

舒肝颗粒联合通督调神针法治疗中风后抑郁临床研究

李志强¹, 常红娟², 邢红霞¹

1. 新乡医学院第一附属医院, 河南 新乡 453100; 2. 新乡医学院护理学院, 河南 新乡 453105

[摘要] 目的: 观察舒肝颗粒联合通督调神针法治疗中风后抑郁(PSD)的临床疗效。方法: 将110例PSD肝气郁结兼痰瘀阻络证患者随机分为观察组和对照组各55例。对照组口服氟哌啶酮美利曲辛片, 观察组服用舒肝颗粒, 并联合通督调神针法治疗。2组疗程均为8周。治疗前后评定汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17项)因子评分、HAMD-17项评分、Barthel指数(BI)评分和简明健康调查量表(SF-36)评分, 比较2组的临床疗效。结果: 治疗后, 观察组总有效率92.73%, 高于对照组的76.36%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组HAMD-17项各因子(焦虑、阻滞、绝望感、体质量、睡眠障碍、昼夜、认知障碍)评分、HAMD-17项评分均较治疗前降低, BI评分均较治疗前升高, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 观察组HAMD-17项各因子评分、HAMD-17项评分均低于对照组, BI评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。2组SF-36量表生理功能、躯体疼痛、生理职能、活力、情感职能、社会功能、精神健康评分均较治疗前增加($P < 0.01$); 观察组各项评分均高于对照组($P < 0.01$)。结论: 舒肝颗粒联合通督调神针法治疗PSD可有效改善患者的抑郁症状和日常生活活动能力, 提高患者的生活质量, 疗效确切。

[关键词] 中风后抑郁(PSD); 肝气郁结证; 痰瘀阻络证; 舒肝颗粒; 通督调神针法; 生活质量; 日常生活活动能力; 抑郁程度

[中图分类号] R277.7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 05-0144-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.05.043

Clinical Study on Shugan Granules Combined with Tongdu Tiaoshen Acupuncture for Post-stroke Depression

LI Zhiqiang, CHANG Hongjuan, XING Hongxia

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Shugan granules combined with Tongdu Tiaoshen acupuncture for post stroke depression(PSD). **Methods:** Divided 110 cases of PSD patients with syndromes of liver-qi stagnation and phlegm stagnation obstructing collaterals randomly into the observation group and the control group, 55 cases in each group. The control group was given the oral application of flupentixol and melitracen tablets, and the observation group was treated with Shugan granules combined with Tongdu Tiaoshen acupuncture. Both groups were treated for 8 weeks. Evaluated the scores of scale factors in Hamilton depression scale(HAMD-17), HAMD-17 scale, Barthel indexes(BI)and the short-form 36 health survey scale (SF-36) before and after treatment, and compared the clinical effect of the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 92.73% in the observation group, being higher than that of 76.36% in the control group, difference being significant($P < 0.05$). The scores of each HAMD-17 scale factor(anxiety, block, sense of despair, body mass, sleep disorder, day and night, cognitive disorder) and HAMD-17 scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment; the BI scores were increased when compared with those before treatment, differences being significant($P < 0.01$). The scores of each factor and the HAMD-17 scores in the observation group were lower than those in the control group; the BI score was higher than that in the control group, differences being significant($P < 0.01$). The scores of SF-36 scale in the two groups(physiological function, physical pain, physiological function, vitality, emotional function, social function, mental health) were increased when compared with those before treatment($P < 0.01$); each of these scores in the observation group was higher than that in the control group($P < 0.01$). **Conclusion:** The application of Tongdu Tiaoshen acupuncture for PSD can effectively improve the depressive symptoms of patients and activity abilities of daily life and increase the quality of life of them. Its curative effect is obvious.

[收稿日期] 2019-01-16

[基金项目] 河南省科技攻关计划项目(1821023100156)

[作者简介] 李志强(1978-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管疾病。

[通信作者] 邢红霞, E-mail: xhxwh02@163.com。

Keywords: Post stroke depression (PSD); Syndrome of liver–qi stagnation; Syndrome of phlegm stagnation obstructing collaterals; Shugan granules; Tongdu Tiaoshen acupuncture; Quality of life; Activities ability of daily life; Degree of depression

中风后抑郁(Post stroke depression, PSD)为常见的精神障碍并发症,临床表现有情绪低落、思维迟滞、自卑感增强、疲倦或乏力以及有自杀念头,也是脑中风复发的独立危险因素,可导致患者住院时间延长,独立生活能力更加丧失,影响神经功能恢复^[1]。现代医学治疗 PSD 以抗抑郁药物(如 5-羟色胺再摄取抑制剂等)为主,存在疗效滞后、易于成瘾以及不良反应较大等缺点,明显降低了患者的依从性^[2]。中医学认为 PSD 的发生与肝郁、肾虚、心脾亏虚、脑海失养、气血郁滞等有关^[3]。舒肝颗粒是由《太平惠民和剂局方》中的丹栀逍遥散去生姜加香附而成的制剂,具有疏肝理气、散郁调经之功,其多个成分均具有抗抑郁作用,是治疗肝郁气滞引起的抑郁、焦虑、失眠的物质基础^[4]。通督调神针法是依据 PSD “病变在脑、首取督脉”的病机而设,主要通过针刺督脉穴位起到通调神志的效果。针刺督脉穴位可调整督脉经气,使诸经经气通畅,脑髓得以濡养,则神机灵透,肢体活动自如^[5]。本研究观察了舒肝颗粒联合通督调神针法治疗 PSD 的临床疗效与对患者生活质量的影响。现将研究结果整理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2017 年 2 月—2018 年 8 月于新乡医学院第一附属医院中西医结合科就诊的 110 例 PSD 患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 55 例。观察组男 33 例,女 22 例;年龄 59~70 岁,平均(65.16±8.91)岁;病程 55~91 天,平均(62.76±8.34)天;抑郁程度^[6]:轻度 27 例,中度 28 例。对照组男 34 例,女 21 例;年龄 58~70 岁,平均(65.82±8.85)岁;病程 52~90 天,平均(62.95±8.41)天;抑郁程度:轻度 26 例,中度 29 例。2 组上述基本临床资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 缺血性脑卒中诊断标准:参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[7]中的诊断标准,并结合核磁共振检测等影像学结果。抑郁症诊断标准:根据《中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)》^[8]标准;并评定汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17 项)^[9]评分, HAMD 评分 8~16 分为轻度抑郁, HAMD 评分 17~23 分为中度抑郁, HAMD 评分 ≥24 分为重度抑郁。

1.3 辨证标准 肝气郁结兼痰瘀阻络证辨证标准参照《中医内科学常见病诊疗指南:中医病证部分》^[9]并结合临床制定:情绪不宁,胸闷胁胀,精神不振,善太息,悲忧善哭,可伴失眠善忘,不思饮食,易烦易怒,口苦口干,或头痛,目赤,耳鸣,并伴有半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇,肢体麻木或手足拘急,舌质红或舌质紫暗,有瘀点,苔黄,脉弦或涩。

1.4 纳入标准 符合缺血性脑卒中诊断标准;符合抑郁症诊断标准,且为轻、中度抑郁;符合肝气郁结兼痰瘀阻络证辨证标准;年龄 55~70 岁;病程为 0.47~6 个月;意识清楚者,患者或患者家属知情,且签署知情同意书。

1.5 排除标准 伴心、肺、肝、肾等严重功能障碍者;缺血性脑卒中前患有抑郁、焦虑、躁狂症等精神疾病者;伴肿瘤等恶性疾病者;严重过敏体质者;家族有阳性精神疾病病史、痴呆、卒中后认知功能障碍、失语、表达不清楚、意识模糊或智力障碍者;合并严重运动、认知或语言障碍者。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服氟哌噻吨美利曲辛片(H.Lundbeck A/S),每天早晨服用 1 片。

2.2 观察组 ①舒肝颗粒(昆明中药厂有限公司),每次 1 袋,每天 2 次,冲服。②通督调神针法。取穴:百会、神庭、哑门、膻中、心俞、肝俞、肾俞、神门、太冲、太溪、印堂、内关;具体操作:患者仰卧,取百会、神庭、印堂,由前向后刺入 20 mm,每个穴位捻转 30 s,隔 15 min 捻转 1 次;患者取坐位,取哑门穴,向下颌方向刺入 20 mm,捻转 1 min 后出针;患者取俯卧位,取心俞、肝俞、肾俞,向内侧斜刺 20 mm,各个穴位均捻转 1 min 后出针;取神门、内关,直刺 15 mm,太溪、太冲直刺 20 mm,膻中平刺 15 mm,各个穴位每 15 min 捻转 1 次,每次捻转 30 s,均采用平补平泻法。哑门、心俞、肝俞、肾俞均不留针,其余穴位均留针 30 min。每天 1 次,每周 5 次。

2 组均连续治疗 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①HAMD-17 项因子评分^[9]:评价指标包括焦虑躯体化(躯体性焦虑、精神性焦虑、胃肠道症状、全身症状、疑病和自知力 6 项)、迟滞(抑郁情绪、工作和兴趣、阻滞和性症状 4 项)、体质量(体质量减轻 1 项)、睡眠障碍(入睡困难、睡眠不深和早醒 3 项)、认知障碍(自罪感、激越和自杀 3 项)。②HAMD-17 项评分^[9]:总分 35 分, <7 分:正常;7~17 分:轻度抑郁症;18~24 分:中度抑郁症; >24 分:严重抑郁症。于治疗前、后各评价 3 次,取平均值为最终结果。③日常生活能力:采用 Barthel 指数(BI)评分^[10],包括穿衣、洗澡、进餐、修饰等 10 个方面,满分 100 分,评分越高说明生活活动能力越好。④生活质量:采用简明健康调查量表(SF-36)^[11]评估患者的生理功能、活力、社会功能、生理职能、情感职能、躯体疼痛、精神健康,每个指标满分 100 分,分值越高提示健康状态和生活质量越好。

3.2 统计学方法 应用SPSS20.0软件包分析本研究数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《精神科评定量表手册》^[12]评价。临床痊愈: HAMD-17项评分较治疗前减少 $\geq 75\%$ 。显效: $50\% \leq$ HAMD-17项评分较治疗前减少 $< 75\%$ 。有效: $25\% \leq$ HAMD-17项评分较治疗前减少 $< 50\%$ 。无效: HAMD-17项评分减少 $< 25\%$ 。减分率=(治疗前HAMD-17项评分-治疗后HAMD-17项评分)/治疗前HAMD-17项评分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,观察组总有效率

92.73%,高于对照组的76.36%,差异有统计学意义($\chi^2=5.631$, $P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	55	7	17	18	13	76.36
观察组	55	15	18	13	4	92.73 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后HAMD-17项各因子评分比较 见表2。治疗后,2组HAMD-17项各因子评分均较治疗前降低($P < 0.01$),观察组各因子评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后HAMD-17项各因子评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	焦虑躯体化	迟滞	体质量	睡眠障碍	认知障碍
对照组	55	治疗前	6.60 \pm 1.25	6.97 \pm 1.82	1.93 \pm 0.25	4.61 \pm 0.78	4.49 \pm 0.96
		治疗后	4.97 \pm 0.77 ^①	4.41 \pm 0.96 ^①	1.51 \pm 0.22 ^①	2.43 \pm 0.55 ^①	3.52 \pm 0.29 ^①
观察组	55	治疗前	6.92 \pm 1.33	7.03 \pm 1.75	1.90 \pm 0.26	4.49 \pm 0.72	3.44 \pm 0.82
		治疗后	4.12 \pm 0.39 ^{①②}	3.36 \pm 0.72 ^{①②}	1.25 \pm 0.13 ^{①②}	1.85 \pm 0.29 ^{①②}	2.22 \pm 0.21 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后HAMD-17项评分和BI评分比较 见表3。治疗后,2组HAMD-17项评分均治疗前降低,BI评分均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。观察组HAMD-17项评分低于对照组,BI评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

4.5 2组治疗前后生活质量评分比较 见表4。治疗后,2组SF-36量表各项评分均较治疗前增加($P < 0.01$);观察组各项评分均高于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后HAMD-17项评分和BI评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	HAMD-17项	BI
对照组	55	治疗前	20.03 \pm 2.88	41.76 \pm 5.01
		治疗后	15.95 \pm 1.96 ^①	67.95 \pm 7.68 ^①
观察组	55	治疗前	20.11 \pm 2.95	41.55 \pm 4.98
		治疗后	13.05 \pm 1.86 ^{①②}	75.21 \pm 8.69 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表4 2组治疗前后生活质量评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	时间	生理功能	躯体疼痛	生理职能	活力	情感职能	社会功能	精神健康
对照组	55	治疗前	59.72 \pm 6.72	60.04 \pm 6.99	61.65 \pm 6.93	60.01 \pm 6.86	61.17 \pm 7.08	59.21 \pm 6.73	60.06 \pm 6.98
		治疗后	66.05 \pm 7.35 ^①	68.79 \pm 7.55 ^①	67.03 \pm 7.76 ^①	67.51 \pm 7.22 ^①	67.67 \pm 7.12 ^①	67.41 \pm 7.05 ^①	67.75 \pm 7.35 ^①
观察组	55	治疗前	59.52 \pm 7.40	59.91 \pm 6.91	61.41 \pm 6.90	59.82 \pm 6.80	61.05 \pm 7.03	59.33 \pm 6.85	59.96 \pm 6.85
		治疗后	75.89 \pm 8.62 ^{①②}	79.82 \pm 7.68 ^{①②}	78.13 \pm 7.94 ^{①②}	76.97 \pm 7.46 ^{①②}	75.88 \pm 7.39 ^{①②}	79.09 \pm 7.62 ^{①②}	78.90 \pm 7.54 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

PSD可归属于中医学中风和郁证之合病。缺血性脑卒中起病急,且患者多存在偏瘫、吞咽困难及失语等后遗症,患者面对突发的疾病状况多有情志不畅,日久致肝失疏泄,肝病及脾,脾胃气虚,则会引起不思饮食,气血生化乏源;久之会累及肾,肾阴虚不能上济于心,致虚火妄动、心神不宁^[13]。因此,PSD为“因病致郁”型抑郁症,其病位在脑,与肝、脾胃、心、肾诸脏密切相关,以脑窍郁闭、脑神紊乱为首发病机,躯体症状的发生归于脑功能紊乱引起五脏不安所致,治

疗应以疏肝解郁和调理脑神为主^[14]。

舒肝颗粒的配方中,柴胡能升,疏肝解郁,白芍能收,养血调经、柔肝、平肝抑阳;当归补血活血;茯苓健脾化湿、宁心安神;牡丹皮清热凉血、活血化瘀;栀子泻火除烦;香附疏肝解郁,理气宽中;白术、甘草健脾益气。全方有疏肝理气解郁之功。

通督调神针法选择的百会、神庭、哑门、印堂,属督脉要穴,针刺该4个穴位可调整督脉经气,使周身经气通畅,髓海得以濡养,达到醒脑开窍、疏肝理气及调神定志的效果。背俞

穴为脏腑经气输注于背部的穴位,与相应脏腑的位置邻近,针刺心俞、肝俞、肾俞3个背俞穴以及神门、太溪、太冲3个原穴能调节穴位所属脏腑的气血,达到养心、疏肝、益肾的效果。膻中属任脉穴,与督脉膈穴配伍,可起到宽胸理气、协调阴阳的作用。内关属手厥阴心包经,是络穴、八脉交会穴之一,具有宁心安神、益智定惊作用。诸穴合用,起到醒脑开窍、安神解郁的功效。

本研究结果显示,治疗后,观察组HAMD-17项各因子(焦虑、阻滞、绝望感、体质量、睡眠障碍、昼夜、认知障碍)评分和HAMD-17项评分均低于对照组,BI评分高于对照组,疗效优于对照组。提示舒肝颗粒联合通督调神针法在改善抑郁症、提高日常生活活动能力及临床疗效方面均起到良好作用。

SF-36是普适性测定量表,具有条目精炼、易于实施及直观性强等优点,从定量的角度全面地反映了健康人群及多种疾病患者的生命质量^[11]。本研究结果显示,治疗后,观察组SF-36量表(生理功能、躯体疼痛、生理职能、活力、情感职能、社会功能、精神健康)评分均高于对照组,提示了舒肝颗粒联合通督调神针法治疗PSD可显著改善患者的生活质量。

综上所述,舒肝颗粒联合通督调神针法治疗PSD可有效改善患者的抑郁症状和日常生活活动能力,提高患者的生活质量,疗效确切。

[参考文献]

- [1] 舒建中,唐军,李陈瑜,等.解郁安神颗粒合盐酸帕罗西汀片治疗缺血性脑中风后抑郁症的临床分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(13):177-181.
- [2] 张丽华,王艳君,薛维华.调督通脑针法对中风后抑郁患者焦虑状态的影响[J].中医杂志,2016,57(18):1574-1578.
- [3] 朱天碧,姜懿纳,陈乃宏.卒中后抑郁的相关研究进展[J].中药新药与临床药理,2016,27(5):731-735.
- [4] 侯玉涛,林亚明.舒肝颗粒组方抗抑郁机制研究进展[J].实用中医药杂志,2014,30(11):1071-1079.
- [5] 孙培养,储浩然,李佩芳,等.通督调神针法治疗脑卒中后抑郁:随机对照研究[J].中国针灸,2013,33(1):3-7.
- [6] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.
- [7] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [8] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:144-149.
- [9] 赵燕,李雪,徐雯洁,等.抑郁症患者HAMD量表因子分与证候要素的相关性分析[J].天津中医药,2009,26(6):515-518.
- [10] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):62-64.
- [11] 欧凤荣,刘扬,刘丹,等.SF-36量表在疾病生命质量谱构建中应用[J].中国公共卫生,2008,24(12):1213-1221.
- [12] 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.
- [13] 黄文雄,余秀梅,植奇明.通督调神针法治疗脑卒中后抑郁疗效观察[J].针灸临床杂志,2017,33(4):13-16.
- [14] 李霞,孟智宏,张春红.针刺治疗卒中后抑郁的机理研究概述[J].针灸临床杂志,2016,32(1):87-89.

(责任编辑:吴凌)