

文章编号: 1005-0957 (2023) 06-0582-06

· 临床研究 ·

## 头穴丛刺治疗阿尔茨海默病抑郁症状的疗效观察

王春霞, 田芑, 崔乃松, 邢继杰

(黑龙江中医药大学附属第二医院, 哈尔滨 150001)

**【摘要】** 目的 观察头穴丛刺治疗阿尔茨海默病抑郁症状的临床疗效。方法 将 60 例阿尔茨海默病伴抑郁症状的患者随机分为治疗组(30 例, 脱落 2 例)和对照组(30 例, 脱落 1 例)。两组均予口服盐酸多奈哌齐片治疗, 对照组予常规针刺治疗, 治疗组在常规针刺治疗基础上联合头穴丛刺治疗。分别于治疗前后观察并记录两组简易精神状态评价量表(mini-mental state examination, MMSE)、康奈尔痴呆抑郁量表(Cornell scale for depression in dementia, CSDD)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)的评分变化, 比较两组临床疗效。**结果** 治疗组总有效率为 85.7%, 优于对照组的 72.4%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组治疗后 HAMD 和 CSDD 评分均较同组治疗前降低( $P < 0.05$ ), MMSE 评分较同组治疗前升高( $P < 0.05$ ); 且治疗组治疗后上述 3 项评分均优于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 在药物治疗基础上, 头穴丛刺联合常规针刺治疗阿尔茨海默病抑郁症状疗效优于单纯常规针刺治疗, 可进一步改善患者的抑郁情绪, 提高患者认知功能。

**【关键词】** 针刺疗法; 针药并用; 头针; 阿尔茨海默病; 痴呆; 抑郁

**【中图分类号】** R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2023.06.0582

**Therapeutic observation of scalp-point clustering acupuncture for depressive symptoms in Alzheimer's disease**  
WANG Chunxia, TIAN Peng, CUI Naisong, XING Jijie. Second Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy of scalp-point clustering acupuncture in treating depressive symptoms in Alzheimer's disease. **Method** Sixty Alzheimer's disease patients presenting depressive symptoms were randomized into a treatment group (30 cases including 2 dropouts) and a control group (30 cases including 1 dropout). Both groups received oral administration of Donepezil hydrochloride tablets; in addition, the control group was given the ordinary acupuncture treatment, and the treatment group was offered the ordinary acupuncture treatment plus scalp-point clustering acupuncture. Before and after treatment, the mini-mental state examination (MMSE), Cornell scale for depression in dementia (CSDD), and Hamilton depression scale (HAMD) scores were observed and recorded. The clinical efficacy was compared between the two groups. **Result** The total effective rate was 85.7% in the treatment group, better than 72.4% in the control group, and the between-group difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the HAMD and CSDD scores dropped in both groups ( $P < 0.05$ ), and the MMSE score increased ( $P < 0.05$ ); the treatment group was superior to the control group in comparing the three scales ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Based on pharmaceutical intervention, scalp-point clustering acupuncture plus ordinary acupuncture can produce more significant efficacy in treating depressive symptoms in Alzheimer's disease than ordinary acupuncture alone; this combination treatment can further improve depressive mood and cognitive function.

**[Key words]** Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Scalp acupuncture; Alzheimer disease; Dementia; Depression

基金项目: 黑龙江省自然科学基金面上项目(H2017070)

作者简介: 王春霞(1979—), 女, 副主任医师, 博士, Email: wangchunxia79@163.com

通信作者: 邢继杰(1981—), 女, 主治医师, Email: xingjijie@126.com

阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)是以进行性认知功能障碍和行为损害为特征的中枢神经系统退行性病变,以记忆力、理解力、计算力、定向力、自理能力等方面的减退为临床核心症状,该病常伴随认知功能和身体机能的下降<sup>[1]</sup>,具有隐匿起病和进行性加重的特点。与心血管病、卒中等老年病一样,AD 如今也是严重威胁老年人健康的高发疾病之一<sup>[2]</sup>。相关研究<sup>[3]</sup>表明,抑郁症状是 AD 最常见的共病精神障碍之一,高达 50%的 AD 患者会在痴呆发展的某个阶段遭受抑郁。抑郁症状会加速 AD 患者的认知功能的衰退,自理能力逐渐减退,严重影响患者的生活质量,还会增加 AD 患者的死亡率和自杀率<sup>[4]</sup>。因此,防治 AD 患者的抑郁症状是不容忽视的问题。目前,治疗 AD 患者抑郁症状的药物与治疗抑郁症的药物基本相同,但研究发现 AD 患者的抑郁症状与抑郁症在影像学检查上有明显差异<sup>[5]</sup>。多项临床研究发现,传统的抗抑郁药物在治 AD 的抑郁症状方面效果不佳或存在安全问题<sup>[6-8]</sup>。针灸治疗 AD 具有安全及不良反应少的优势,尤其是头针治

疗,但头穴丛刺长留针治疗阿尔茨海默病抑郁症状的报道鲜见。故本研究观察头穴丛刺长留针治疗阿尔茨海默病抑郁症状的临床疗效。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择 2019 年 6 月至 2022 年 6 月在黑龙江中医药大学附属第二医院针灸科三门诊就诊的 60 例阿尔茨海默病伴抑郁症状的患者。采用 Excel 软件生成随机数字,将生成的随机数字装入密闭不透光的信封中,按照患者的就诊顺序随机抽取信封分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗过程中,治疗组脱落 2 例(1 例因依从性差退出试验,1 例因自行口服与本试验相关药物),对照组脱落 1 例(因无法坚持针刺治疗)。最终纳入统计的两组患者性别、年龄、病程和文化程度比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,详见表 1。本研究通过黑龙江中医药大学附属第二医院伦理委员会审批(批号 2020-K160)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ( $\bar{x} \pm s$ )	平均病程/年 ( $\bar{x} \pm s$ )	文化程度/例		
		男	女			小学及以下	中学	大专及以上
治疗组	28	12	16	66±7	2.02±0.64	4	9	15
对照组	29	14	15	67±7	1.97±0.61	5	10	14

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 阿尔茨海默病的诊断标准

参照美国国家衰老研究所和阿尔茨海默病学会制定的痴呆核心临床标准(2011)<sup>[9]</sup>及中国痴呆临床实践指南工作组《中国痴呆诊疗指南》<sup>[10]</sup>中阿尔茨海默病的临床诊断标准。起病隐匿,呈慢性进行性发展;以智力减退、近期记忆力下降为主,症状表现持续且无明显波动;颅脑 MRI 或 CT 提示弥漫性大脑皮层萎缩;文盲者简易精神状态评价量表(mini-mental state examination, MMSE)评分 $\leq 17$ 分,小学文化者 MMSE 评分 $\leq 20$ 分,中学(或中专)文化者 MMSE 评分 $\leq 22$ 分,大专及以上文化者 MMSE 评分 $\leq 23$ 分。

#### 1.2.2 抑郁的诊断标准

参照中华医学会精神病学分会《中国精神疾病防治指南》<sup>[11]</sup>中抑郁的诊断标准。典型症状为兴趣丧失、无愉悦感,精力减退或出现疲乏感,心境低落;常见其他症状为睡眠障碍(出现失眠、早醒或睡眠过多),缺乏自信或自我评价降低,食欲不振或体质量下降,注意力

难以集中,出现想死的念头或有自伤及自杀的行为。必须具备上述典型症状 1 项,同时具备 2 项及以上常见其他症状,持续时间 $>2$ 周,即可明确诊断。

### 1.3 纳入标准

符合上述诊断标准;17 项汉密尔顿抑郁量表(17 items Hamilton depression scale, HAMD-17)评分 8~24 分,MMSE 评分 10~26 分,康奈尔痴呆抑郁量表(Cornell scale for depression in dementia, CSDD)评分 $\geq 8$ 分;既往无癫痫史或其他精神病史;病程 $\geq 6$ 个月,年龄 55~85 岁;无合并其他重要脏器严重功能性疾病;患者或监护人签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

正在接受与本病相关治疗者;因其他疾病或情志因素导致抑郁者;合并其他可能引起认知功能障碍者;合并严重心脑血管疾病或肝肾功能不全者;重度痴呆者;既往出现过晕针者。

### 1.5 剔除、脱落及中止标准

治疗中擅自使用与本病相关的其他治疗方案者;

治疗期间出现晕针等严重不良反应无法继续者;因个人原因主动退出治疗者。

## 2 治疗方法

### 2.1 基础治疗

两组均予西医常规基础药物治疗,即口服抗AD的一线治疗药物<sup>[12]</sup>。盐酸多奈哌齐[安理申,卫材(中国)药业有限公司,国药准字H20050978,每片5 mg],每晚睡前服用1片。4周为1个疗程,共治疗2个疗程。

### 2.2 对照组

予常规针刺治疗。取穴参照《针灸治疗学》<sup>[13]</sup>中“痴呆”和“郁证”的主穴,即百会、四神聪、风府、印堂、太溪、悬钟、足三里、神门、内关和膻中穴。嘱患者仰卧,穴位局部常规消毒后,采用0.30 mm×40 mm无菌针灸针进行针刺。百会和四神聪穴平刺20~30 mm;针刺风府穴时,患者头微前倾,沿下颌方向进针15~20 mm,此穴应严格掌握进针方向与深度,以免刺伤下段延髓或脊髓;印堂穴从上向下平刺10~15 mm;膻中穴平刺10~15 mm;余穴按其解剖特点常规针刺,且行平补平泻,以得气为度,留针30 min。每日治疗1次,每周连续针刺6 d后休息1 d,4周为1个疗程,共治疗2个疗程。

### 2.3 治疗组

在对照组常规针刺治疗基础上联合头穴丛刺治疗。选穴参照于氏头穴七区划分法<sup>[14]</sup>,取项区(前项透刺百会及其向左、右两侧各1寸及2寸的平行线,共5针)、项前区(凶会透刺前项,及其向左、右两侧各1寸及2寸的平行线,共5针)、额区(神庭透刺凶会,及其向左、右两侧各1寸及2寸的平行线,共5针)以及颞区(头维下方0.5分、顶骨结节前下0.5分及二者之间位置,共3针)。嘱患者仰卧位,穴位局部常规消毒后,采用0.30 mm×40 mm无菌针灸针进行头穴丛刺治疗。按照上述穴区由前向后或由上向下透刺至帽状腱膜下20~30 mm,施以经颅重复针刺刺激疗法,即小幅度高频率重复捻转(200 r/min以上),每穴行针不少于2 min,留针6~8 h。留针期间,起初每隔30 min捻转1次,重复2次;之后每隔2 h捻转1次,直至起针。每日治疗1次,每周连续针刺6 d后休息1 d,4周为1个疗程,共治疗2个疗程。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 HAMD-17评分<sup>[15]</sup>

由经过培训的2名专业人员进行评定,包括抑郁情绪、早醒、有罪感、入睡困难、睡眠不深、自杀、迟缓、激越、精神焦虑、体质量减轻、胃肠道症状、躯体性焦虑等17项内容。各单项均以5分法(0~4分)计分,评分越高说明抑郁程度越严重。

#### 3.1.2 MMSE评分<sup>[16-17]</sup>

用于评定患者的总体智能,包括计算力、记忆力、定向力和语言能力4个方面,共30个项目,总分30分。每次测试需在8~10 min内完成,评分越低表示患者的痴呆程度越严重。根据患者受教育程度,痴呆评判标准如下。大学教育程度患者≤23分为痴呆,中学教育程度患者≤22分为痴呆,小学教育程度患者≤20分为痴呆,文盲患者≤17分为痴呆。

#### 3.1.3 CSDD评分<sup>[18]</sup>

可针对性地对痴呆患者的抑郁症状进行测评,从行为障碍、躯体表现、与情绪相关的表现、周期性功能以及观念障碍5个方面进行测评,共19个条目。采取3分法(0~2分)计分,评估主要涉及访问前1周出现的症状和体征,因身体残疾或疾病引起的症状则不予计分,得分越高说明抑郁症状越严重。

### 3.2 疗效标准<sup>[13]</sup>

参照《精神科评定量表手册》<sup>[19]</sup>制定相关标准。  
HAMD减分率=[(治疗前HAMD评分-治疗后HAMD评分)/治疗前HAMD评分]×100%。

痊愈:HAMD减分率≥75%。

显效:HAMD减分率≥50%且<75%。

有效:HAMD减分率≥25%且<50%。

无效: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SPSS25.0统计软件进行数据分析。所有符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组内比较采用配对样本 $t$ 检验,组间比较采用独立样本 $t$ 检验;若不符合正态分布,计量资料比较采用非参数检验。计数资料的比较采用卡方检验,等级资料比较采用秩和检验。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

两组患者经过后,治疗组总有效率为 85.7%,明显高于对照组的 72.4%,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

#### 3.4.2 两组治疗前后 HAMD、MMSE 和 CSDD 评分比较

治疗前,两组 HAMD、MMSE 和 CSDD 评分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,两组 HAMD 和 CSDD

评分均较同组治疗前降低 ( $P < 0.05$ ),MMSE 评分较同组治疗前升高 ( $P < 0.05$ );且治疗组上述 3 项评分均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 2 两组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	28	3	10	11	4	85.7 <sup>1)</sup>
对照组	29	1	5	15	8	72.4

注:与对照组比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 3 两组治疗前后 HAMD、MMSE 和 CSDD 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

项目	治疗组(28例)		对照组(29例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HAMD	19.32±2.92	9.11±2.85 <sup>1)2)</sup>	19.62±2.38	12.28±2.18 <sup>1)</sup>
MMSE	16.18±3.12	21.04±2.56 <sup>1)2)</sup>	16.76±2.84	19.03±2.79 <sup>1)</sup>
CSDD	15.36±3.72	9.79±2.34 <sup>1)2)</sup>	15.59±3.38	11.38±3.01 <sup>1)</sup>

注:与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

阿尔茨海默病是一种原发性神经退行性痴呆,是老年人残疾的主要原因之一,抑郁症是 AD 患者中最常见的精神症状。研究<sup>[20-23]</sup>发现抑郁症可以通过多种不同的机制损伤神经元,如炎症、血管病变增多、皮质激素分泌过多、淀粉样蛋白沉积、神经原纤维形成等因素都可能导致海马及其他脑区损伤,除了直接导致痴呆外,这些作用途径比其他方式更早或更频繁地表现出认知障碍的症状。伴随着整合医学研究的不断深入,对 AD 与抑郁症共病研究发现,不论从发病相关因素的分析还是从发病机制的推断,两种疾病的发生、发展都存在着非常紧密的联系。

目前,临床上治疗阿尔茨海默病尚无特效药物,因此可通过对患者抑郁症状的干预以延缓 AD 患者的病程进展。阿尔茨海默病抑郁症状的治疗主要以心理疗法和药物治疗为主,症状较轻时可考虑单纯运用个体化心理疗法,症状较重时可考虑药物治疗与心理疗法相结合的方式。用于治疗阿尔茨海默病抑郁症状的药物主要包括选择性 5-羟色胺再吸收抑制剂、去甲肾上腺素再摄取抑制剂、三环类抗抑郁剂等,但长期服用抗抑郁药可能会出现胃肠道不适、口干、嗜睡、便秘等不良反应。研究<sup>[24-27]</sup>表明,针刺治疗本病疗效确切,临床应用电针、腹针、头针、耳针等可有效改善抑郁症状,本研究采用头穴丛刺疗法治疗本病并观察其临床疗效。

阿尔茨海默病抑郁症状属中医学“郁证”“痴

呆”范畴。本病的发生与脑、肝、心、肾等多个脏腑密切相关,基本病机为肝肾亏虚、髓海不足和气机郁结,治疗本病的基本原则为补肾益髓以及疏肝解郁。头穴丛刺法是以经络理论和神经解剖理论为基础建立的,以头部相应治疗区作为刺激部位进行“丛式”针刺治疗的一种方法。本研究选取于氏头穴七区划分法中与情感和认知相关的顶区、顶前区、额区及颞区作为治疗区,其中顶区和顶前区以百会、前顶和囟会 3 穴为主进行透刺,3 穴均位于头部,与“阳脉之海”相通,总督一身之阳气,针刺可通调人体阳气。顶区与大脑皮层中央前回、中央旁小叶、顶上小叶以及顶下小叶相对应,与肢体功能、感觉及认知有关。顶前区与额上回、额中回的后部相对应,与记忆、判断、思考等活动联系密切。所选取的额区与大脑皮层额叶前部相对应,此处为人的情感中枢,与精神、智力、情绪、记忆、学习等能力密切联系。颞区直下为额下回、颞上回、颞中回等,与认知、记忆、情绪等均有一定联系。临床上可通过特殊的针刺刺激手法,将所产生的生物电信号传导至大脑皮层,刺激相应区域,调畅情志,改善认知,并通过丘脑的中转,激活全脑功能,实现治疗疾病的最终目标<sup>[28]</sup>。以上穴区运用丛刺的针刺方法可相应地刺激大脑皮层的体表投影区,通过高频率小频速的捻转使得针刺效应透过颅骨直达大脑皮质,调节皮层功能,改善病理状态下的脑功能。长时间留针可减少反复针刺给患者造成的痛苦,间断捻转又可加强针刺效应,调整兴奋神经元,加速脑皮质功能重建,改善脑功能,以提

高临床疗效<sup>[29]</sup>。头穴丛刺长留针疗法在阿尔茨海默病抑郁症状患者的治疗上发挥一定的作用,诸穴合用,共奏补肾益髓和疏肝解郁之功。

本研究结果显示,在药物治疗基础上,头穴丛刺联合常规针刺治疗阿尔茨海默病抑郁症状疗效优于单纯常规针刺治疗,可进一步改善患者的抑郁情绪,提高患者认知功能。本研究观察的治疗方法值得临床进一步应用,但仍需进行大样本、多中心、长期随访的临床试验,并进一步探讨头穴丛刺治疗阿尔茨海默病抑郁症状的作用机制。

### 参考文献

- [1] XIE F, OREMUS M, GAEBEL K. Measuring health-related quality-of-life for Alzheimer's disease using the general public[J]. *Qual Life Res*, 2012, 21 (4) :593-601.
- [2] 宋泽婧,邢敏,王晶莹,等.基于多元多水平模型的阿尔茨海默病认知与抑郁关系及其影响因素研究[J]. *中国卫生统计*, 2016, 33 (1) :9-11.
- [3] NOVAIS F, STARKSTEIN S. Phenomenology of depression in Alzheimer's disease[J]. *J Alzheimers Dis*, 2015, 47 (4) :845-855.
- [4] YANG H, HONG W, CHEN L, et al. Analysis of risk factors for depression in Alzheimer's disease patients[J]. *Int J Neurosci*, 2020, 130 (11) :1136-1141.
- [5] KLÖPPEL S, KOTSCHI M, PETER J, et al. Alzheimer's disease neuroimaging initiative separating symptomatic Alzheimer's disease from depression based on structural MRI[J]. *J Alzheimers Dis*, 2018, 63 (1) :353-363.
- [6] BANERJEE S, HELLIER J, DEWEY M, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial[J]. *Lancet*, 2011, 378 (9789) :403-411.
- [7] SEPEHRY A A, LEE P E, HSIUNG G Y, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression: a meta-analysis of depression and cognitive outcomes[J]. *Drugs Aging*, 2012, 29 (10) :793-806.
- [8] LENZE E J, SKIDMORE E R, BEGLEY A E, et al. Memantine for late-life depression and apathy after a disabling medical event: a 12-week, double-blind placebo-controlled pilot study[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2012, 27 (9) :974-980.
- [9] MCKHANN G M, KNOPMAN D S, CHERTKOW H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association work groups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease[J]. *Alzheimers Dement*, 2011, 7 (3) :263-269.
- [10] 田金洲. 中国痴呆诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:328-333.
- [11] 中华医学会精神病学分会. 中国精神疾病防治指南[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2010:26-30.
- [12] 彭丹涛. 解析国际阿尔茨海默病指南以指导临床治疗[J]. *中国神经免疫学和神经病学杂志*, 2014, 21 (5) :305-307.
- [13] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 10 版. 北京:中国中医药出版社, 2016:57-59.
- [14] 于致顺. 头穴基础与临床[M]. 北京:中国医药科技出版社, 1992:63-96.
- [15] HAMILTON M. Development of a rating scale for primary depressive illness[J]. *Br J Soc Clin Psychol*, 1967, 6:278-296.
- [16] DAI T, DAVEY A, WOODARD J L, et al. Sources of variation on the mini-mental state examination in a population-based sample of centenarians[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2013, 61 (8) :1369-1376.
- [17] 高明月,杨珉,况伟宏,等. 简易精神状态量表得分的影响因素和正常值的筛查效度评价[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2015, 47 (3) :443-449.
- [18] 任汝静,王刚,张施,等. 康奈尔痴呆抑郁量表中文版的信度检测及临床应用研究[J]. *中国临床神经科学*, 2008, 15 (2) :170-174.
- [19] 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.
- [20] BARNES D E, ALEXOPOULOS G S, LOPEZ O L, et al. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the cardiovascular health study[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63 (3) :273-279.
- [21] LEONARD B E. Inflammation, depression and dementia: are they connected?[J]. *Neurochem Res*, 2007, 32 (10) :1749-1756.

- [22] KÖHLER S, THOMAS A J, LLOYD A, *et al.* White matter hyperintensities, cortisol levels, brain atrophy and continuing cognitive deficits in late-life depression[J]. *Br J Psychiatry*, 2010, 196 (2): 143-149.
- [23] RAPP M A, SCHNAIDER-BEERI M, GROSSMAN H T, *et al.* Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63 (2): 161-167.
- [24] 栾凯迪, 高伟, 孙琦月, 等. 针灸治疗阿尔茨海默病的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35 (5): 83-86.
- [25] 李孟晓. 电针疗法联合 rTMS 治疗抑郁症的疗效及对 HAMD 评分和 SDS 评分的影响[J]. 中医研究, 2022, 35 (5): 27-29.
- [26] 郑全成, 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.
- [27] 李冠男, 王玲妹. 孙氏腹针治疗失眠症伴抑郁焦虑的临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (7): 174.
- [28] 孙远征, 丁园, 于天洋, 等. 调神法针刺对甲基苯丙胺戒断后焦虑情绪的影响[J]. 中国针灸, 2022, 42 (3): 277-280, 331.
- [29] 关莹, 张立, 李季, 等. 头穴丛刺长留针疗法与重复经颅磁刺激疗法联合应用治疗卒中后认知障碍 35 例[J]. 山东医药, 2022, 62 (9): 73-76.

收稿日期 2022-08-02

## 《上海针灸杂志》投稿须知

### 投稿要求

来稿应具先进性、科学性和逻辑性, 论点明确, 资料可靠, 文字精炼, 层次清楚, 数据准确, 统计方法正确, 书写工整规范, 撰写格式符合本刊要求。来稿应注明无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等事项。

### 稿件的要求与格式

- ▶ **题目:** 含义明确, 言简意赅, 并包含主要的关键词, 字数一般不超过 20 个字。英文题目一般不超过 120 个字母和空格, 尽量不用缩写。
- ▶ **摘要:** 300 字左右, 说明目的、方法、结果(包括主要数据)与结论。
- ▶ **关键词:** 每篇至少中英文各 5 个关键词, 尽量选用最新版《中国中医药学主题词表》和《Index Medicus》中 MeSH 所列的词。
- ▶ **基金资助:** 来稿若有课题资助, 请脚注于文题页下方, 需写明课题来源和编号。
- ▶ **引言:** 扼要论述研究的理论基础、前人已有工作、研究目的和意义。
- ▶ **材料和方法:** 写明研究对象。常规方法描述从简; 创新方法或有较大改进的方法则应详述, 以便他人重复。已发表但人们不太了解的方法应引用文献, 简要描述。

- ▶ **研究设计:** 应交代研究设计的名称和主要做法。应围绕“重复、随机、对照、均衡”4 个基本原则作概要说明。
- ▶ **统计方法:** 应写明所用统计分析方法的具体名称和统计量的具体值。
- ▶ **结果:** 对原始资料作加工处理和必要的统计分析, 写明统计结果、观察例数、统计值和 *P* 值。对所得的结果用文字、图表作逻辑性的描述。
- ▶ **表:** 需附于正文第 1 次提到它的文字段后面, 要有表格序号及标题, 表格中数量值小数点后保留位数需一致。
- ▶ **图:** 图像分辨率要求大于 200 dpi, 且格式为 jpg, 需在图的下方注明图序号、图题和图注, 图中涉及数量值的应标明数量值的计量单位。
- ▶ **参考文献:** 引用与文章直接有关的重要文献, 以近 5 年发表文献为主。论著类文章不少于 20 条, 综述类文章不少于 40 条。本刊一般不受理无参考文献的文章。参考文献标准参照《参考文献著录规则: GB/T 7714—2015》, 编写格式如下。  
专著: [序号] 著者(超过 3 人只写 3 人姓名, 后加“等”, 下同). 书名[M]. 版本项. 出版地: 出版者, 出版年: 起止页码。  
期刊文章: [序号] 著者. 题名[J]. 刊名, 出版年份, 卷(期号): 起止页码。