

针刺联合文拉法辛对卒中后抑郁康复疗效的影响

梁政娆, 叶丹晓, 祝晓忠

肇庆市中医院, 广东 肇庆 526040

[摘要] 目的: 观察针刺联合文拉法辛对卒中后抑郁患者抑郁状态及神经功能康复的影响。方法: 将符合入选标准的 40 例患者随机分为 2 组各 20 例。常规治疗组接受常规治疗, 针刺联合文拉法辛组在常规治疗的基础上加用针刺联合文拉法辛抗抑郁治疗, 均治疗 6 周。观察患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)、改良 Barthel 指数量表 (MBI) 评分。结果: 总有效率针刺联合文拉法辛组 85.0%, 常规治疗组 55.0%, 2 组临床总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。抑郁状态针刺联合文拉法辛组 HAMD 评分低于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。独立生活能力针刺联合文拉法辛组 MBI 评分高于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 针刺联合文拉法辛治疗卒中后抑郁有较好的疗效。

[关键词] 卒中后抑郁; 针刺治疗; 文拉法辛; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD); 改良 Barthel 指数量表 (MBI)

[中图分类号] R749.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0150-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.070

卒中后抑郁(Poststroke depression, PSD)是一种常见的脑血管病并发症, 患者主要临床表现包括情绪悲观、兴趣减退、缺乏主动性等, 对其神经功能康复有消极作用^[1-2], 并使劳动能力及日常生活能力下降, 严重影响患者生活质量及预后。本研究对 20 例患者采用针刺联合文拉法辛治疗卒中后抑郁, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑卒中诊断参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]; 经头部 CT 和(或)MRI 检查证实为卒中患者; 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分总分 ≥ 8 分, 且 < 24 分(评定分级: 8~16 分为轻度抑郁; 17~23 分为中度抑郁; 24 分为重度抑郁), 即轻中度抑郁。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准的卒中后轻中度抑郁症患者; 年龄 18~65 岁; 无明显失语或严重认知障碍, 既往无精神病史; 无严重全身脏器病变; 检查合作; 知情同意者。

1.3 一般资料 观察病例为 2012 年 8 月~2013 年 12 月于本院住院及门诊就诊的卒中后抑郁患者, 共 40 例。将患者按随机分配原则分为 2 组各 20 例。针刺联合文拉法辛组男 10 例, 女 10 例; 平均年龄(54.05 ± 7.84)岁; 平均病程(2.34 ± 1.03)月; HAMD 评分平均(19.65 ± 2.85)分; 改良 Barthel 指数量表(MBI)评分平均(41.50 ± 13.48)分。常规治疗组男 9 例, 女 11 例; 平均年龄(54.15 ± 7.57)岁; 平均病程(2.37 ± 1.11)月; HAMD 评分平均(18.90 ± 3.09)分; MBI 评分平均($41.00 \pm$

12.94)分。2 组一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者均接受脑卒中常规治疗, 包括: 一般治疗: 脱水、降颅压、稳定血压, 纠正水、电解质代谢平衡及酸碱平衡失调, 预防并发症等。病因治疗: 缺血性卒中治疗包括危险因素的控制和抗血小板、降脂、稳定斑块; 脑出血治疗根据出血量决定行微创治疗或行保守治疗; 并于生命体征平稳后给予常规理疗、偏瘫肢体功能康复治疗等。

2.1 针刺联合文拉法辛组 在常规治疗基础上加用针刺联合文拉法辛抗抑郁治疗, 文拉法辛, 每次 25 mg, 每天 3 次, 餐后口服。针刺治疗: 主穴: 智三针(神庭、双本神)、百会, 用平补平泻手法; 双侧足三里、双侧三阴交, 用烧山火手法; 合谷、曲池、列缺, 采用透天凉手法。配穴: 随辨证分型酌情增加, 每天 1 次, 每次 30 min, 行针 15 min, 治疗 6 周。

2.2 常规治疗组 接受常规治疗 6 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 通过 HAMD 评分变化评定抑郁状态的改变; 通过 MBI 评分变化评定患者日常生活活动能力的改变。

3.2 统计学方法 所有数据用 SPSS18.0 统计软件进行数据录入、管理、统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验和配对 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 总疗效判定按 HAMD 评分减分率计算, 痊

[收稿日期] 2014-04-02

[作者简介] 梁政娆 (1980-), 女, 主治医师, 主要从事神经内科 (脑病科) 临床工作。

愈：减分率 $\geq 75\%$ ；显效：减分率 $50\% \sim 74\%$ ；有效：减分率为 $25\% \sim 49\%$ ；无效：减分率 $\leq 24\%$ 。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 治疗完成情况 所有患者完成治疗，无中途脱落者，全部进入结果分析。

4.3 2组临床疗效比较 见表1。2组临床总有效率比较，经 χ^2 检验，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针刺联合文拉法辛组	20	0	4	13	3	85.0
常规治疗组	20	0	1	10	9	55.0

与常规治疗组比较，① $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后HAMD、MBI评分比较 见表2。治疗后，针刺联合文拉法辛组HAMD评分低于常规治疗组，经 t 检验， $t=2.0677$ ，差异有显著性意义($P < 0.05$)；针刺联合文拉法辛组MBI评分高于常规治疗组，经 t 检验， $t=2.1548$ ，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	HAMD评分		MBI评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺联合文拉法辛组	19.65 \pm 2.85	11.75 \pm 4.04	41.50 \pm 13.48	62.75 \pm 15.85
常规治疗组	18.90 \pm 3.09	14.30 \pm 3.76	41.00 \pm 12.94	52.50 \pm 14.19

与常规治疗组比较，① $P < 0.05$

4.5 不良反应 2组治疗过程中均未发现不良事件及副反应。

5 讨论

卒中后抑郁是一种常见的脑血管病并发症。现代医学认为，卒中后抑郁的发病机制目前有“原发性内源性机制”学说，即卒中后抑郁的发病可能与大脑损害引起去甲肾上腺素和5-羟色胺之间的平衡失调有关。因去甲肾上腺素能和5-羟色胺能神经元胞体位于脑干，其轴突通过丘脑及基底神经节到达额叶皮质，病灶累及以上部位时。可影响区域内的5-羟色胺能和去甲肾上腺素能的神经通路，使去甲肾上腺素和5-羟色胺含量下降而导致抑郁。另一为“反应性机制”学说，即由于家庭、社会、疾病等多种因素，特别是瘫痪患者丧失独立性或活动功能以后，不能正常生活，产生寂寞心理，害怕增加家庭及社会的负担，对治疗失去信心，从而诱发悲观、失望等抑郁情绪。流行病学研究表明，卒中后抑郁发生率最高时并非在卒中的急性期，也反映了卒中后抑郁的发生并非与神经递质完全相关。

卒中后抑郁，据其临床表现，当属中医学中风、郁病之合病。《内经》指出：“忧愁者，气闭塞而不通”，《医经溯洄集·五郁论》云：“凡病之起也，多由于郁，郁者，滞而不通之意。”明确指出气机郁滞不通是郁证之病因。于存娟^[4]认为，

患者中风后情志不舒，肝失疏泄而不条达，致肝气郁结；肝郁气滞则致血瘀，肝郁乘脾，脾失健运，蕴湿生痰；痰瘀复阻气机，又致气郁不舒；肝郁抑脾，耗伤心气，营血渐耗，心神失养，心脑同病，神明失养。

据以上病因，本研究运用针刺联合文拉法辛治疗卒中后抑郁患者，并对其疗效进行评价分析。文拉法辛是三种生物源性胺类：5-羟色胺、去甲肾上腺素和多巴胺的再摄取抑制剂，口服文拉法辛治疗，可以促进患者中远期神经运动功能恢复及患者独立生活能力^[5]；有研究表明，针刺头部穴位可使大脑5-羟色胺及去甲肾上腺素的含量和利用度均升高，从而改善卒中后抑郁^[6]。

本研究是参照中医学“中风”后合病“郁病”的发病机理，以醒脑开窍、疏神开郁、调畅气机为治疗方法，选用督脉、肺、大肠、脾、胃经之穴位，头部取穴“智三针(神庭、双本神)、百会”，手法“平补平泻”配合“足三里、三阴交”，手法“烧山火”，及“合谷、曲池、列缺”，手法“透天凉”。脑为元神之府，智三针(即神庭、双本神)^[7]、百会可行气通阳，醒脑神，直达病所，可影响脑额叶的功能活动，而大脑额叶主宰人体情感智力精神情志，因此，起到安神定志，调神解郁的作用。脾胃是气机的枢纽，也是上中下三焦的枢纽，“烧山火”大补脾胃，足三里(足阳明经)，三阴交(足太阴经)均有健益脾胃的意义在内，脾胃健，气机升降就可以得到正常；手太阴肺主气，与手阳明大肠相表里，“透天凉”泻其曲池、合谷(手阳明经)、列缺(手太阴经)，以泄其滞气，滞气消，升降调，气机畅，则抑郁病除。

本研究结果显示，针刺联合文拉法辛组HAMD评分低于对照组，差异有显著性意义($P < 0.05$)，MBI评分高于对照组，差异有显著性意义($P < 0.05$)，提示针刺联合文拉法辛治疗卒中后抑郁患者能更有效地改善抑郁症状，有利于患者神经缺损功能的康复，提高患者日常生活活动能力。

[参考文献]

- [1] Williams LS, Chose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161: 1090-1095.
- [2] Gainatti G, Antonucci G, Marra C, et al. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 71: 258-261.
- [3] 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.
- [4] 于存娟. 从痰瘀论治卒中后抑郁65例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(9): 1042-1043.
- [5] 纪玉桂, 郑维聪, 李天栋, 等. 万拉法辛对急性脑卒中

- 患者中远期运动功能及独立生活能力的影响[J]. 中国老年学杂志, 2008, 28(24): 2440-2442.
- [6] 龙浩文, 谭佩珍, 冯建宏, 等. 电针治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(3): 173-174.
- [7] 田小文, 张全明, 徐世双. 智三针为主针刺治疗中风后抑郁症临床疗效评价[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(4): 219-222.

(责任编辑: 刘淑婷)

针灸联合薏苡仁汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎临床观察

冯健峰¹, 柴铁劬²

1. 广东省中医院, 广东 广州 510105; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察针灸联合薏苡仁汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的临床疗效。方法: 将 84 例寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者按随机数字表法分为 2 组各 42 例。治疗组予针灸联合口服薏苡仁汤并塞来昔布胶囊治疗; 对照组予口服薏苡仁汤并塞来昔布胶囊治疗。观察 2 组疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分, C-反应蛋白 (CRP)、血沉 (ESR), 并观察其临床疗效。结果: 总有效率治疗组 88.1%, 对照组 66.7%, 2 组临床疗效比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 VAS 评分、CRP、ESR 均比治疗前降低, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组 VAS 评分、CRP、ESR 比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。结论: 针灸联合薏苡仁汤能够缓解寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者的临床症状, 改善实验室指标, 取得较好的临床疗效。

[关键词] 类风湿性关节炎; 针灸疗法; 薏苡仁汤; 塞来昔布

[中图分类号] R593.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0152-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.071

类风湿性关节炎(RA)是一种慢性、全身性、自身免疫综合征, 亦是临床常见的难治性疾病。我国类风湿性关节炎的发病率为 0.32%~0.36%^[1], 女性发病率比男性高 3~5 倍。中医药治疗自身免疫性疾病具有独特优势, 笔者依据中医学理论对寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者采用针灸联合薏苡仁汤治疗, 取得较好的临床疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用美国风湿病协会(ARA)1987 年修订的类风湿诊断标准^[2]; 中医诊断及辨证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中寒湿痹阻证的标准。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准; 年龄 17~75 岁; 接受其它缓解病情的抗风湿药物至少停药 1 月以上。

1.3 排除标准 不符合上述纳入标准; 妊娠或哺乳期妇女; 关节严重畸形, 残疾、丧失劳动力者; 合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病; 重叠其它风湿病, 如干燥综

合征、系统性红斑狼疮等。

1.4 一般资料 观察病例为 2009 年 6 月~2013 年 4 月本院门诊患者, 共 84 例。随机分为 2 组各 42 例, 治疗组男 12 例, 女 30 例; 年龄 24~69 岁, 平均(52.11±10.65)岁; 病程 5 月~12 年, 平均(41.47±21.54)月。对照组男 14 例, 女 28 例; 年龄 27~72 岁, 平均(50.45±9.55)岁; 病程 7 月~20 年, 平均(43.24±20.43)月。2 组年龄、性别、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针灸联合薏苡仁汤治疗, 局部取穴与辨证取穴相结合, 局部选穴在类风湿性关节炎病变部位周围选择; 辨证选穴: 三阴交、阴陵泉、脾俞、足三里、关元、腰阳关、血海、膈俞。手法: 补泻并用, 每 5 min 行针 1 次, 留针 30 min, 每天 1 次。薏苡仁汤: 薏苡仁 30 g, 当归、生姜、桂枝、羌活、独活、防风、白术各 10 g, 川芎 7 g, 甘草、制

[收稿日期] 2014-06-25

[作者简介] 冯健峰 (1971-), 男, 在职博士研究生, 住院医师, 研究方向: 针灸推拿学。