



针刺膻中穴对中风后抑郁症患者 心理状态及神经功能的影响*

刘兰兰, 黄 兵, 耿翊宁, 刘佳慈, 宋曼萍[△]

海南省人民医院, 海南 海口 570311

[摘要] 目的:探讨针刺膻中穴对中风后抑郁症患者心理状态及神经功能的影响。方法:选择106例中风后抑郁症患者,按照不同治疗方法分为对照组(常规针刺治疗)与观察组(常规针刺治疗+针刺膻中穴),每组53例。比较两组治疗前后心理状态、神经功能及生活质量改善情况。结果:治疗4周后,观察组汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIH stroke scale, NIHSS)评分与改良爱丁堡-斯堪的那维亚脑卒中评分量表(modified Edinburgh-Scandinavia stroke scale, MESSS)评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组躯体健康(physical component summary, PCS)评分与精神健康(mental component summary, MCS)评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在常规针刺基础上针刺膻中穴,可有效缓解中风后抑郁症患者不良心理状态,减轻神经功能损伤,提高生活质量。

[关键词] 抑郁症; 中风; 针刺; 膻中穴; 心理状态; 神经功能; 生活质量

[中图分类号] R255.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2021)04-0131-04

Influence of Acupuncture at *Tanzhong* Points on Psychological State and Neurological Function in Patients with Post-stroke Depression

LIU Lanlan, HUANG Bing, GENG Yining, LIU Jiacy, SONG Manping[△]

Hainan General Hospital, Haikou 5703111, China

Abstract Objective: To discuss the effects of acupuncture at *Tanzhong* points on psychological state and neurological function in patients with post-stroke depression. Methods: All 106 patients were divided into 53 cases of the control group (conventional acupuncture therapy) and 53 cases of the observation group (conventional acupuncture therapy+acupuncture at *Tanzhong* points) according to different therapeutic methods, to compare psychological state, neurological function and the improvements of quality of life before and after treating between both groups. Results: After four weeks of treatment, HAMD scores, NIHSS scores and MESSS scores of the observation group were lower than these of the control group, and the difference had statistical meaning ($P < 0.05$); PCS and MCS of the observation group were higher than these of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Acupuncture at *Tanzhong* points for the patients with post-stroke depression based on conventional needling could effectively relieve their bad moods, help alleviate nerve function damage and raise quality of life.

Keywords stroke; depression; acupuncture; *Tanzhong* points; psychological state; neurological function; quality of life

近年来,随着人口老龄化、生活方式与饮食结构改变等因素的影响,中风病的发病率呈现逐年上升态势,其中约30%患者存在中风后抑郁症。该疾病属于继发性抑郁症,除具有语言功能障碍、肢体功能障碍外,患者还存在思维迟缓、兴趣减低、睡眠紊乱等精神情绪异常现象,严重者有自杀倾向,该病在促使患者脑血管疾病死亡率明显增

加^[1-2]的同时,对其生活质量产生重要影响。口服抗抑郁药为临床治疗该病的主要手段,虽具有一定效果,但因该病病程较长,患者易出现心率异常、血压降低、头痛头晕等相关心血管疾病及神经功能改变,且药品价格较高,部分患者难以长期服用,故治疗依从性较低。而针刺治疗具有复发率低、起效快、副作用少等优势,且有价格低廉、利于

患者接受^[3-4]等优点。基于此,本研究对53例中风后抑郁症患者在常规针刺基础上针刺膻中穴,旨在探讨该针刺方法对该疾病患者的临床应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2017年2月至2018年3月在海南省人民医院接受治疗的106例中风后抑郁症患者,将其按照治疗方法分为对照组(常规针刺治疗)与观察组(常规针刺治疗+针刺膻中穴),每组53例。观察组中男21例,女32例;年龄43~70岁,平均 (56.53 ± 3.12) 岁;病程5~22周,平均 (14.26 ± 1.21) 周;体质指数(body mass index, BMI) $17.5 \sim 24.8 \text{ kg/m}^2$, 平均 $(21.17 \pm 1.15) \text{ kg/m}^2$;脑卒中类型:脑梗死24例,脑出血29例。对照组中男性19例,女性34例;年龄43~69岁,平均 (56.31 ± 3.27) 岁;病程5~23周,平均 (14.43 ± 1.09) 周; BMI $17.4 \sim 24.9 \text{ kg/m}^2$, 平均 $(21.15 \pm 1.17) \text{ kg/m}^2$;脑卒中类型:脑梗死25例,脑出血28例。两组临床资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[5]中脑卒中诊断标准,且依据颈动脉超声、核磁共振(magnetic resonance imaging, MRI)、脑血管造影等相关影像学检查并结合患者临床表现确诊,同时符合《中国精神障碍分类与诊断标准》^[6]中抑郁症诊断标准:1)自我评价较低,常存在自责、自觉惭愧等;2)对任何事情无愉悦感、丧失兴趣;3)性欲减退;4)反复提出轻生、死亡念头,偶见自残、自杀行为;5)常有疲乏感,自觉精神体力减退;6)睡眠质量差;7)明显体质量减轻,食欲降低;8)自我感觉无法思考问题或联想能力差;9)精神、运动方面存在激越或迟滞,满足4项便可诊断。

1.2.2 中医诊断标准 1)符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[7]中中风诊断标准。(1)主症:偏身行为异常,言语蹇涩或不语,神识昏蒙,半身偏瘫,口舌歪斜等;(2)次症:头痛,眩晕,共济失调,目偏不瞬,饮水发呛等;(3)舌脉:弦脉并且舌苔黄腻。同时满足1个主症与2个次症,或满足2个主症,结合起病情况、先兆症状、发病年龄及诱因便可确诊。2)符合《中医病证诊断疗效标准》^[8]中郁病的诊断标准:善忧悲观厌世,精神低落,食少纳呆,少语懒言,情绪烦躁,肋胁胀满,舌苔薄白,舌质淡红,脉弦。

1.3 纳入标准 纳入:1)符合中西医诊断标准者;2)临床资料与影像学资料均完整者;3)中风病程 >4 周,中风后抑郁病程 <6 个月者;4)汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分为7~24分者;5)年龄为40~70岁者。

1.4 排除标准 排除:1)近期接受抗抑郁药物治疗者;2)凝血功能障碍者;3)既往存在抑郁病史者;4)严重器官功能衰竭者;5)针刺部位存在瘢痕、溃疡或皮肤感染者;6)意识障碍者;7)先天性心脏病者。

1.5 治疗方法 对照组行常规针刺治疗,主穴:下肢为太溪、三阴交、太冲、昆仑、阳陵泉、解溪、足三里、髌关、梁丘、阴陵泉;上肢为合谷、外关、内关、曲池、肩髃、手三里;头部为四神聪、人中、百会。配穴:对于患侧筋屈曲拘挛患者,加曲泉、大陵、曲泽;对于肝气郁结患者加百会、脾俞、肝俞及内关;言语蹇涩或不语患者,加廉泉、夹廉泉、哑门以及通里。针刺方法:取侧卧位,先刺健侧,而后刺患侧,局部消毒,经针灸针(0.5~1.5寸)刺入对应穴位,以酸沉胀困为宜,得气留针20~30 min,5次/周,治疗4周。观察组:在对照组治疗基础上,针刺膻中穴,取0.35×40 mm针灸针,患者取仰卧位或坐位,将针刺部位暴露、消毒,而后向下平针进针15~20 mm,给予捻转提插泻法,时长2 min,随后留针50 min,期间再给予捻转提插泻法2次,5次/周,治疗4周。

1.6 评价指标

1.6.1 HAMD评分 治疗前与治疗4周后,通过HAMD评分^[9]对两组入选者心理状态进行评估,包含17个项目,每项0~4分,分界值为7分,评分越高提示该入选者抑郁状态越严重。

1.6.2 神经功能评分 治疗前与治疗4周后,通过美国国立卫生研究院卒中量表(NIH stroke scale, NIHSS)^[10]及改良爱丁堡-斯堪的那维亚脑卒中评分量表(modified Edinburgh-Scandinavia stroke scale, MESSS)^[11]对两组神经功能给予评估,前者包含15个项目,如上肢运动、意识水平及凝视等,0~42分;后者包含7个项目,如上肢肌力、水平凝视功能及意识等,0~45分,两者评分越高提示神经功能缺损越严重。

1.6.3 生活质量评分 治疗前与治疗4周后,通过生活质量评价量表(medical outcomes study 36-Item short-form health survey, SF-36)^[12]对两组生活质量给予评估,该量表包含两个范畴,分别为躯体健康总评(physical component sum-

mary,PCS),4个维度,各维度标准化后分值为100分;精神健康总评(mental component summary,MCS),4个维度,各维度标准化后分值为100分,评分越高提示该入选者生活质量越佳。

1.7 统计学方法 采用SPSS 24.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间采用两独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HAMD 评分 治疗4周后,观察组HAMD评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 神经功能评分 治疗4周后,观察组NIHSS

表1 两组HAMD评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HAMD评分(分)		t	P
		治疗前	治疗后		
观察组	53	23.62±0.23	7.05±2.32	51.743	0.000
对照组	53	23.53±0.35	12.65±2.44	32.133	0.000
t		1.565	12.109		
P		0.121	0.000		

评分与MESSS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 生活质量评分 治疗4周后,观察组PCS评分与MCS评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表2 两组神经功能评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	NIHSS评分(分)		t	P	MESSS评分(分)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	53	25.69±4.83	14.32±3.11	14.409	0.000	26.67±4.93	14.25±3.37	15.141	0.000
对照组	53	25.63±4.95	16.85±3.26	10.784	0.000	26.59±5.07	17.53±3.62	10.588	0.000
t		0.063	4.088			0.082	4.828		
P		0.950	0.000			0.935	0.000		

表3 两组生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PCS评分(分)		t	P	MCS评分(分)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	53	190.35±16.12	303.75±10.68	54.659	0.000	187.13±13.95	309.27±13.56	45.706	0.000
对照组	53	193.21±15.81	259.13±14.98	22.035	0.000	186.45±14.37	261.22±12.85	28.237	0.000
t		0.922	17.657			0.247	18.725		
P		0.359	0.000			0.805	0.000		

3 讨论

中风后抑郁症为中风患者常易出现的一种情感障碍性疾病,且随着中风患者人数的不断增多呈现逐年上升态势,可出现全身不适、日常生活能力下降、情绪低落等症状,严重者可出现轻生、厌世等行为,不仅对患者康复治疗效果与生活质量产生严重影响,还会增加其家庭经济与心理负担^[13]。因此,探求针对性、有效性、安全性治疗手段显得极为重要。

中风后抑郁症的发病机制尚未完全明确,现代医学认为,中风后抑郁为社会、心理、生物等多因素共同作用下导致的一种疾患^[14-15]。中医学认为,中风后抑郁症以痰气内郁证与肝气郁结证较为多见,肝郁气滞、情志不舒、脏腑失调为其主要治病因素,多数患者病情进展迅速,发病急骤^[16]。中风患者基本生活无法完全自理,加之家庭关爱

程度、医疗费用等多因素的影响,患者会出现忧愁思虑、精神压抑症状,进而发展为郁病^[17]。因此,临床治疗方面应以化痰理气、疏肝理脾为主。

三环类抗抑郁药(阿米替林、氯丙咪嗪等)、选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(西酞普兰、帕罗西汀等)等均均为临床治疗该疾病的常见药物,但均存在一定不良反应;电休克疗法虽可改善患者抑郁情绪,但同样易出现记忆力改变、胃肠反应等不适症状;矫正疗法、支持疗法及认知疗法等心理疏导效果欠佳,易出现病情反复发作^[18]。而针刺治疗可影响患者脑部血管侧支循环的重建功能,调节脑血氧供应,改善脑部血液循环,使大脑有充足血液供应,增加血氧供应,利于大脑细胞功能进一步恢复。对于脑血管意外患者,针刺后,可使其异常脑电图相关指标逐渐恢复正常,通过针刺记忆区、认知区、运动区及言语区等,可使患者大脑皮层兴

奋性明显提升,利于提高其记忆功能及认知功能;同时针刺可调节氧自由基,缓解氧化损伤,提升血管弹性,改善大脑供血,促使受损脑组织逐渐恢复^[19]。本研究结果显示,治疗4周后,观察组HAMD评分、NIHSS评分及MESSS评分均低于对照组,且PCS评分与MCS评分均高于对照组,提示中风后抑郁患者在常规针刺基础上针刺膻中穴,具有调节心理状态,减轻神经功能损伤,提高生活质量的积极作用。究其原因,膻中穴为任脉,位居上焦,属于宗气汇集处,具有调畅气机、宽胸理气、行津化痰、行气活血之功效,施以捻转提插泻法,可促使脑聪神安、郁开痰化、气血畅通。

综上所述,中风后抑郁患者在常规针刺基础上针刺膻中穴,效果显著,可有效缓解抑郁情绪,促使神经功能恢复,且可提高其生活质量。

参考文献

- [1] 赵凤鸣,黄艳,吴铭杰,等.出血性中风瘀热证患者炎症、凝血相关基因的表达特征[J].中医杂志,2018,59(20):1753-1757.
- [2] 王多德,席孝萍,马砚涛,等.中风后抑郁症发病因素分析[J].西部中医药,2018,31(8):81-82.
- [3] 牟秋杰,秦萍萍,刘俊彤,等.李志刚教授“通督启神”法针刺治疗抑郁症经验[J].西部中医药,2018,31(5):31-34.
- [4] BURGER J, CAPOBIANCO M, LOVERN R, et al. A double-blinded, randomized, placebo-controlled sub-dissociative dose ketamine pilot study in the treatment of acute depression and suicidality in a military emergency department setting[J]. Mil Med, 2016,181(10):1195-1199.
- [5] 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].中华医学信息导报,2010,25(14):16-19.
- [6] 中华医学会神经科分会.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,2001:9-168.
- [7] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:20.
- [9] 颜昌昌,苏绍永,唐根卡,等.针灸治疗脑卒中后抑郁疗效研究[J].陕西中医,2018,39(1):122-124.
- [10] OH M S, YU K H, LEE J H, et al. Validity and reliability of a Korean version of the national institutes of health stroke scale[J]. J Clin Neurol, 2012,8(3):177-183.
- [11] 王娴,袁红丽,曾洁,等.通督治郁针法治疗脑卒中后抑郁对神经递质水平的影响[J].针灸临床杂志,2018,34(12):17-20.
- [12] 周亚军,周鑫,励洲楠,等.针刺治疗缺血性中风急性期的临床应用特点分析[J].天津中医药大学学报,2018,37(3):249-252.
- [13] 杨晶,王非,肖文华,等.耳穴电针结合中药治疗中风后抑郁症临床观察[J].湖北中医药大学学报,2016,18(1):102-104.
- [14] 袁波,谭莉,李鑫,等.缺血性脑卒中NIHSS评分与卒中抑郁的相关性分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2018,25(6):430-432.
- [15] 高莉,孙晓莲,符丽娜,等.针灸治疗脑卒中后抑郁[J].吉林中医药,2016,36(7):743-745.
- [16] ESBITT S A, BATCHELDER A W, TANENBAUM M L, et al. “Knowing that you’re not the only one”: perspectives on group-based cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (cbt-ad) in adults with type 1 diabetes[J]. Cogn Behav Pract, 2015,22(3):393-406.
- [17] 王峰,姜晓敏,夏罗敏,等.针刺结合穴位注射治疗缺血性中风后抑郁症临床观察[J].上海针灸杂志,2016,35(8):942-944.
- [18] FELDSTAIN A, LEBEL S, CHASEN M R. An interdisciplinary palliative rehabilitation intervention bolstering general self-efficacy to attenuate symptoms of depression in patients living with advanced cancer[J]. Support Care Cancer, 2016,24(1):109-117.
- [19] 闫志刚,姜立姿,刘学兵,等.天突穴配膻中穴针刺治疗脑卒中后呛咳的临床研究[J].山西医药杂志,2015,44(3):311-312.

收稿日期:2019-10-12

*基金项目:海南省重点研发计划项目(ZDYF2019191)。

作者简介:刘兰兰(1979—),女,副主任医师。研究方向:神经系统疾病的针灸治疗。

△通讯作者:宋曼萍(1964—),女,硕士学位,主任医师。研究方向:神经系统疾病的针灸治疗。