

针灸治疗难治性幻听临床研究

党亚梅, 朱志敏, 董江会, 黄雄, 徐琰, 蔡骏逸, 崔娟, 陈翠薇 指导: 赖新生

广州医学院附属脑科医院, 广东 广州 510370

[摘要] 目的: 观察针刺治疗精神分裂症 (SP) 患者难治性幻听的临床疗效以及安全性。方法: 将 69 例诊断为伴有难治性幻听的 SP 患者随机分为 2 组。对照组基本用药如纳入研究前, 治疗组用毫针针刺治疗, 每周 5 次, 共治疗 12 周。治疗前后 2 组均进行 MILLER 幻觉量表、阳性症状量表、阴性症状量表及副反应量表的评估。结果: 治疗组治疗 12 周后幻觉的频度、持续时间、强度分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 12 周后治疗组频度、定向性、空间感受评分分别与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗 12 周后幻觉、妄想评分较治疗前有改善, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 12 周后治疗组幻觉、妄想、SAPS 总分、情感平淡评分分别与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。针刺治疗过程中, 未发现有明显的副反应发生。结论: 对具有难治性幻听的精神分裂症患者采用针刺治疗, 通过一定的量表评估、统计分析, 提示在基本用药不变的情况下, 结合针刺治疗能改善患者的幻觉、妄想、情绪等症状。

[关键词] 精神分裂症; 针刺; 难治性幻听

[中图分类号] R749.3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 07-0207-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.090

精神分裂症 (SP) 是一种常见的病因未明的精神疾病, 绝大多数患者最终会走向精神衰退, 给患者及其家属乃至社会带来沉重的经济和精神负担。幻听是 SP 最常见的症状之一, 也是诊断精神分裂症、判断其严重程度和评定临床疗效的主要指标之一, 出现率为 74%, 仅次于自知力缺乏 (97%)。临床上约有 20%~40% 的幻听, 虽然经过抗精神病药物系统治疗, 最后还是因为无效而诊断为顽固性幻听。而目前对于精神分裂症的治疗, 还是以西药、部分配合电休克等治疗为主。笔者在临床工作中, 观察到针灸治疗精神分裂症的可观疗效, 选择伴有难治性幻听的精神病患者, 以幻听为主要的临床靶症状, 观察针灸治疗此类患者的疗效因子以及其他症状疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为 2013 年 5 月—2015 年 6 月广州市精神病医院 (广州市惠爱医院) 门诊及住院患者, 伴有难治性幻听的精神分裂症患者, 共 69 例, 男 36 例, 女 33 例。年龄 18~60 岁; 符合 DSM-IV 的精神分裂症的诊断; 经过至少两种抗精神病药物的足量足疗程 (至少每种药物治疗 2 月以上), 仍然存在幻听觉者, 并已由患者的精神科主管医生确定在即将参与研究的 3 月内, 如果患者病情平稳暂不考虑换药的情况下收纳患者入组。课题经医院伦理委员会同意, 患者自愿参加; 患者及其家

属共同签署知情同意书。排除合并严重躯体疾病、明确内分泌疾病的患者、孕妇或哺乳期患者、有攻击和自杀倾向的患者。采用随机数字表法将患者随机分为 2 组: 治疗组 43 例, 对照组 26 例。2 组性别、年龄、学历、病程以及合并用药等经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 基本用药如纳入研究前。参与研究的 12 周内, 经由患者主管医生确认患者目前所服用的精神科药物在病情不改变、患者不脱落的情况下不做改变。患者不参与针灸治疗, 只观察纳入前与观察 12 周后的血液样本检测以及量表的评估。

2.2 治疗组 在对照组治疗方法的基础上加用针灸治疗。取穴: 百会、四神聪、上星、神庭以及双侧合谷、足三里、三阴交、太冲、率谷, 并随证加减: 肝气郁结加内关、神门、额旁 2 线; 痰浊蒙窍加额旁 1 线、丰隆、外关。方法: 采用 30 号毫针针刺治疗, 头针使用 1 寸针灸针, 体针使用 1.5 寸针灸针, 平补平泻手法, 留针 30 min, 每周休息 2 天, 疗程 12 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组患者在治疗前后各评定 MILLER 幻觉评定量表、阳性症状评定量表 (SAPS) 和阴性症状评定量表 (SANS), 以及治疗引起的副反应量表 (TESS)。

[收稿日期] 2016-01-15

[基金项目] 广州市医药卫生科技项目 (20132A011017)

[作者简介] 党亚梅 (1967-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医心理学。

[通讯作者] 黄雄, E-mail: 1195768576@qq.com。

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析,采用独立样本 *t* 检验。

4 治疗结果

4.1 2组 MILLER 幻觉量表评分结果比较 见表 1。2组治疗前 MILLER 幻觉量表各项评分比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗组治疗 12 周后幻觉的频度、持续时间、强度较治疗前低 ($t_{\text{频度}}=3.54, P_{\text{频度}}<0.01; t_{\text{持续时间}}=2.68, P_{\text{持续时间}}=0.01; t_{\text{强度}}=2.42, P_{\text{强度}}<0.05$), 而其他因子得分与治疗前比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 对照组治疗 12 周后与研究前 MILLER 幻觉量表评分比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗 12 周后治疗组频度、定向性、空间感受 ($t_{\text{频度}}=5.15, P_{\text{频度}}<0.01; t_{\text{定向性}}=-4.10, P_{\text{定向性}}<0.01; t_{\text{空间感受}}=3.43, P_{\text{空间感受}}=0.01$) 评分分别与对照组比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 2 组其余因子评分比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 1 2 组 MILLER 幻觉量表评分结果比较 分

项目	治疗组(n=43)		对照组(n=26)	
	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
种类	1.72±0.45	1.34±0.71	1.56±0.53	1.56±0.67
频度	2.88±0.33	2.13±0.88 ^{①②}	3.00±0.00	3.00±0.70
持续时间	2.64±0.57	2.04±0.95 ^①	2.11±0.60	2.11±0.89
强度	2.24±0.66	1.67±0.96 ^①	1.89±0.33	1.89±0.34
真实性	2.56±0.58	2.21±0.93	2.33±0.88	2.33±0.87
可预测性	2.40±0.71	2.17±0.92	2.67±0.71	2.67±0.73
可控制性	2.60±0.65	2.21±0.98	2.78±0.69	2.78±0.67
定向性	2.32±0.85	2.13±1.04 ^②	2.78±0.65	2.78±0.67
个人独特性	1.00±0.00	1.00±0.01	1.00±0.02	1.00±0.03
时间感受	1.12±0.33	1.04±0.46	1.11±0.34	1.11±0.33
空间感受	1.08±0.28	1.04±0.47 ^②	1.00±0.01	1.00±0.03
关注程度	2.20±0.58	1.92±0.72	2.56±0.53	2.56±0.60
行为效应	2.24±0.52	2.00±0.83	2.11±0.61	2.11±0.77
情感效应	2.32±0.56	2.04±0.86	2.22±0.67	2.22±0.89
妄想性解释	2.60±0.71	2.21±0.98	2.56±0.89	2.56±0.78
妄想	2.68±0.63	2.58±0.88	2.56±0.89	2.56±0.87
异己体验	1.28±0.68	1.17±0.75	1.00±0.01	1.00±0.02
阳性思维形式障碍	1.08±0.40	0.96±0.36	1.00±0.01	1.00±0.03

与治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组治疗 12 周后比较, ② $P<0.05$

4.2 2组 SAPS 评分与 SANS 因子评分情况比较 见表 2。2组治疗前 SAPS 和 SANS 量表评分比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗组治疗 12 周后幻觉、妄想评分分别与治疗前比较,差异均有统计学意义 ($t_{\text{幻觉}}=2.43, P_{\text{幻觉}}<0.05; t_{\text{妄想}}=2.59, P_{\text{妄想}}<0.05$); 治疗 12 周后治疗组的幻觉、妄想、SAPS 总分、情感平淡评分分别与对照组比较 ($t_{\text{幻觉}}=3.82,$

$P_{\text{幻觉}}<0.01; t_{\text{妄想}}=-3.22, P_{\text{妄想}}<0.01; t_{\text{SAPS 总分}}=2.40, P_{\text{SAPS 总分}}<0.05; t_{\text{情感平淡}}=2.53, P_{\text{情感平淡}}<0.05$), 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 2 组其余因子评分比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 2 2 组 SAPS 评分与 SANS 因子评分等情况比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
幻觉	3.63±0.93	2.85±1.38 ^{①②}	3.75±0.45	3.77±0.24
妄想	3.56±0.75	2.78±1.37 ^{①②}	3.33±0.49	3.39±0.94
怪异行为	2.15±1.26	1.78±1.34	2.00±1.54	2.07±1.98
阳性思维形式障碍	0.44±1.12	0.81±1.98	1.08±1.24	1.11±1.01
SAPS 总分	40.30±12.90	32.30±17.38 ^②	42.08±16.41	43.00±19.47
情感平淡	2.07±1.14	1.59±1.31 ^②	2.83±1.03	2.63±1.88
言语障碍	1.41±1.05	1.22±1.25	1.92±1.44	1.90±0.75
意志缺乏	3.52±0.80	3.00±1.14	3.67±0.78	3.65±1.00
兴趣/社交	2.81±1.36	2.30±1.51	3.33±1.23	3.35±1.19
注意障碍	1.52±1.45	1.56±1.72	1.75±1.14	1.79±0.45
SANS 总分	42.48±21.36	35.70±24.50	52.58±20.32	53.62±18.77

与治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组治疗 12 周后比较, ② $P<0.05$

4.3 副反应量表 (TESS) 针刺治疗过程中, 未发现有明显的副反应发生。针刺过程中的疼痛反应患者都可以忍受; 偶有针刺部位出针后少量出血, 局部棉枝按压后可迅速止血。

5 讨论

针灸治疗精神分裂症以幻听为主要靶症状作为观察指标已有文献报道, 患者的幻听改善率可高达 78.6%^[9]。一般的精神分裂症已经有临床证明了针灸的有效性, 本研究以药物治疗无效的伴有难治性幻听的精神分裂症患者作为观察对象, 治疗的疗程设置为 12 周, 是笔者根据临床经验观察大约治疗 12 周后, 大部分治疗有效的患者的临床症状改善明显而定, 同时也有文献^[2]提示: 精神分裂症患者针灸治疗需要的疗程不应少于 15 次, 治疗 30 次为 1 疗程。

本研究结果提示: 治疗组 MILLER 幻觉量表评分中幻觉的频度、持续时间、强度以及空间感受、定向性、妄想症状得分较对照组有较明显改善。2 组 SAPS 评分与 SANS 评分比较显示: SAPS 量表中的幻觉、妄想以及 SAPS 总分数治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 结合 MILLER 量表妄想评分的改善, 明确了针刺治疗有难治性幻听 SP 患者的有效性。随着患者幻觉症状的改善, 精神分裂症所带给患者的情感平淡症状也会有所改善。SANS 总分的改善不明显, 应与入组的患者大多是长期治疗未愈的、社会功能基本受损的患者相关, 提示了精神分裂症带给患者严重的后果。2 组入组的患者伴有的异己体验、阳性思维形式障碍、言语障碍症状改善不明显, 也应当与患者基本都是长期治疗未愈, 有些患者所伴有的

一些思维、认知等已经损害到难以恢复相关。

针灸可以改善大脑的功能已有研究证明：王葳等^[3-4]通过对针刺四关、合谷的 fMRI 结果提示，针刺这些穴位可以激活小脑、额、丘脑等神经功能。MILLER 幻觉中显示的针灸的疗效以幻觉的频度、持续时间、强度首先呈现好转迹象，提示也可能与改善了患者的大脑功能相关。目前，国内对于针灸疗效中可能与精神疾病疗效相关的生化因子主要是脑源性神经营养因子(BDNF)，研究表明，针刺治疗能提高患者的 BDNF^[5-6]，进一步提高了脑功能。而和精神分裂症密切相关的多巴胺(功能亢进假说)，在对海洛因复吸大鼠脑组织进行针灸治疗时，发现针灸可以抑制大鼠脑组织多巴胺的释放^[7]，为针灸治疗精神分裂症提供了理论支持。

[参考文献]

- [1] 唐岩, 黄芹, 李惠仙, 等. 针刺治疗幻听的临床分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(4): 367- 368.
- [2] 肖仙祥, 徐锦奋. 电针治疗常见精神疾病的疗程与疗效比较[J]. 中国当代医药, 2012, 19(8): 100- 101.
- [3] 王葳, 李坤成, 单保慈, 等. 针刺正常老年人“四关穴”的脑功能 MRI 研究[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(6): 33- 35.
- [4] 王葳, 李坤成, 单保慈, 等. 针刺太冲穴的脑功能 MRI 研究[J]. 中华放射学杂志, 2006, 40(1): 29- 35.
- [5] 赵耀东, 缪竞诚. 脑源性神经生长因子(BDNF)与神经性疾病[J]. 中华临床医学杂志, 2005, 6(8): 51- 54.
- [6] 王风波, 李晓捷, 唐明薇. 电针对先天性脑损伤仔鼠脑组织脑源性神经生长因子表达的影响[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(3): 213- 215.
- [7] 蔡兴慧, 石芳芝, 宋小鸽, 等. 针灸对海洛因复吸大鼠脑组织多巴胺、5- 羟色胺的影响[J]. 安徽中医学院学报, 2011, 30(3): 38- 40.

(责任编辑: 刘淑婷)

茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗良性阵发性位置性眩晕临床疗效观察

蔡汉潮, 王会改

深圳市福田区中医院, 广东 深圳 518034

[摘要] 目的: 观察茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗水平半规管型良性阵发性位置性眩晕(BPPV)的临床疗效。方法: 选择62例脾胃亏虚、水饮上泛型水平半规管型BPPV患者, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组32例予Barbecue翻滚法、茯苓饮治疗, 对照组30例予Barbecue翻滚法治疗, 2组疗程均为10天。观察2组治疗前后症状积分的变化, 比较2组的临床疗效。结果: 2组痊愈率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组复位成功率无统计学差异($P > 0.05$)。治疗前, 2组症状积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组症状积分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组症状积分低于对照组($P < 0.05$)。结论: 采用茯苓饮联合 Barbecue 翻滚法治疗脾胃亏虚、水饮上泛型水平半规管型BPPV患者能明显改善临床症状。

[关键词] 良性阵发性位置性眩晕(BPPV); 水平半规管型; 中西医结合疗法; Barbecue 翻滚法; 茯苓饮

[中图分类号] R441.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)07-0209-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.091

良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)是由头部位置改变引起的短暂性眩晕, 是最常见的前庭系统疾病, 其发病率约占周围性眩晕的40%^[1], 约占所有眩晕病的25%^[2]。根据耳石发病部位可分为后半规管型、

前半规管型、水平半规管型及复合型, 从临床观察来看, 水平半规管型BPPV患者并不少见。翻滚复位法(Barbecue rotation manoeuvre)为治疗水平半规管型BPPV首选方法之一, 据文献报道其成功率为85%^[3], 故仍有部分患者复位后存

[收稿日期] 2016-03-05

[作者简介] 蔡汉潮(1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医脑病学。