

调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗脑卒中后焦虑抑郁共病临床研究

郭锦桥

北京市密云区中医医院脑病科, 北京 101500

[摘要] 目的: 观察应用调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗脑卒中后焦虑抑郁共病(PSCAD)的临床效果。**方法:** 将106例PSCAD住院患者随机分为A组35例、B组36例、C组35例, 3组均根据病情给予脑卒中常规基础疗法, A组在口服氟哌噻吨美利曲辛片的基础上给予调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗, B组予调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗, C组予口服氟哌噻吨美利曲辛片治疗。3组均治疗3周。治疗前后评定匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、日常活动能力指数(BI)评分、脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分。比较3组的临床疗效和不良反应发生率。**结果:** 治疗3周, A组临床疗效总有效率94.3%, B组总有效率69.4%, C组总有效率71.4%, A组总有效率高于B组、C组($P<0.05$), B组总有效率与C组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。A组治疗1周、2周、3周的HAMD、HAMA、PSQI评分均较治疗前下降($P<0.05$)。B组治疗2周、3周的HAMD、HAMA、PSQI评分均较治疗前下降($P<0.05$)。C组治疗1周、2周、3周的HAMD、HAMA评分均较治疗前下降($P<0.05$), 治疗3周后的PSQI评分较治疗前下降($P<0.05$)。治疗1周、2周、3周, A组的HAMD、HAMA、PSQI评分均低于B组、C组($P<0.05$)。治疗3周, B组HAMD评分高于C组($P<0.05$)。治疗2周、3周, B组PSQI评分均低于C组($P<0.05$)。治疗结束1个月后随访, B组、C组HAMD、HAMA评分均较治疗3周升高($P<0.05$), C组PSQI评分较治疗3周升高($P<0.05$)。3组NIHSS评分均较治疗前下降($P<0.05$), BI、SS-QOL评分均较治疗前升高($P<0.05$)。A组NIHSS评分均低于B组、C组, BI、SS-QOL评分均高于B组、C组($P<0.05$); B组NIHSS评分低于C组, BI、SS-QOL评分均高于C组($P<0.05$)。A组不良反应发生率低于B组($P<0.05$), A组、B组的不良反应发生率均低于C组($P<0.05$)。**结论:** 在常规疗法与服用氟哌噻吨美利曲辛片的基础上给予调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗PSCAD疗效确切, 不良反应少, 可显著改善患者的焦虑、抑郁, 同时还能明显改善患者的睡眠质量、日常活动能力和生活质量, 提高综合治疗效果, 促进卒中康复进程。

[关键词] 脑卒中; 卒中后焦虑抑郁共病; 调神解郁针刺法; 小醒脑针刺法; 生活质量; 睡眠质量; 神经功能缺损程度

[中图分类号] R743.3; R749

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2023) 08-0172-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.08.035

Clinical Study on Mind-Regulating and Constraint-Resolving Acupuncture Method Combined with Xiaoxingnao Acupuncture Method for Post-stroke with Comorbid Anxiety and Depression

GUO Jinqiao

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of applying mind-regulating and constraint-resolving acupuncture method combined with Xiaoxingnao acupuncture method for post-stroke with comorbid anxiety and depression (PSCAD). **Methods:** A total of 106 cases of PSCAD inpatients were

[收稿日期] 2022-05-09

[修回日期] 2022-12-26

[作者简介] 郭锦桥 (1982-), 男, 副主任医师, E-mail: guojinqiao523@163.com。

randomly divided into Group A, Group B and Group C, with 35, 36 and 35 cases in each group respectively. The three groups were given routine basic therapy for stroke according to their disease conditions. Group A was treated with mind-regulating and constraint-resolving acupuncture method combined with Xiaoxingnao acupuncture method based on the oral administration of Flupentixol and Melitracen Tablets, Group B was treated with mind-regulating and constraint-resolving acupuncture method combined with Xiaoxingnao acupuncture method, and Group C was given oral administration of Flupentixol and Melitracen Tablets. The three groups were treated for 3 weeks. The scores of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Hamilton Depression Scale (HAMD), Hamilton Anxiety Scale (HAMA), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Barthel index (BI) and Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) were evaluated before and after treatment. The clinical effects and the incidence of adverse reactions in the three groups were compared. **Results:** After 3 weeks of treatment, the total effective rate of clinical effect was 94.3% in Group A, higher than those of 69.4% in Group B and 71.4% in Group C ($P < 0.05$), and there was no significant difference being found in the comparison of total effective rates between Group B and Group C ($P > 0.05$). After 1, 2 and 3 weeks of treatment, the scores of HAMD, HAMA and PSQI in Group A were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), the scores of HAMD and HAMA in Group C were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), the scores of HAMD, HAMA and PSQI in Group A were lower than those in Group B and C ($P < 0.05$). After 2 and 3 weeks of treatment, the scores of HAMD, HAMA and PSQI in Group B were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). After 3 weeks of treatment, the PSQI score in Group C was decreased when compared with that before treatment ($P < 0.05$). After 3 weeks of treatment, the score of HAMD in Group B was higher than that in Group C ($P < 0.05$). After 2 and 3 weeks of treatment, the scores of PSQI in Group B were lower than those in Group C ($P < 0.05$). In the follow-up 1 month after the end of treatment, the scores of HAMD and HAMA in Group B and C were increased when compared with those after 3 weeks of treatment ($P < 0.05$), the PSQI score in Group C was increased when compared with that after 3 weeks of treatment ($P < 0.05$). NIHSS scores in the three groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), scores of BI and SS-QOL were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). The NIHSS score in Group A was lower than those in Group B and C, and the scores of BI and SS-QOL were higher than those in Group B and C ($P < 0.05$). The NIHSS score in Group B was lower than that in Group C, and scores of BI and SS-QOL were higher than those in Group C ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in Group A was lower than that in Group B ($P < 0.05$), and the incidence of adverse reactions in Group A and B was lower than that in Group C ($P < 0.05$). **Conclusion:** Based on routine therapy and Flupentixol and Melitracen Tablets, the application of mind-regulating and constraint-resolving acupuncture method combined with Xiaoxingnao acupuncture method has a definite curative effect in treating PSCAD, with few adverse reactions. It can significantly improve the anxiety and depression disorders of patients, and can also significantly improve the sleep quality, daily activities and quality of life of patients, enhance the comprehensive treatment effects, and promote the process of stroke rehabilitation.

Keywords: Stroke; Post-stroke with comorbid anxiety and depression; Mind-regulating and constraint-resolving acupuncture method; Xiaoxingnao acupuncture method; Quality of life; Sleep quality; Neurological deficit

脑卒中目前在我国的发病率、复发率居高不下,是成年人致死、致残的首位病因^[1]。脑卒中带来的后遗症及其并发症是严重影响患者康复和增加临床死亡率的重要原因,如卒中后肢体功能障碍、吞咽障碍、血管性痴呆、抑郁、焦虑等,在临床治疗中不可忽视。卒中后焦虑抑郁共病(PSCAD)具有较高的发生率,PSCAD患者几乎均伴发睡眠障碍^[2],其睡眠障碍、抑郁、焦虑程度严重影响神经功能的恢复。因此,改善抑郁、焦虑及睡眠障碍有利于促进患者的总体康复过程。现代医学治疗PSCAD患者的常规疗法主要有药物及心理疗法,结合目前我国医疗实际情况,心理疗法在临床,尤其在基层医院难以普及应用,而药物治疗虽简单方便,但临床应用时不良反应较多,限制了疗效的发挥。PSCAD的发生与卒中的部位及多巴胺(DA)、5-羟色胺(5-HT)、 γ -氨基丁酸(GABA)等神经递质的异常分泌密切相关^[2]。常用的抗焦虑、抑郁药物黛力新(氟哌噻吨美利曲辛片)是神经阻滞剂氟哌噻吨和三环类抗抑郁药美利曲辛的复合制剂,主要通过影响神经递质DA的代谢过程而发挥药理作用,是目前临床上应用较为广泛的抗焦虑、抑郁药物,其只能在一定程度上改善症状,疗效有待进一步提高^[3],长期应用疗效下降,且不良反应也较多。黛力新的不良反应以口干、便秘、头晕、多汗较为常见^[4-5],可影响患者的生活质量。

针刺治疗情志疾病及脑卒中后遗症均取得了显著疗效^[6-7]。调神解郁针刺法是北京市密云区中医医院脑病科治疗团队在长期临床实践经验基础上总结制定的,专门针对卒中后伴发焦虑、抑郁患者的针刺方法。小醒脑针刺法是著名针灸大家石学敏院士研究制定的,专门针对无意识障碍患者,促进其肢体、语言障碍等卒中后症状恢复的针刺方法^[7],疗效确切,目前已被广泛应用于脑卒中患者。为了发挥针灸治疗的优势,本研究团队创新性地在脑卒中常规疗法与氟哌噻吨美利曲辛片治疗的基础上应用调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗PSCAD,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《2016版中国脑血管病诊治指南与共识》^[8]中的脑卒中诊断标准,经头颅CT或MRI证实。采用《CCMD-3中国精神障碍分类与诊断标准》^[9]中的器质性抑郁、焦虑障碍诊断标准,且

住院后经医师诊疗确定抑郁、焦虑与卒中具有相关性。24项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 ≥ 20 分,汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分 ≥ 14 分。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准;年龄40~85岁,性别不限;患者及家属自愿签署知情同意书,并接受相关治疗;前期住院诊疗过程中依从性良好。

1.3 排除标准 对乙醇、氟哌噻吨美利曲辛片过敏;凝血功能障碍、晕针及不能接受针刺治疗;妊娠、哺乳期妇女;合并严重心力衰竭、心律失常、感染、呼吸功能衰竭、肿瘤;患消化系统、泌尿系统等严重疾病;既往诊断为癫痫或精神类疾病,或正在接受抗焦虑、抑郁治疗;合并意识障碍或严重肢体、语言、认知等功能障碍,难以配合治疗。

1.4 剔除标准 治疗过程中依从性差,不能按计划完成治疗;治疗过程中再次发作卒中;治疗过程中出现卒中并发症,或由其他基础病引起严重症状,如吞咽困难、饮食呛咳并发吸入性肺炎,出现癫痫、心力衰竭加重、慢性支气管炎急性发作;随着卒中进展,出现意识障碍;认知功能进行性下降,不能完成各项量表评分。

1.5 一般资料 筛选2021年3月—2022年2月于北京市密云区中医医院脑病科住院治疗的106例PSCAD患者,用随机数字表法分为中西医治疗组(A组)35例、针刺对照组(B组)36例、西药对照组(C组)35例。A组男18例,女17例;年龄40~82岁,平均 (57.58 ± 12.35) 岁;脑卒中病程7~14d,平均 (8.12 ± 3.74) d。B组男17例,女19例;年龄41~85岁,平均 (59.35 ± 10.13) 岁;脑卒中病程6~13d,平均 (7.92 ± 4.18) d。C组男19例,女16例;年龄42~83岁,平均 (60.79 ± 11.38) 岁;脑卒中病程7~15d,平均 (8.41 ± 4.59) d。3组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经北京市密云区中医医院医学伦理委员会审查(MYZY-2021-P06)。

2 治疗方法

3组均根据病情给予脑卒中常规基础疗法,包括抗血小板聚集及改善脑血管循环(出血性脑卒中除外),营养脑神经,降脂稳定斑块,控制血压、血糖,脱水降颅压等治疗。

2.1 A组 予针刺联合药物治疗。①小醒脑针刺法选穴:上星、百会、印堂、内关(双侧)、三阴交(双

侧)。针刺方法:先刺印堂穴,刺入皮下使针直立,施以轻雀啄手法(泻法),以眼球湿润为度;继毫针由上星穴刺入,沿皮至百会穴后,针柄旋转90°,转速120~160次/min,行手法1min;继针刺双侧内关穴,直刺0.5~1寸,采用提插捻转(泻法)相结合,施手法1min;再刺双侧三阴交穴,沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°斜刺,进针1~1.5寸,用提插补法,使患侧下肢抽动3次为度。针具为一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司生产,规格:0.25mm×40mm×100支/盒),每天治疗2次,均留针30min,连续治疗3周。②调神解郁针刺法选穴:四神聪、大陵(双侧)、神门(双侧)。针刺四神聪穴,向百会穴方向平刺0.5~1.0寸,大陵穴、神门穴直刺0.3~0.5寸,平补平泻,均匀提插捻转,以得气为度,得气后留针30min。每天治疗2次,连续治疗3周。③予氟哌噻吨美利曲辛片(黛力新,丹麦灵北制药有限公司生产,国药准字H20130126,规格0.5mg:10mg×20片/盒)口服,每天早上、中午饭后各服1片。连续治疗3周。

2.2 B组 予调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗,治法同A组。连续治疗3周。

2.3 C组 予氟哌噻吨美利曲辛片口服治疗。连续治疗3周。

3组患者在治疗期间均禁吸烟、饮酒等不良生活习惯,规律作息,避免进食辛辣、咖啡等刺激性食物,避免情绪激动及劳累。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)。PSQI用于评定最近1个月的睡眠质量,由19个自评条目和5个他评条目构成,其中第19个自评条目和5个他评条目不参与计分,计分的18个自评条目组成7个成分,每个成分按0~3分计分,累计得分为PSQI总分,总分范围为0~21分,得分越高,表示睡眠质量越差。0~5分,说明睡眠质量很好;6~10分,说明睡眠质量较好;11~15分,说明睡眠质量一般;16~21分,说明睡眠质量差。②HAMD评分。包括抑郁情绪、有罪感、自杀倾向等24项。HAMD大部分项目采用0~4分的5级评分法(0:无;1:轻度;2:中度;3:重度;4:很重),少数项目采用0~2分的3级评分法(0:无;1:可疑或轻微;2:有明显症状)。总分越低代表病情越轻。

超过35分为严重抑郁,超过20分可能是轻度或中等程度的抑郁,0~8分为正常,9~19分为可能抑郁。③HAMA评分。主要用于评定焦虑症状的严重程度,HAMA将焦虑因子分为躯体性和精神性两大类,包含焦虑心境、害怕、心血管系统症状、呼吸系统症状等项目。所有项目采用5级评分法,0分:无症状;1分:轻;2分:中等;3分:重;4分:极重。总分≥29分,可能为严重焦虑;≥21分,肯定有明显焦虑;≥14分,肯定有焦虑;≥7分,可能有焦虑;<7分,没有焦虑症状。以上3个指标均于治疗前、治疗1周、2周、3周及治疗结束1个月后随访5个时间点进行评定。④美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分。包括意识、凝视、视野等15个项目,主要反映患者的神经功能缺损程度,评分范围0~42分,分数越高,表示神经功能缺损程度越严重。0~1分:正常或近乎正常;1~4分:轻度卒中/小卒中;5~15分:中度卒中;15~20分:中-重度卒中;21~42分:重度卒中。评分越低代表病情越轻。于治疗前及治疗3周后评定。⑤日常活动能力指数(BI)评分。用于评定患者的功能状况,可以预测治疗效果、住院时间及预后。BI包括10项内容,包括进食、穿衣、洗澡等项目,根据是否需要帮助及帮助程度分为0、5、10、15分4个功能等级,总分100分,得分越高,代表独立性越强,依赖性越小。如果患者不能达到项目中规定的标准,则计0分。60分以上提示患者生活基本可以自理,39~60分提示生活需要帮助,21~40分提示生活需要很大帮助,20分及以下提示生活完全需要帮助。于治疗前及治疗3周后评定。⑥脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分。该量表为评定脑卒中患者生活质量的专用量表,共包括体能、家庭角色、语言、活动能力、社会角色、工作能力等12因子,49个条目,采用5级评分制,得分越高表示健康状况越好。于治疗前及治疗3周后评定。⑦不良反应。诊疗过程中,应用副反应量表(TESS)记录不良反应发生情况。⑧安全性评估。治疗过程中密切监测所有入组患者的生命体征,治疗前及治疗结束后均进行心电图、胸部CT、头颅CT或头颅MRI、经颅彩色多普勒超声(TCCD)、颈动脉超声、血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能等相关指标检查。治疗结束1个月后随访。

3.2 统计学方法 数据应用 SPSS23.0 软件进行统计学处理。满足正态性的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;多个时间点的数据比较采用重复测量方差分析。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以综合 HAMD、HAMA 评分下降率制定疗效标准, HAMD 评分下降率=(治疗前 HAMD 评分-治疗后 HAMD 评分)/治疗前 HAMD 评分 $\times$ 100%, HAMA 评分下降率=(治疗前 HAMA 评分-治疗后 HAMA 评分)/治疗前 HAMA 评分 $\times$ 100%。综合 HAMD、HAMA 评分下降率=(HAMD 评分下降率+HAMA 评分下降率)/2。临床控制:综合 HAMD、HAMA 评分下降率 $\geq 80\%$;显效: $50\%\leq$ 综合 HAMD、HAMA 评分下降率 $<80\%$;有效: $20\%\leq$ 综合 HAMD、HAMA 评分下降率 $<50\%$;无效:综合 HAMD、HAMA 评分下降率 $<20\%$ 。治疗 3 周后评价疗效。

4.2 3 组临床疗效比较 见表 1。治疗 3 周, A 组总有效率 94.3%, B 组总有效率 69.4%, C 组总有效率 71.4%, A 组总有效率高于 B 组、C 组($\chi^2_{AB}=7.322$, $P=0.007$; $\chi^2_{AC}=6.637$, $P=0.009$), B 组总有效率与 C 组比较,差异无统计学意义($\chi^2_{BC}=0.034$, $P=0.855$)。

表 1 3 组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
A 组	35	9(25.7)	17(48.6)	7(20.0)	2(5.7)	94.3 ^{①②}
B 组	36	4(11.1)	12(33.3)	9(25.0)	11(30.6)	69.4
C 组	35	3(8.6)	8(22.9)	14(40.0)	10(28.6)	71.4

注:①与 B 组比较, $P<0.05$; ②与 C 组比较, $P<0.05$

4.3 3 组治疗前后 HAMD、HAMA 及 PSQI 评分比较 见表 2。治疗前, 3 组 HAMD、HAMA 评分及 PSQI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。A 组治疗 1 周、2 周、3 周的 HAMD、HAMA、PSQI 评分均较治疗前下降($P<0.05$)。B 组治疗 2 周、3 周的 HAMD、HAMA、PSQI 评分均较治疗前下降($P<0.05$)。C 组治疗 1 周、2 周、3 周的 HAMD、HAMA 评分均较治疗前下降($P<0.05$),治疗 3 周后的 PSQI 评分较治疗前下降($P<0.05$)。治疗 1 周、2 周、3 周, A 组的 HAMD、HAMA、PSQI 评分均低于 B 组、C 组($P<0.05$)。治疗 3 周, B 组 HAMD 评分高

于 C 组($P<0.05$)。治疗 2 周、3 周, B 组 PSQI 评分均低于 C 组($P<0.05$)。治疗结束 1 个月后随访, B 组、C 组 HAMD、HAMA 评分均较治疗 3 周升高($P<0.05$), C 组 PSQI 评分较治疗 3 周升高($P<0.05$)。

表 2 3 组治疗前后 HAMD、HAMA 及 PSQI 评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时 间	例数	HAMD 评分	HAMA 评分	PSQI 评分
A 组	治疗前	35	27.15 $\pm$ 5.70	20.81 $\pm$ 6.14	14.25 $\pm$ 1.91
	治疗 1 周	35	22.87 $\pm$ 4.92 ^{①③④}	16.54 $\pm$ 5.53 ^{①③④}	11.94 $\pm$ 1.53 ^{①③④}
	治疗 2 周	35	17.99 $\pm$ 4.23 ^{①③④}	13.11 $\pm$ 4.36 ^{①③④}	9.05 $\pm$ 1.37 ^{①③④}
	治疗 3 周	35	13.31 $\pm$ 3.02 ^{①③④}	9.47 $\pm$ 3.94 ^{①③④}	6.48 $\pm$ 1.18 ^{①③④}
	随访	35	13.81 $\pm$ 3.57	9.56 $\pm$ 3.39	7.01 $\pm$ 1.04
B 组	治疗前	36	27.09 $\pm$ 6.02	21.08 $\pm$ 6.07	14.36 $\pm$ 2.03
	治疗 1 周	36	25.94 $\pm$ 5.30	19.86 $\pm$ 6.01	13.71 $\pm$ 2.16
	治疗 2 周	36	22.83 $\pm$ 5.12 ^①	15.50 $\pm$ 5.41 ^①	12.01 $\pm$ 1.04 ^{①④}
	治疗 3 周	36	19.53 $\pm$ 4.31 ^{①④}	11.87 $\pm$ 4.22 ^①	9.73 $\pm$ 0.92 ^{①④}
	随访	36	21.08 $\pm$ 3.80 ^②	13.99 $\pm$ 4.17 ^②	10.15 $\pm$ 1.14
C 组	治疗前	35	26.94 $\pm$ 5.30	21.03 $\pm$ 5.71	14.43 $\pm$ 2.18
	治疗 1 周	35	24.17 $\pm$ 4.84 ^①	18.49 $\pm$ 5.39 ^①	13.95 $\pm$ 1.89
	治疗 2 周	35	21.06 $\pm$ 3.93 ^①	15.82 $\pm$ 4.03 ^①	13.58 $\pm$ 1.42
	治疗 3 周	35	17.21 $\pm$ 3.15 ^①	12.34 $\pm$ 3.27 ^①	11.46 $\pm$ 1.27 ^①
	随访	35	20.14 $\pm$ 3.67 ^②	14.15 $\pm$ 3.23 ^②	13.73 $\pm$ 1.60 ^②

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与本组治疗 3 周比较, $P<0.05$; ③与 B 组同时点比较, $P<0.05$; ④与 C 组同时点比较, $P<0.05$

4.4 3 组治疗前后 NIHSS 评分、BI 评分及 SS-QOL 评分比较 见表 3。治疗前, 3 组 NIHSS、BI、SS-QOL 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 3 组 NIHSS 评分均较治疗前下降($P<0.05$), BI、SS-QOL 评分均较治疗前升高($P<0.05$)。A 组 NIHSS 评分均低于 B 组、C 组, BI、SS-QOL 评分均高于 B 组、C 组($P<0.05$); B 组 NIHSS 评分低于 C 组, BI、SS-QOL 评分均高于 C 组($P<0.05$)。

4.5 3 组不良反应发生率比较 见表 4。治疗过程中 3 组均有患者出现轻度不良反应,未中断治疗,106 例入组患者完成研究观察过程,无脱落病例。不良反应主要症状有口干、便秘、头晕、多汗、嗜睡、躁动、震颤,不良反应症状较轻。患者均未停药及中断针刺治疗,未进行其他特殊处理。A 组不良反应发生率低于 B 组($\chi^2_{AB}=4.629$, $P=0.031$), A 组、B 组的不良反应发生率均低于 C 组($\chi^2_{AC}=8.102$, $P=0.004$;

$\chi^2_{BC}=6.873$, $P=0.009$)。

表3 3组治疗前后NIHSS评分、BI评分

及SS-QOL评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	例数	NIHSS评分	BI评分	SS-QOL评分
A组	治疗前	35	18.01±3.72	60.74±11.57	50.59±9.53
	治疗后	35	13.16±2.87 ^{①②③}	79.11±10.39 ^{①②③}	70.36±8.81 ^{①②③}
B组	治疗前	36	17.93±3.54	61.18±12.60	49.81±10.24
	治疗后	36	14.38±3.12 ^{①③}	74.75±12.94 ^{①③}	65.88±9.30 ^{①③}
C组	治疗前	35	17.87±3.09	60.72±11.43	50.97±8.32
	治疗后	35	15.79±2.96 ^①	70.38±10.67 ^①	61.49±7.56 ^①

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与B组治疗后比较, $P<0.05$; ③与C组治疗后比较, $P<0.05$

表4 3组不良反应发生率比较

例

组别	例数	口干	便秘	头晕	多汗	嗜睡	躁动	震颤	发生率(%)
A组	35	1	1	0	1	0	0	0	8.6 ^{①②}
B组	36	0	0	3	1	0	0	0	11.1 ^②
C组	35	1	3	1	0	1	1	1	22.9

注: ①与B组比较, $P<0.05$; ②与C组比较, $P<0.05$

5 讨论

针对临床上黛力新等抗焦虑、抑郁类西药在治疗过程中出现的不良反应较多, 及长时间使用疗效下降的问题, 本研究在专门治疗卒中的小醒脑针刺法基础上联合调神解郁针刺法, 希望能针对性地加强对情志障碍的治疗, 实现躯体障碍和精神心理问题的双康复。石学敏院士创立的醒脑开窍针法除可治疗脑卒中外, 还可用于治疗休克、脑外伤、痴呆、面瘫等多种疾病^[10-12], 均取得了良好疗效。醒脑开窍针法具有严格的操作要求, 针刺顺序、手法量学等规范操作对疾病的改善及非规范操作引起的治疗效果差异已得到临床及相关检验指标的证实^[13]。醒脑开窍针法包括大醒脑和小醒脑2种针刺方法, 小醒脑针刺法针对无意识障碍卒中患者, 选穴精当, 包括上星、百会、印堂、内关(双侧)、三阴交(双侧), 针刺手法特殊, 如针刺方向、进针深度、针刺补泄手法等, 均与普通针刺方法有所不同, 能明显改善卒中患者肢体、语言、认知等方面的功能障碍, 已被业内人士普遍应用于卒中的治疗。

调神解郁针刺法与普通针刺方法相比, 选穴针对性强, 选取的四神聪、大陵、神门穴均为针对神志疾病的穴位, 具有镇静安神、调畅情志的功效,

能够改善卒中患者精神紧张、情绪低落、烦躁不安、夜卧难寐等症状。针刺四神聪有镇静安神、醒脑益智之效。有研究指出, 针刺四神聪可调节大脑皮质的兴奋和抑制, 增加脑血管血流量、清除自由基、改善脑部代谢, 起到脑保护作用, 同时可增加脑组织 γ -氨基丁酸(GABA)的含量^[14], 也可抑制并延缓神经元凋亡、缩小脑梗死体积^[15]。神门穴属手少阴心经, 为心经之俞穴、原穴, 针刺神门具有宁心调气、醒脑安神的功效。有研究结果显示, 针刺神门能增加大脑皮质受体表达及提高神经生长因子水平^[16]。有研究表明针刺神门、大陵能激活认知、语言相关大脑功能区, 亦能够特异性激活情绪调节区域^[17]。神门穴是针刺治疗神志疾病的要穴^[16], 故针刺神门可改善卒中后认知功能及精神情志障碍。大陵穴属手少阴心包经, 为心包经之俞穴、原穴, 是中医治疗精神类疾病的“十三鬼穴”之一, 可适用于一切精神情志障碍的治疗^[18]。研究表明, 针刺大陵、神门可激活控制认知及情志功能的大脑功能区, 这些区域所属功能都属于中医理论的情志、神志范畴^[17]。本研究将两种针刺方法结合起来应用, 能够达到促进患者躯体、心理整体恢复的目的。

本研究结果显示, A组临床疗效总有效率远高于B组、C组, B组与C组相近, 3组HAMD、HAMA评分均较治疗前下降, 说明3种治疗方式均可有效改善抑郁、焦虑, 但中西医结合治疗的效果优于其他2组。B组、C组HAMA评分相近, B组HAMD评分高于C组, 提示单纯应用针刺法的效果与氟哌噻吨美利曲辛片相近, 无明显优势。治疗结束1个月后随访, B组、C组HAMD、HAMA评分均较治疗3周升高, 说明2组患者的抑郁、焦虑有加重趋势及复发情况, A组HAMD、HAMA评分无明显升高, 表明中西医结合疗法抗抑郁、焦虑的临床效果稳定而持久。分析PSQI评分改善情况, A组优于B组、C组, B组优于C组; A组、B组随访的PSQI评分与本组治疗3周的分值相近, C组PSQI评分升高, 说明针刺治疗在改善睡眠质量方面优势明显, 联合氟哌噻吨美利曲辛片应用效果更佳, 而且治疗效果稳定持久。在NIHSS、BI、SS-QOL评分的改善方面, A组优于B组、C组, B组优于C组, 说明针刺联合药物治疗能明显促进神经系统功能的恢复, 改

善卒中患者的生活能力,提高生活质量,在这一疗效方面,B组虽优于C组,但是较A组还是有明显差距,在针对卒中后情志障碍的治疗上,中西医结合治疗优势明显。

综合以上结果,笔者总结认为:①调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗脑卒中疗效确切,可明显改善患者的睡眠质量,但应用此联合针刺法改善抑郁、焦虑的效果较氟哌噻吨美利曲辛片无明显优势。②在常规疗法与服用氟哌噻吨美利曲辛片的基础上给予调神解郁针刺法联合小醒脑针刺法治疗PSCAD疗效确切,不良反应少,可显著改善患者的焦虑、抑郁,同时还能明显改善患者的睡眠质量、日常活动能力和生活质量,促进神经系统功能的恢复,提高综合治疗效果,促进卒中康复进程。③脑卒中后情志障碍是影响患者康复的重要因素,临床上应该高度重视、积极治疗。

[参考文献]

- [1] 王陇德. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(2): 105-119.
- [2] 张林, 钟艳, 赵静, 等. 归脾汤加味治疗脑卒中后抑郁伴焦虑共病临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(12): 5522-5525.
- [3] 刘娟琼. 氟哌噻吨美利曲辛联合右佐匹克隆治疗脑梗死患者焦虑抑郁的疗效观察[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(7): 747-749.
- [4] 许洁, 李联. 黛力新联合针灸治疗脑卒中后抑郁症75例[J]. 中医杂志, 2008, 49(10): 910-911.
- [5] 胡彩平, 王晓光. 补肾疏肝方治疗维持性血液透析伴焦虑抑郁状态患者的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(11): 2093-2098.
- [6] 田同良, 袁文丽, 王流云, 等. 论五行针灸治疗精神心理疾病[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(2): 516-518.
- [7] 李章晗, 黎华茂, 艾年年. 醒脑开窍针刺法联合呼吸训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 针刺研究, 2021, 46(10): 875-879.
- [8] 中华医学会神经病学分会. 2016版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [9] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-90.
- [10] 刘正, 方桂梅. 用醒脑益神法针治顽疾[J]. 中医杂志, 2002, 43(6): 426-427.
- [11] 陈璋莲, 倪光夏. “醒脑开窍针法”临床应用新进展[J]. 天津中医药, 2013, 30(12): 765-768.
- [12] 王明威, 张旭龙, 谢西梅. 醒脑开窍针法在临床中的拓展应用[J]. 世界中医药, 2021, 16(9): 1493-1496.
- [13] 杨志新, 石学敏. “醒脑开窍”针刺法及其临床应用[J]. 中国临床医生杂志, 2007, 35(10): 724-727.
- [14] 刘振华, 王世军. 针刺四神聪、百会对失眠大鼠脑组织钟基因及氨基酸类神经递质表达的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(21): 6067-6069.
- [15] 高邈, 凌波, 覃旭. 电针百会和四神聪对缺血再灌注损伤模型鼠学习记忆能力及细胞凋亡的影响[J]. 世界中医药, 2021, 16(8): 1226-1230.
- [16] 王聪, 许文琳, 姜硕, 等. 《针灸大成》神门穴临床应用规律浅析[J]. 浙江中西医结合杂志, 2021, 31(12): 1164-1167.
- [17] 李贞晶, 孙忠人, 孙臣义, 等. 神门、大陵针刺效应特异性探讨[J]. 中国针灸, 2012, 32(4): 325-328.
- [18] 孙文珂, 王东升, 丛宇, 等. 大陵穴埋针治疗中风后强哭强笑的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(1): 123-124.

(责任编辑: 吴凌)