | 胸闷心悸                    | 暖气太息                    | 胸胁胀闷                    | 总分                      |
|-----|----------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 治疗前 | 研究组      | 46 | 1.31±0.58               | 1.29±0.47               | 1.47±0.54               | 1.68±0.62               | 1.47±0.68               | 1.79±0.74               | 9.01±2.51               |
|     | 对照组      | 46 | 1.27±0.52               | 1.25±0.56               | 1.52±0.61               | 1.75±0.57               | 1.54±0.63               | 1.85±0.81               | 9.18±2.90               |
|     | <i>t</i> | —  | 0.348                   | 0.371                   | 0.416                   | 0.564                   | 0.512                   | 0.371                   | 0.301                   |
|     | <i>P</i> | —  | 0.729                   | 0.712                   | 0.678                   | 0.574                   | 0.610                   | 0.712                   | 0.764                   |
| 治疗后 | 研究组      | 46 | 0.56±0.27 <sup>1)</sup> | 0.69±0.32 <sup>1)</sup> | 0.71±0.29 <sup>1)</sup> | 0.87±0.34 <sup>1)</sup> | 0.73±0.29 <sup>1)</sup> | 0.95±0.46 <sup>1)</sup> | 4.51±1.62 <sup>1)</sup> |
|     | 对照组      | 46 | 0.71±0.34 <sup>1)</sup> | 0.94±0.38 <sup>1)</sup> | 1.14±0.40 <sup>1)</sup> | 1.25±0.42 <sup>1)</sup> | 1.04±0.35 <sup>1)</sup> | 1.34±0.53 <sup>1)</sup> | 6.42±1.84 <sup>1)</sup> |
|     | <i>t</i> | —  | 2.343                   | 3.413                   | 5.903                   | 4.770                   | 4.626                   | 3.769                   | 5.284                   |
|     | <i>P</i> | —  | 0.021                   | 0.001                   | 0.000                   | 0.000                   | 0.000                   | 0.000                   | 0.000                   |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ 

## 3.4.4 两组治疗前后血清瘦素、血浆孤啡肽水平比较

治疗前增高 ( $P<0.05$ ), 且研究组高于对照组 ( $P<$ 两组治疗前血清瘦素、血浆孤啡肽水平比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后血清瘦素水平较0.05); 血浆孤啡肽水平较治疗前降低 ( $P<0.05$ ), 且研究组低于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表5。

表5 两组治疗前后血清瘦素、血浆孤啡肽水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | 瘦素( $\mu\text{g/L}$ ) |                         | 孤啡肽( $\text{ng/L}$ ) |                          |
|----------|----|-----------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|
|          |    | 治疗前                   | 治疗后                     | 治疗前                  | 治疗后                      |
| 研究组      | 46 | 1.17±0.42             | 1.84±0.63 <sup>1)</sup> | 28.46±6.95           | 11.26±2.14 <sup>1)</sup> |
| 对照组      | 46 | 1.24±0.37             | 1.53±0.50 <sup>1)</sup> | 29.07±7.60           | 15.92±3.39 <sup>1)</sup> |
| <i>t</i> | —  | 0.848                 | 2.614                   | 0.402                | 7.884                    |
| <i>P</i> | —  | 0.399                 | 0.011                   | 0.689                | 0.000                    |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ 

## 3.4.5 两组治疗前后血清神经内分泌功能指标比较

5-HT、 $E_2$  水平较治疗前增高 ( $P<0.05$ ), 且研究组高于两组治疗前血清 DA、5-HT、TSH、 $E_2$  水平比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后血清 DA、对照组 ( $P<0.05$ ); 血清 TSH 水平较治疗前降低 ( $P<0.05$ ), 且研究组低于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表6。

表 6 两组治疗前后血清神经内分泌功能指标比较

( $\bar{x} \pm s$ )

| 时间  | 组别       | 例数 | DA ( $\mu\text{mol/L}$ )  | 5-HT ( $\mu\text{mol/L}$ ) | TSH (mIU/L)               | E <sub>2</sub> (pg/mL)       |
|-----|----------|----|---------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 治疗前 | 研究组      | 46 | 2.13 ± 0.39               | 1.09 ± 0.27                | 2.97 ± 0.53               | 148.79 ± 29.12               |
|     | 对照组      | 46 | 2.05 ± 0.42               | 1.14 ± 0.22                | 3.05 ± 0.61               | 151.56 ± 30.43               |
|     | <i>t</i> | —  | 0.947                     | 0.974                      | 0.671                     | 0.446                        |
|     | <i>P</i> | —  | 0.346                     | 0.333                      | 0.504                     | 0.657                        |
| 治疗后 | 研究组      | 46 | 3.57 ± 0.65 <sup>1)</sup> | 1.96 ± 0.35 <sup>1)</sup>  | 0.85 ± 0.17 <sup>1)</sup> | 224.09 ± 37.28 <sup>1)</sup> |
|     | 对照组      | 46 | 2.96 ± 0.58 <sup>1)</sup> | 1.41 ± 0.29 <sup>1)</sup>  | 1.24 ± 0.25 <sup>1)</sup> | 187.95 ± 33.64 <sup>1)</sup> |
|     | <i>t</i> | —  | 4.749                     | 8.207                      | 8.749                     | 4.881                        |
|     | <i>P</i> | —  | 0.000                     | 0.000                      | 0.000                     | 0.000                        |

注:与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 

## 3.5 两组不良反应发生率比较

两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 7。

表 7 两组不良反应发生率比较

[例(%)]

| 组别       | 例数 | 胃肠道反应   | 疲惫眩晕    | 口干      | 晕针反应    |
|----------|----|---------|---------|---------|---------|
| 研究组      | 46 | 3 (6.5) | 1 (2.2) | 1 (2.2) | 2 (4.4) |
| 对照组      | 46 | 2 (4.4) | 2 (4.4) | 1 (2.2) | 0 (0.0) |
| $\chi^2$ | —  | 0.000   | 0.000   | —       | —       |
| <i>P</i> | —  | 1.000   | 1.000   | 1.000   | 0.247   |

## 4 讨论

产后抑郁症 (PPD) 为常见产后并发症,对产妇心理及身体健康造成严重不良影响<sup>[12]</sup>。据流行病学调查显示,现阶段 PPD 发生率具有一定上升趋势,其中我国发病率可达到 272~483/1 万产妇左右,故对于此病应予以足够重视<sup>[13]</sup>。目前,西医治疗 PPD 常用抗抑郁药物,效果尚可,但副作用大,影响产妇哺乳,临床应用受限。

中医学对 PPD 的研究具有悠久历史,属“郁证”范畴,《金匱要略》疏注“妇人脏躁,喜悲伤欲哭”,而明清之前医学大家多认为“凡产后五脏皆虚”,更有元代医家提出“产后当天补气血,即有杂病,从未治之;一切病多是血虚,皆不可发表”,因此,产后患者多以温补为治。张景岳认为“产后既有表邪,不得不解,既有火邪,不得不清,既有内伤停滞,不得不开通消导,不可偏执”。中医学认为产后郁证本质为气血两虚,病灶在于肾、脾、肝,治疗应以益肾健脾、补虚安神为主。针刺为“内病外治”的治疗方法,是通过经络、腧穴间的作用对疾病进行治疗,具有疏通经络、扶正祛邪、调和阴阳的作用。基于此,本研究首次采取益肾健脾针刺法辅助西药文拉法辛治疗 PPD,结果显示治疗后,研究组

HAMD 评分、中医证候评分低于对照组,治疗总有效率高于对照组。提示益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗 PPD,可显著降低患者抑郁程度,改善临床症状,进一步提高治疗效果。原因在于益肾健脾针刺法选穴足三里、中脘以补虚安神,益肾健脾为主;膻中、气海宽胸理气,调理气机;太溪为肾经原气经过与留止之处,具有温补肾阳、滋补肾阴、阴阳双补之功;血海具有调理气机、健脾益胃之功;内关通阴维脉,具有和胃降逆、宁心安神、理气止痛之功;百会为宁心调神之要穴,可调补中气、健脾凝神,与涌泉共奏调整升降、协调阴阳之功效;神庭位于额上,分布在头顶部督脉循行路线上,可治疗抑郁症所致思维反应迟钝、情绪低落等。以上诸穴共奏益肾健脾、补虚安神之功效。而文拉法辛作为一种新型抗抑郁药物,其可通过抑制神经元突触前膜对去甲肾上腺素、5-HT 再摄取,增加其在中枢突触间隙浓度,从而发挥抑郁作用<sup>[14]</sup>。二者联合应用,可协同补充,进一步提高治疗效果。

5-HT、DA 为单胺类递质,其代谢水平与 PPD 发病密切相关,其浓度下降可影响大脑皮层组织神经电兴奋程度,引起抑制性神经突触后电位形成,促进抑郁症发生<sup>[15]</sup>。E<sub>2</sub>可增强突触后 5-HT 能效应,增强 5-HT 合成,间接与 PPD 发病有关,且其表达下降可致使 DA 和 5-HT 合成减少、皮质醇激素代谢障碍,影响 DA 生理效应<sup>[16]</sup>。另有学者指出,妊娠期孕妇体内 TSH 水平大幅度波动,分娩时内分泌突然失衡,为诱发 PPD 的生物学基础<sup>[17]</sup>。孤啡肽是一种在人体内合成的具有活性肽及神经递质作用的多肽,广泛存在于人体神经系统中,调节人体正常生理。孤啡肽可影响机体代谢水平,抑制神经元细胞代谢活性,可通过神经元线粒体能量利用代谢水平的影响,参与神经系统或精神系统疾病发生过程,研究证

实,其可通过抑制 5-HT、DA、E<sub>2</sub> 等神经递质释放,引起抑郁症发生<sup>[18]</sup>。瘦素可通过上调体内单胺类递质在下丘脑中回收过程降低 5-HT、DA 等释放与传递过程,造成 PPD 发生,同时还可通过调节丘脑-垂体-肾上腺轴而改善抑郁症状<sup>[19]</sup>。本研究中,治疗后,研究组血瘦素、DA、5-HT、E<sub>2</sub> 水平高于对照组,孤啡肽、TSH 水平低于对照组,提示益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗 PPD,可显著改善患者神经内分泌功能,调节血瘦素、孤啡肽水平,亦从血清层面进一步证实益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗效果。原因在于益肾健脾针法具有益肾健脾、补虚安神之功效,符合抑郁症中医治疗原则,可有效缓解抑郁症状,从而纠正抑郁引起的多种神经递质分泌紊乱;而文拉法辛抑制神经元突触前膜再摄取 5-HT,增加中枢突触间隙 5-HT 浓度,从而调节与其相关的其他神经递质、血瘦素和孤啡肽水平。此外,两组不良反应发生率对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),提示益肾健脾针刺法辅助文拉法辛不会增加 PPD 患者不良反应发生率,具有一定安全性。但本研究样本量较小,还需临床多中心、多渠道取样,作进一步证实。

综上所述,益肾健脾针刺法辅助文拉法辛治疗 PPD,可显著降低患者抑郁程度,改善临床症状,调节血瘦素、孤啡肽、DA、5-HT、E<sub>2</sub>、TSH 水平。

### 参考文献

- [1] Mirsalimi F, Ghofranipour F, Noroozi A, et al. The postpartum depression literacy scale (PoDLiS): development and psychometric properties[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2020, 20(1):13.
- [2] 赵惠君,郭华峰,乔朋苗.家庭化护理对产后抑郁症患者抑郁状况、生活质量和血清雌二醇、孕酮、5-羟色胺水平的影响[J]. *中华全科医学*, 2017, 15(12):2156-2158.
- [3] Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, et al. Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS)[J]. *BMC Psychiatry*, 2019, 19(1):419.
- [4] 李素.清心滋肾汤加味联合文拉法辛治疗围绝经期抑郁症的临床疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2017.
- [5] 王彦英,王淑,王丽萍,等.产后抑郁患者血清 COR、E<sub>2</sub>、5-HT、血浆孤啡肽水平变化及其相关性分析[J]. *国际精神病学杂志*, 2019, 46(3):506-508.
- [6] 陈璐,拓明花,胡金萍,等.瘦素与产后抑郁症状的相关性研究[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2019, 45(6):340-345.
- [7] 美国精神医学学会.精神障碍诊断与统计手册[M].张道龙,译.5版.北京:北京大学出版社,2014:325.
- [8] 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,1994:20-21.
- [9] Simhi M, Sarid O, Cwikel J. Preferences for mental health treatment for post-partum depression among new mothers[J]. *Isr J Health Policy Res*, 2019, 8(1):84.
- [10] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:74-77.
- [11] 李鸿远,罗美英.盐酸氟西汀与文拉法辛治疗产后抑郁的临床疗效比较[J]. *临床医学研究与实践*, 2017, 2(30):96-97.
- [12] Daoud N, Ali Saleh-Darawshy N, Meiyin Gao, et al. Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers[J]. *BMC Public Health*, 2019, 19(1):1741.
- [13] Roumieh M, Bashour H, Kharouf M, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2019, 19(1):519.
- [14] 花月红,何艳芳.正念认知疗法辅助文拉法辛对抑郁症患者心理状态和生活质量的影响[J]. *长春中医药大学学报*, 2019, 35(3):563-566.
- [15] 陈梅,贾艳敏,杨宏伟.中医七情理论在产后抑郁患者护理中的应用效果[J]. *国际护理学杂志*, 2019, 38(6):756-758.
- [16] 王桂兰,李玉香,李晓云.自拟养血疏肝方联合心理干预治疗产后抑郁[J]. *国际中医中药杂志*, 2018, 40(12):1146.
- [17] 蔡海瑞,舒立波,李冬梅,等.女性妊娠期甲状腺功能减退与产后焦虑、抑郁情绪的关系[J]. *中国现代医生*, 2018, 56(12):55-58.
- [18] 张研婷.孕产妇抑郁现况及其与孤啡肽的相关性研究[D].银川:宁夏医科大学,2017.
- [19] 罗凤,陈永顺,李雪,等.食管癌患者抑郁状态与血清瘦素、胃促生长素水平相关性分析[J]. *新乡医学院学报*, 2019, 36(3):258-261.

收稿日期 2020-06-20