

DOI:10.13703/j.0255-2930.2015.08.001

中图分类号:R 246.6 文献标志码:A

疗效验证

# 通督调神针刺干预对药物治疗脑卒中后抑郁的影响\*

孙培养<sup>1</sup> 储浩然<sup>1</sup>✉ 李佩芳<sup>1</sup> 王涛<sup>1</sup> 浦芳<sup>1</sup> 吴杰<sup>1</sup> 刘霞<sup>1</sup> 罗春梅<sup>1</sup> 刘艳<sup>2△</sup>

(1. 安徽中医药大学第二附属医院脑病科, 合肥 230061; 2. 安徽中医药大学)

**[摘要]** 目的:观察通督调神针刺结合百忧解与单纯百忧解相比治疗脑卒中后抑郁(PSD)起效时间和总体疗效差异。方法:将 63 例患者随机分为通督调神针刺干预组(针药组)33 例和对照组(药物组)30 例。药物组予以口服百忧解 20 mg,每日 1 次,早上 7:00 服药,连续服药 4 周;针药组在口服百忧解基础上予以通督调神针刺干预,取督脉穴百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道为主穴,每日 1 次,每周 6 次,连续治疗 4 周。两组患者分别于治疗前、治疗 2 周、治疗 4 周时运用 24 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、改良爱丁堡-斯堪的那维亚神经功能缺损评分量表(MESSS)和日常生活活动能力量表(ADL, Barthel 指数, BI)进行评分,比较两组间的疗效差异。结果:治疗 2 周时,针药组 HAMD 评分、MESSS 评分显著下降, BI 评分显著上升(均  $P < 0.01$ ),而药物组各量表评分与治疗前比较差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ );治疗 4 周时,两组 HAMD 评分、MESSS 评分均显著下降, BI 评分均显著上升(均  $P < 0.01$ );治疗 2 周、4 周时,针药组 HAMD 评分、MESSS 评分均低于药物组, BI 评分均高于药物组( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ )。针药组抗抑郁总有效率 97.0%(32/33)、神经功能缺损总有效率 90.9%(30/33)、日常生活活动能力总有效率 97.0%(32/33),均优于药物组的 80.0%(24/30)、80.0%(24/30)、83.3%(25/30,均  $P < 0.05$ )。结论:通督调神针刺能缩短抗抑郁药物治疗 PSD 的起效时间,且能提高总体疗效,从而提高患者临床治疗的依从性。

**[关键词]** 脑卒中后抑郁;通督调神;针刺疗法;起效时间;随机对照试验

## The effect of the acupuncture intervention of dredging Governor Vessel and regulating mentality for the medication treatment of post-stroke depression

SUN Peiyang<sup>1</sup>, CHU Haoran<sup>1</sup>✉, LI Peifang<sup>1</sup>, WANG Tao<sup>1</sup>, PU Fang<sup>1</sup>, WU Jie<sup>1</sup>, LIU Xia<sup>1</sup>, LUO Chunmei<sup>1</sup>, LIU Yan<sup>2△</sup> (1. Department of Encephalopathy, Second Hospital Affiliated to Anhui University of TCM, Hefei 230061, China; 2. Anhui University of TCM)

**ABSTRACT Objective** To observe the differences in onset time and the overall efficacy of the acupuncture therapy of dredging Governor Vessel and regulating mentality combined with fluoxetine and the fluoxetine for post-stroke depression(PSD). **Methods** Sixty-three patients were randomly divided into an acupuncture intervention of dredging Governor Vessel and regulating mentality group(acupuncture and medication group, 33 cases) and a control group (medication group, 30 cases). In the medication group, 20 mg fluoxetine was used by oral administration, once a day at 7:00 in the morning, continuously for 4 weeks. In the acupuncture and medication group, based on the oral administration of fluoxetine, the acupuncture intervention of dredging Governor Vessel and regulating mentality was applied mainly at Baihui(GV 20), Fengfu(GV 16), Shenting(GV 24), Shuigou(GV 26), Dazhui(GV 14) and Shendao(GV 11), once a day, 6 times a week, continuously for 4 weeks. Twenty-four items in Hamilton Depression Scale(HAMD), modified Edinburgh Scandinavia Stroke Scale(MESSS) and activity of daily life scale(ADL, Barthel index, BI) were used before and after 2-week and 4-week treatment. The efficacy was compared between the two groups. **Results** After 2-week treatment, the HAMD score and the MESSS score in the acupuncture and medication group were obviously decreased and the BI score was apparently increased(all  $P < 0.01$ ). In the medication group, however, the score of every scale was not statistically different from that before treatment( $P > 0.05$ ). After 4-week treatment, HAMD scores and MESSS scores in the two groups were obviously decreased and the BI scores

\* 国家中医药管理局“十二五”重点专科神经病科建设项目:国中医药医政发[2012]2 号;安徽省高等学校省级自然科学研究项目:KJ 2013 Z 168

✉ 通信作者:储浩然(1962-),男,主任医师。研究方向:针灸临床及机制研究。E-mail:chuhaoran62@163.com

△刘艳(1990-),女,安徽中医药大学 2013 级针灸推拿专业硕士研究生。E-mail:787180068@qq.com

were apparently increased(all  $P<0.01$ ). After 2-week and 4-week treatment, the HAMD scores and the MESSS scores in the acupuncture and medication group were lower than those in the medication group and the BI scores were higher than those in the medication group( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ). The total effective rate of anti-depression (97.0%, 32/33), the total effective rate of nerve function impairment(90.9%, 30/33) and the total effective rate of daily life activity(97.0%, 32/33) in the acupuncture and medication group were better than 80.0%(24/30), 80.0%(24/30), 83.3%(25/30) in the medication group(all  $P<0.05$ ). **Conclusion** The acupuncture therapy of dredging Governor Vessel and regulating mentality could reduce the onset time of anti-depression medicine treatment of PSD and enhance the overall efficacy. Therefore, it enhances the clinical compliance.

**KEY WORDS** post-stroke depression; dredging Governor Vessel and regulating mentality; acupuncture therapy; onset time; randomized controlled trial(RCT)

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是指脑卒中后发生的持续的心境低落,表现为兴趣丧失、精力减退、食欲下降、睡眠障碍、自我评价过低、自责,甚至反复出现自伤、自杀念头或行为等,可发生在卒中急性期、恢复期或者后遗症期,是卒中后最常见的情感障碍,发生率高达 25%~79%<sup>[1]</sup>。西医治疗脑卒中后抑郁主要运用抗抑郁药物,其中 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)是目前全球应用最广泛的一线抗抑郁药物。但该类药物存在较明显的起效慢、疗效滞后的问题,一般需要 2~3 周起效<sup>[2]</sup>,降低了患者临床治疗的依从性。针对这一“瓶颈”问题,本研究中笔者运用通督调神针法干预 PSD 患者的治疗,观察该针刺疗法对抗抑郁药物治疗 PSD 起效时间的影响,并比较总体疗效差异,现报告如下。本项研究通过我院伦理委员会批准。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

病例均为我院 2013 年 3 月至 2014 年 12 月就诊的住院患者,入组 63 例。按随机数字表法分为通督调神针刺干预组(针药组)33 例和对照组(药物组)30 例。其中针药组男 21 例,女 12 例;年龄最小 40 岁,最大 75 岁,平均(59±7)岁;病程最短 25 天,最长 90 天,平均(51±6)天;脑梗死 21 例,脑出血 12 例。药物组中男 15 例,女 15 例;年龄最小 44 岁,最大 75 岁,平均(58±8)岁;病程最短 28 天,最长 95 天,平均(53±5)天;脑梗死 20 例,脑出血 10 例。治疗前两组患者的一般资料比较差异均无统计学意义(均  $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

脑卒中诊断符合全国第 4 届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[3]</sup>,抑郁症的诊断均符合 2001 年出版的《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)中关于抑郁单次发作的诊断标准<sup>[4]</sup>。

### 1.3 纳入标准

①同时符合脑卒中和抑郁症诊断标准者;②生

命体征平稳、年龄 40~75 岁者;③汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 $\geq 8$ 分者;④脑卒中前无精神病史者;⑤经患者及其家属同意,并签署知情同意书者。

### 1.4 排除标准

①严重失用、失语、记忆力减退、听理解和认知功能障碍者;②合并脑疝、严重的心、肝、肺、肾及造血系统等躯体疾病无法配合检查者;③脑卒中前有抑郁、焦虑等精神疾病史或有自杀倾向者;④常年服用各类镇静、精神药品或有酒精依赖史者;⑤采用简易精神状态检查表(MMSE)具有明显认知障碍者,文盲 $<17$ 分,小学文化 $<20$ 分,初中以上文化 $<24$ 分。

## 2 治疗方法

### 2.1 药物组

口服百忧解(盐酸氟西汀胶囊,生产厂:Patheon France,分包装厂:礼来苏州制药有限公司,分包装批号:L00982,规格:20 mg),每次 1 片,每日 1 次,早上 7:00 服药,连续服药 4 周。治疗 2 周末、4 周末分别观察疗效。

### 2.2 针药组

#### (1)药物

口服百忧解,用法、用量及疗程均与药物组相同。

#### (2)通督调神针刺

取穴:主穴为百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道;配穴及中医辨证分型参照第 6 版《针灸学》(新世纪规划教材):肝气郁结者,加曲泉、膻中、期门;气郁化火者,加行间、侠溪、外关;痰气郁结者,加丰隆、阴陵泉、天突、廉泉;心神不安者,加通里、心俞、三阴交、太溪;心脾两虚者,加心俞、脾俞、足三里、三阴交;肝肾亏虚者,加太溪、三阴交、肝俞、肾俞。

操作:患者取侧卧位,用 75%乙醇棉球穴位常规消毒,主穴运用 0.25 mm $\times$ 25 mm 一次性针灸针,水沟穴斜向鼻中隔方向针刺,使用提插手手法,以针刺让患者流泪为度;百会、神庭穴向后平刺 15~

20 mm, 风府、大椎、神道穴直刺 15~20 mm, 针刺后施以高频率(大于 200 转/min)、小幅度捻转手法 30 s, 使患者产生酸、麻、胀的感觉, 起针时边捻边提, 然后出针, 仍使患者保留较强的针感。配穴运用 0.30 mm×40 mm 一次性针灸针, 按中华人民共和国国家标准《针灸技术操作规范》的要求操作。以上诸穴针刺得气后留针 40 min, 20 min 时行针 1 次。每日 1 次, 每周 6 次。治疗 2 周末、4 周末分别观察疗效。

### 3 疗效观察

#### 3.1 观察指标

(1) 24 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分: 研究者采用交谈和观察的方式对受试者进行评分。超过 35 分为严重抑郁, 21~35 分为中度抑郁, 8~20 分为轻度抑郁, 小于 8 分为没有抑郁。评分越高代表抑郁程度越严重。

(2) 改良爱丁堡-斯堪的那维亚神经功能缺损评分量表(MESSS)评分: 由研究者根据患者当前神经功能表现测评。轻型 0~15 分, 中型 16~30 分, 重型 31~45 分。

(3) 日常生活活动能力量表(ADL, Barthel 指数, BI)评分: 评分大于 60 分者为良: 轻度功能障碍, 日常生活活动独立完成, 需一定帮助; 41~60 分为中: 中度功能障碍, 日常生活活动需极大帮助; 小于 40 分者为差: 有重度功能障碍, 多数日常生活活动不能完成或需人照料。分数越高, 日常生活功能越好。

#### 3.2 疗效评定标准

(1) 抑郁症的疗效评估标准: 参照《精神科评定量表手册》<sup>[5]</sup>制定。痊愈: HAMD 评分减少  $\geq 75\%$ ; 显效: HAMD 评分减少  $\geq 50\%$ , 且  $< 75\%$ ; 有效: HAMD 评分减少  $\geq 25\%$ , 且  $< 50\%$ ; 无效: HAMD 评分减少  $< 25\%$ 。减分率 =  $[(\text{治疗前 HAMD 总分} - \text{治疗后 HAMD 总分}) \div \text{治疗前 HAMD 总分}] \times 100\%$ 。

(2) 神经功能缺损疗效评估标准: 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准》<sup>[6]</sup>制定。基本痊愈: MESSS 评分减少 91%~100%; 显著进步: MESSS 评分减少 46%~90%; 进步: MESSS 评分减少 18%~45%; 无变化: MESSS 评分减少  $< 18\%$ 。减分率 =  $[(\text{治疗前 MESSS 总分} - \text{治疗后 MESSS 总分}) \div \text{治疗前 MESSS 总分}] \times 100\%$ 。

(3) 日常生活活动能力(ADL)疗效评定标准<sup>[7]</sup>: 根据治疗前后 BI 评分制定日常生活活动能力疗效标准。显效: 疗效指数  $\geq 20\%$ ; 有效: 疗效指数

$\geq 12\%$ , 且  $< 20\%$ ; 无效: 疗效指数  $< 12\%$ ; 恶化: 疗效指数  $< -12\%$ 。疗效指数 =  $[(\text{治疗后 BI 得分} - \text{治疗前 BI 得分}) \div \text{治疗前 BI 得分}] \times 100\%$ 。

两组均于治疗前、治疗 2 周末、治疗 4 周末分别对患者抑郁症、神经功能缺损、日常生活活动能力进行评定记录。

#### 3.3 统计学处理

应用 SPSS 17.0 统计分析软件将病例资料建成数据库文件, 并对数据进行核对及逻辑检查。等级资料用 Ridit 分析, 计数资料用  $\chi^2$  检验, 计量资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 同组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。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

#### 3.4 治疗结果

(1) 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较(见表 1)

表 1 两组脑卒中后抑郁患者治疗前后 HAMD 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周末	治疗 4 周末
针药组	33	29.25 $\pm$ 9.73	22.97 $\pm$ 7.20 <sup>1)</sup>	17.88 $\pm$ 7.58 <sup>1)</sup>
药物组	30	29.34 $\pm$ 10.22	29.05 $\pm$ 9.75	25.17 $\pm$ 8.34 <sup>1)</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ; 与药物组同时时间点比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.01$ 。

表 1 显示, 两组治疗前 HAMD 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 提示两组间具有可比性。治疗 2 周与本组治疗前 HAMD 评分比较针药组差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 而药物组差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 且治疗 2 周时两组组间 HAMD 评分比较差异亦有统计学意义( $P < 0.01$ ), 提示针药组在抗抑郁的起效时间上优于药物组。两组治疗 4 周后与治疗前 HAMD 评分比较差异均具有统计学意义(均  $P < 0.01$ ), 提示两组患者经治疗 4 周后抑郁症候均有明显改善; 治疗 4 周后两组间 HAMD 评分比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 提示针药组抗抑郁疗效优于药物组。

(2) 两组患者抗抑郁疗效比较(见表 2)

表 2 显示, 两组患者治疗后抑郁症临床疗效经 Ridit 分析, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 表明针药组抗抑郁疗效优于药物组。

(3) 两组患者治疗前后 MESSS 评分比较(见表 3)

表 3 显示, 两组治疗前 MESSS 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 提示两组间具有可比性。治疗 2 周时与本组治疗前 MESSS 评分比较, 针药组差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 而药物组差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 且治疗 2 周时两组组间 MESSS 评分比较差异亦有统计学意义( $P < 0.05$ ), 提示针药组在改善神经功能缺损的起效时间上优于

药物组。两组治疗 4 周后与治疗前 MESSS 评分比较差异均有统计学意义(均  $P < 0.01$ ),提示两组患者经治疗 4 周后神经功能缺损均有明显改善;治疗 4 周时两组间 MESSS 评分比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),提示针药组改善神经功能缺损疗效优于药物组。

(4) 两组患者神经功能缺损临床疗效比较(见表 4)

表 4 显示,两组患者治疗后神经功能缺损临床疗效经 *Ridit* 分析,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),表明针药组改善神经功能缺损疗效优于药物组。

(5) 两组患者治疗前后 BI 评分比较(见表 5)

表 5 显示,两组治疗前 BI 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),提示两组间具有可比性。治疗 2 周时与本组治疗前 BI 评分比较,针药组差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),而药物组差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),且治疗 2 周时两组组间 BI 评分比较差异亦有统计学意义( $P < 0.01$ ),提示针药组在提高日常生活活动能力的起效时间上优于药物组。两组治疗 4 周与治疗前 BI 评分比较差异均有统计学意义(均  $P < 0.01$ ),提示两组患者经治疗 4 周后日常生活活动能力均有明显提高;治疗 4 周时两组间 BI 评分比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),提示针药组在改善日常生活活动能力方面优于药物组。

(6) 两组患者日常生活活动能力临床疗效比较(见表 6)

表 6 显示,两组患者治疗后日常生活活动能力临床疗效经 *Ridit* 分析,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),表明针药组提高日常生活活动能力疗效优于药物组。

表 2 两组脑卒中后抑郁患者抑郁症临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针药组	33	6(18.2)	22(66.7)	4(12.1)	1(3.0)	97.0 <sup>1)</sup>
药物组	30	2(6.6)	11(36.7)	11(36.7)	6(20.0)	80.0

注:与药物组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 两组脑卒中后抑郁患者治疗前后 MESSS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗 2 周末	治疗 4 周末
针药组	33	26.36 $\pm$ 8.97	21.80 $\pm$ 7.18 <sup>1)2)</sup>	16.58 $\pm$ 6.44 <sup>1)3)</sup>
药物组	30	26.23 $\pm$ 9.13	26.10 $\pm$ 8.78	23.13 $\pm$ 7.57 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与药物组同时时间点比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ ,<sup>3)</sup> $P < 0.01$ 。

表 4 两组脑卒中后抑郁患者神经功能缺损临床疗效比较 例(%)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率(%)
针药组	33	4(12.1)	18(54.6)	8(24.2)	3(9.1)	90.9 <sup>1)</sup>
药物组	30	1(3.3)	10(33.3)	13(43.4)	6(20.0)	80.0

注:与药物组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

表 5 两组脑卒中后抑郁患者治疗前后 BI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周末	治疗 4 周末
针药组	33	29.75 $\pm$ 8.16	52.44 $\pm$ 8.33 <sup>1)2)</sup>	70.926 $\pm$ 8.336 <sup>1)2)</sup>
药物组	30	29.52 $\pm$ 7.74	31.56 $\pm$ 7.87	48.280 $\pm$ 9.031 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与药物组同时时间点比较,<sup>2)</sup> $P < 0.01$ 。

表 6 两组脑卒中后抑郁患者日常生活活动能力临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
针药组	33	10(30.3)	22(66.7)	1(3.0)	0(0)	97.0 <sup>1)</sup>
药物组	30	4(13.3)	21(70.0)	5(16.7)	0(0)	83.3

注:与药物组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

#### 4 讨论

通督调神取穴针法是根据全国名老中医张道宗教授“病变在脑,首取督脉”的学术思想,在长期开展针刺督脉经穴为主防治中风病的基础上发展起来的,以针刺督脉为主达到通调神志功用的取穴针刺方法。笔者前期运用通督调神针法治疗 PSD,取得了良好的临床疗效<sup>[8]</sup>。目前西医主要运用抗抑郁药物治疗 PSD,但抗抑郁药物普遍起效慢、疗效滞后,降低了患者临床治疗的依从性。针对这一“瓶颈”问题,能否发挥中医优势,尤其运用针灸疗法提高药物治疗 PSD 的起效时间呢?本研究即以此为切入点,运用通督调神取穴针刺结合抗抑郁药物治疗 PSD,以单纯抗抑郁药物为对照,观察通督调神针法对药物治疗 PSD 起效时间和总体临床疗效的影响。

PSD 属于中医“郁证”范畴,表现为“神”的异常。神是脑之功能的反应,脑是主宰运用神的器官。若内伤七情导致气机紊乱,脑失所控,或年老体弱,肝肾渐亏,精髓化生不足,元神脑府失养,则神机运转不利,易致精神情志的异常。临床报道<sup>[9-12]</sup>,针灸治疗 PSD 多从脑、心、肝等脏腑病变入手辨证论治,选穴以督脉、心经、肝经穴位为主,取得较好的临床疗效。本研究以调神解郁为治疗原则,以督脉穴百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道为主穴,通调督脉,恢复大脑主神的功能。督脉为“阳脉之海”,具有调节全身阳经经气的作用。《难经·二十八难》云:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑。”说明它与脑有密切关系。在现代研究中,有学者<sup>[13]</sup>结合中西医对脑的认识以及经

络的现代研究,认为冲脉、督脉、跷脉均为属于脑的经络;亦有学者<sup>[14]</sup>认为督脉因其特殊的循行部位和五脏六腑、经络的广泛而紧密的联系可以治疗多系统、多学科疾病,尤其对治疗脑病有着无可替代的作用。本研究通督调神针法取穴依据:百会穴位于巅顶,居一身之最高,有调理脑神的作用,为治疗脑髓疾病的重要腧穴;风府穴按“四海”理论是直接和脑相关联的腧穴,可调节髓海虚实,行气活血;神庭穴如同督脉天部气血的汇聚之地,有宁神醒脑之功;水沟穴为督脉和手足阳明之会,有醒神开窍之功;大椎穴为“三阳督脉之会”,除能调节本经经气外,还可以调节六阳经经气;神道穴位于督脉五椎之下,内应心,心藏神,穴主神,督脉之气上下通达,既能宁心安神,又可醒神开窍,对心脏疾病、脑病均有特殊疗效。

研究结果显示:治疗 2 周时,针药组 HAMD 评分、MESSS 评分均低于药物组,BI 评分高于药物组,差异均具有统计学意义;与治疗前相比,针药组各量表评分差异有统计学意义,而药物组各量表评分差异无统计学意义。提示针药组在抗抑郁、改善神经功能缺损及提高日常生活活动能力的起效时间上优于药物组,说明通督调神针刺干预能缩短药物百忧解治疗 PSD 的起效时间。治疗 4 周时,针药组在抗抑郁、改善神经功能缺损及提高日常生活活动能力的总有效率均高于药物组,差异均具有统计学意义,提示通督调神针法能提高 PSD 治疗的总体疗效,进一步说明了通督调神针法在 PSD 治疗中的优势。

综上所述,通督调神针法能缩短抗抑郁药物治疗 PSD 的起效时间,提高总体疗效,从而提高患者临床治疗的依从性,为 PSD 患者的及时、序贯治疗提供了一种针刺方法。针刺治疗抑郁症的机制研究较多,包括针刺对海马单胺类神经递质、海马脑源性神经生长因子、海马生长相关蛋白-43、下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴、血清中细胞因子等方面的影响<sup>[15]</sup>。通督调神针法的作用机制目前尚不清楚,是

否与抗抑郁药物间存在协同作用,将是我们下一步的研究方向。

## 参考文献

- [1] Thomas SA, Lincoln NB. Predictors of emotional distress after stroke [J]. Stroke, 2008, 39 (4): 1240—1245.
- [2] 沈渔邨. 精神病学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:445.
- [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.
- [4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(第三版)[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2001: 145—146.
- [5] 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.
- [6] 中华医学会全国第 4 届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [7] Mahong H, Bathel DW. Functional evaluation; the Barthel Index[J]. Md State Med J, 1965, 14: 61—65.
- [8] 孙培养, 储浩然, 李佩芳, 等. 通督调神针法治疗脑卒中后抑郁[J]. 中国针灸, 2013, 33(1): 3—7.
- [9] 杜元灏, 李桂平, 颜红, 等. 调神疏肝针法治疗郁证的临床研究[J]. 中国针灸, 2005, 25(3): 151—154.
- [10] 符文彬, 樊莉, 朱晓平, 等. 针刺调肝法治疗抑郁性神经症的临床研究[J]. 针刺研究, 2006, 31(6): 355—358.
- [11] 刘素坤, 赵秀敏, 席志梅. 卒中后抑郁发生率及针灸治疗[J]. 中国针灸, 2006, 26(7): 472—474.
- [12] 聂容荣, 黄春华. 针灸治疗脑卒中后抑郁症疗效与安全性评价[J]. 中国针灸, 2013, 33(6): 490—494.
- [13] 程建斌, 谢克庆, 杨介宾. 论中医脑的经络[J]. 中国针灸, 1997, 17(6): 334—337.
- [14] 曹奕. 督脉在中医脑病治疗中的地位和作用[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(11): 1035—1038.
- [15] 卢丽, 梁佳, 金树英, 等. 针刺治疗抑郁症作用机制近 5 年研究进展[J]. 针刺研究, 2013, 38(3): 253—258.

(收稿日期:2015-03-11, 编辑:王晓红)

本刊声明:近日有作者反映,有人以《中国针灸》的名义在网上和 QQ 群里发布征稿信息,并收取发表费。本刊在这里郑重声明:《中国针灸》从未委托过任何组织或个人进行过征稿活动(会议征文除外),更未以此名义征收费用。请作者投稿时注意:只能通过本刊唯一官方网站 [www.cjcupuncture.com](http://www.cjcupuncture.com) 作者投稿系统注册投稿,稿件录用与否本刊会通过采编软件将通知发到您注册投稿的电子信箱中。有何疑问可通过本刊编辑部电话(010-64089349, 010-84014607, 010-64089332)咨询。

《中国针灸》杂志编辑部