

中药联合温针灸治疗脑卒中后抑郁的疗效观察

梁琼芳¹ 陈静妮¹ 封超贤¹ 赵汝旺¹ 赖飞翔²

1. 岑溪市人民医院 广西 岑溪 543200

2. 岑溪市第三人民医院 广西 岑溪 543200

【摘要】目的: 探究中药联合温针灸治疗脑卒中后抑郁的临床疗效。方法: 选取2021年12月-2022年12月时间段在本院诊治的100例脑卒中后抑郁患者, 其中50例患者给予常规西医治疗设为对照组; 另50例患者给予中药联合温针灸治疗设为试验组。比较两组患者的临床疗效、NIHSS (即为神经功能缺损) 评分、HAMD-24 (即为汉密尔顿抑郁量表24项) 评分、中医证候评分等情况。结果: 治疗两周后, 试验组患者WHOQOL-BREF (即为生活质量量表) 评分显著高于对照组 ($P<0.05$); 且HAMD评分、NIHSS评分、中医证候评分显著小于对照组 ($P<0.05$)。试验组患者神经功能恢复的总有效率为98% (49/50) 显著高于对照组的76.0% (38/50), 具有显著差异性 ($P<0.05$)。试验组患者治疗的总有效率为96.0% (48/50) 显著高于对照组的74.0% (37/50), 具有显著差异性 ($P<0.05$)。结论: 中药联合温针灸治疗脑卒中后抑郁的疗效非常理想, 神经功能及抑郁状态改善效果更佳, 应在临床中进一步推广。

【关键词】: 中药; 温针灸; 脑卒中后抑郁; 疗效

Efficacy of Chinese Medicine Combined with Warm Acupuncture in the Treatment of Post-stroke Depression

Qiongfang Liang¹, Jingni Chen¹, Chaoxian Feng¹, Ruwang Zhao¹, Feixiang Lai²

1. Cenxi People's Hospital, Guangxi Cenxi 543200

2. Cenxi Third People's Hospital, Guangxi Cenxi 543200

Abstract: Objective: To investigate the clinical efficacy of traditional Chinese medicine combined with warm acupuncture in the treatment of post-stroke depression. Methods: 100 patients with post-stroke depression treated in our hospital from December 2021 to December 2022 were selected. 50 patients were treated with conventional Western medicine as the reference group, and 50 patients were treated with traditional Chinese medicine combined with warm acupuncture as the experimental group. The clinical efficacy, National Institutes of Health Stroke Scale (namely neurological deficit) score, HAMD-24 (namely Hamilton Depression Scale 24 items) score and TCM syndrome score of the two groups were compared. Result: After two weeks of treatment, the WHOQOL-BREF (namely quality of life scale) scores of the patients in the experimental group were significantly higher than those of the reference group ($P<0.05$); and the HAMD scores, NIHSS scores, and TCM symptom scores were significantly smaller than those of the reference group ($P<0.05$). The total effective rate of neurological recovery in the experimental group was 98% (49/50), which was significantly higher than that in the reference group (76.0% (38/50), and the total effective rate of treatment for patients in the experimental group was 96.0% (48/50) significantly higher than that of the reference group (74.0% (37/50), all of the statistics are significantly different ($P<0.05$). Conclusion: The efficacy of Chinese medicine combined with warm acupuncture in the treatment of post-stroke depression is very satisfactory, with better improvement of neurological function and depressive status, and should be further promoted in clinical practice.

Key words: Chinese medicine; Warm acupuncture; Post-stroke depression; Curative effect

脑卒中患者因为神经功能受损, 常表现出不同程度的抑郁, 是脑卒中后并发率较高的一种情感障碍征^[1]。脑卒中后抑郁患者在日常生活中行为能力、学习能力以及注意力均明显下降, 对患者认知损害及肢体功能的恢复非常不利, 如果不能给予重视及治疗, 其预后效果往往较差, 且死亡率明显增加^[2]。因此, 对脑卒中后抑郁应引以重视, 积极探寻一种更为有效的治疗方法意义重大。本文选取2021年12月-2022年12月时间段在本院诊治的100例脑卒中后抑郁患者, 通过对比验证中药联合温针灸治疗的疗效, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年12月-2022年12月时间段在本院诊治的100例脑卒中后抑郁患者, 按数字表法随机分为试验组($n=50$)与对照组($n=50$)。对照组中, 男女比例为27:23。年龄范围47-77岁, 平均年龄(64.75 ± 5.13)岁。试验组中, 男女比例为23:27。年龄范围46-79岁, 平均年龄(65.07 ± 5.22)岁。试验组患者一般资料与对照组相比($P>0.05$), 可比性较强。

纳入标准:

①经头颅CT或MR证实, 均符合《脑血管疾病诊断标准》中的脑卒中诊断标准。②抑郁发生在脑卒中后, HAMD(24项)

评分 ≥ 8 分, <35 分,抑郁状态符合《中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)》的诊断标准和《郁病诊断标准及证候分型》的辨证标准^[3]。③精神科医生会诊后明确患者抑郁需干预治疗;④评估患者能接受中医治疗。⑤所有患者均签署知情同意书以及得到伦理委员会同意。⑥患者能接受随访、填写问卷、且资料完整。

排除标准:

①排除伴有严重心肝、肾功能障碍或恶性肿瘤等不良预后疾病者;有高度自杀倾向者;②既往有抑郁症、HAMD ≥ 35 或有其他严重精神障碍者;③合并认知功能障碍或痴呆病,难以配合完成量表调查者^[4];④不能配合本研究治疗者。⑤妊娠期、哺乳期妇女。

1.2 方法

对照组:予以西医常规治疗,如脱水、降压、降糖、降脂、改善脑循环、综合康复训练、抗抑郁等常规治疗。

观察组:在对照组治疗基础上,按照卒中后抑郁的分型中医辩证论治原则实施中药联合温针灸治疗。通过参考《中医证候规范》《中医诊断学》《中医病症诊断疗效标准·郁证》以及卒中后抑郁中医证候相关文献,主要将卒中后抑郁分为五大证候群^[5],分别为肝郁脾虚型、气虚痰淤型、肝肾阴虚型、心脾两虚型以及肝郁化火型。

(1) 肝郁脾虚型

因患者忧思郁虑,日久致肝气郁结,经脉气机不畅,因肝主情志喜调达,肝气郁结,气机不畅,故有上症。病位在肝,病性为实,证属肝气郁结。中医治疗当以疏肝解郁,理气畅中为法^[6]。拟方如下:柴胡 10g、香附 10g、枳壳 10g、陈皮 6g、川芎 10g、白芍 15g、甘草 6g、郁金 15g。

温针灸选穴:太冲、行间、膻中、肝俞。

(2) 气虚痰淤型

因患者情志不畅,影响肝脏气机,肝气郁结,木盛克土致脾虚,脾虚痰生,痰气交结,瘀阻气机而病。病位在肝脾,病性为实,证属痰气郁结。中医治疗当以行气开郁,化痰散结为法,拟方如下:厚朴 10g、紫苏 10g、法半夏 10g、生姜 10g、茯苓 15g、合欢皮 15g、陈皮 6g。

温针灸选穴:脾俞、天突、璇玑、丰隆、间使。

(3) 肝肾阴虚型

因患者忧思郁虑,愤懑恼怒等情志刺激,使肝气郁结,肝郁日久化火伤阴,致肝阴不足,不能藏志,发为本病。病位在肝,病性属虚。拟方如下:黄 24g、茵肉 10g、山药 15g、泽泻 10g、丹皮 15g、茯苓 15g、当归 10g、白芍 15g、柴胡 10g、山栀子 10g、甘草 6g。

温针灸选穴:太溪、三阴交、照海、肝俞、肾俞。

(4) 心脾两虚型

因患者忧愁思虑,日久伤及心脾,使气血生化不足,气血不足而病。病位在心脾,病性为虚,证属心脾两虚。方药总以补气健脾为主,拟方如下:党参 15g、白术 15g、茯苓 15g、炙甘草 6g、黄芪 15g、当归 10g、远志 6g、酸枣仁 10g、黑枣 10g、生姜 6g、木香 5g 后下、夜交藤 15g。每日一剂,水煎 400 毫升,分早晚两次饭后温服。

温针灸选穴:心俞、脾俞、神门、足三里。

(5) 肝郁化火型

因患者情志不畅,致肝气郁结,肝郁日久化火,故见

气郁及火热征象。病位在肝,病性为实,证属气郁化火。拟方如下:甘草 6g、当归 10g、茯苓 15g、白芍 15g、白术 15g、柴胡 10g、丹皮 15g、栀子 10g、薄荷 6g。

温针灸选穴:肝俞、劳宫、内庭、中冲、大陵。

由中医科医生根据主方和主穴对患者进行辨证施治,中药每日一剂,水煎 400 毫升,分早晚两次饭后温服。联合精神专科医生、神经内科专科医生一起评价患者,对患者的用药随时调整。治疗 2 周为 1 个疗程。温针灸治疗具体操作:取俯卧位,对相关穴位用酒精进行清洁消毒处理。用一次性无菌毫针,行平补平泻法,待患者有麻、酸与胀等得气反应后留针。艾条分成 2CM 长的小长段,点燃后套在针柄上方,留针时间 30min,每日 1 次^[8],每周治疗 6 次,治疗 2 周为 1 个疗程。

1.3 指标观察

1.3.1 功能评分

(1) NIHSS 评分:应用美国国立健康研究所提出的 NIHSS 量表对治疗前、后两组患者神经功能缺损程度进行评价,NIHSS 评分 ≤ 1 分表示正常;1分 $<$ NIHSS 评分 ≤ 4 分表示轻度脑缺血中风;5分 $<$ NIHSS 评分 < 20 分表示中度脑缺血中风;NIHSS 评分 > 20 分表示重度脑缺血中风。

(2) 生活质量:应用 WHOQOL-BREF 量表按百分制对两组患者治疗前、后生活质量进行评价,100 分表示正常;75 分 \leq MBI 评分 ≤ 95 分表示生活质量良好;50 分 \leq MBI 评分 ≤ 74 分表示生活质量一般;25 分 \leq MBI 评分 ≤ 49 分表示生活质量差;0 分 \leq MBI 评分 ≤ 24 分表示生活质量极差。(3) HAMD 评价:应用汉密尔顿抑郁量表对两组患者治疗前、后抑郁状态进行评价,低于 8 分表示正常;8-20 分表示轻度抑郁;20-35 分表示中度抑郁;35 分以上表示重度抑郁。

1.3.2 疗效评价

(1) 神经功能恢复效果。痊愈:病残程度为 0 级,神经功能缺陷评分降低程度在 91% 以上。显著进步:病残程度为 I-III 级,46% \leq 神经功能缺陷评分降低程度 $\leq 90\%$ 。进步:18% \leq 神经功能缺陷评分降低程度 $\leq 45\%$ 。无变化:神经功能缺陷评分降低程度在 17% 以下。(2) 疗效评价:根据 HAMD 降低率评价抑郁改善效果,治愈:治疗后,HAMD 评分降低率在 75% 以上;有效:25% \leq HAMD 评分降低率 $\leq 75\%$;无效:HAMD 评分降低率在 25% 以下。

1.3.3 中医证候评分

参考参照《中医病证诊断疗效标准》、《中药新药临床研究指导原则》对患者的食欲下降或厌食、睡眠障碍、情绪不佳、脘闷噎气、胸肋胀痛(满)、精神不振(恍惚)、多思善疑、头晕健忘等症状记分,几乎不出现或出现频率低为 0~1 分,偶尔发生或情况较轻为 2~3 分,出现频繁或症状较重为 4 分,满分为 32 分,分数越高表示症状越重。

1.4 统计学分析

将全部数据用 SPSS 24.0 系统进行统计学处理,组间计数数据用 [n,(%)] 表示,差异性以 X^2 检验。组间计量数据用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,差异性以 t 检验。P 值小于 0.05 表示差异性明显,统计学分析有意义。

2 结果

2.1 疗效比较

试验组患者治疗的总效率为 96.0% (48/50) 显著高于参照组的 74.0% (37/50), 具有显著差异性 (P<0.05)。详见表 1。

表 1 2 组患者抑郁改善的疗效对比分析表 [n (%)]

分组	例数	治愈	有效	无效	总有效率
试验组	50	29 (58.0%)	19 (38.0%)	2 (4.0%)	48 (96.0%)
参照组	50	19 (38.0%)	18 (36.0%)	13 (24.0%)	37 (74.0%)
X ²	-				10.1770
P	-				<0.05

2.2 神经功能恢复效果比较

试验组患者神经功能恢复的总效率为 98% (49/50)

显著高于参照组的 76.0% (38/50), 具有显著差异性

(P<0.05)。详见表 2。

表 2 2 组患者神经功能恢复效果对比分析表 [n (%)]

分组	例数	痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率
试验组	50	21 (42.0%)	23 (46.0%)	5 (10.0%)	1 (2%)	49 (98%)
参照组	50	12 (24.0%)	20 (40.0%)	6 (12.0%)	12 (24.0%)	38 (76.0%)
X ²	-					12.0624
P	-					<0.05

2.3 各项功能评分比较

治疗前, 试验组患者 NIHSS 评分、HAMD 评分以及 WHOQOL-BREF 评分与参照组相比 (P>0.05)。治疗

后, 试验组患者 WHOQOL-BREF 评分显著高于参照组

(P<0.05); 且 HAMD 评分、NIHSS 评分显著小于参照组

(P<0.05)。详见表 3。

表 3 2 组患者各项功能评分对比分析表 (x̄±s, 分)

指标	时间	试验组 (n=50)	参照组 (n=50)	t 值	P 值
WHOQOL-BREF	治疗前	67.41±10.22	67.68±11.05	0.9466	>0.05
	治疗后	90.42±7.96	81.74±5.17	7.8553	<0.05
HAMD	治疗前	24.71±5.15	24.03±6.84	0.3653	>0.05
	治疗后	14.17±4.26	17.18±5.09	4.8465	<0.05
NIHSS	治疗前	11.16±1.97	11.86±1.02	0.6518	>0.05
	治疗后	3.83±1.74	6.63±1.64	4.8429	<0.05

2.4 中医症候积分比较

治疗前, 试验组患者中医症候评分与参照组相比

(P>0.05); 治疗两周后, 试验组患者中医症候评分与参

照组均降低, 但试验组降低程度更明显 (P<0.05)。详见表 4。

表 4 2 组患者中医症候评分对比分析表 (x̄±s, 分)

指标	时间	试验组 (n=50)	参照组 (n=50)	t 值	P 值
中医症候评分	治疗前	24.53±2.71	24.64±2.86	0.4792	>0.05
	治疗后	11.86±3.47	19.73±3.85	8.3765	<0.05

3 讨论

关于脑卒中后抑郁病理机制的观点尚未统一, 但大部分观点为抑郁与其他原因所致的精神类疾病一样, 是因为生物学因素、心理因素以及社会学因素等诸多因素相互作用, 各种应激表现的一种特殊性情感障碍^[8]; 但其发病机制与抑郁症、原发性抑郁具有较大差异。脑卒中后抑郁状态表现出不同程度的自限性, 随着生活环境、肢体功能的改善, 抑郁状态也会随之好转。脑卒中发病后 14 天时是临床治疗急性脑卒中的黄金期, 常会并发抑郁, 如果能够获得及时的干预控制, 有助于患者神经功能的恢复及预后的改善。

抑郁在中医学中郁证、脏躁的范畴, 中医将脑卒中后抑郁分为五大症候群, 分别为肝郁脾虚型、气虚痰淤型、肝肾阴虚型、心脾两虚型以及肝郁化火型^[10], 我们可以根据证候分型辨证论治, 结合个人病情来选择合理的治疗方案; 而且相对于西药而言, 中药用药讲究且副作用小, 注重个体化用药理念。温针灸通过对相关穴位予以针刺, 在留针过程中用艾条裹于针柄上, 通过针体将热力传到穴位, 因为这些穴位与机体的脏腑存在直接联系, 通过温针

灸可直接作用于脏腑, 调节各脏腑功能的盛衰。现代医学研究认为^[9], 人体脊神经各节段分布特点与背俞穴分布规律基本一致, 通过体表的良性刺激, 能有效提高局部组织代谢。并且, 对交感神经末梢及躯体感觉神经末梢进行良性刺激, 经神经节段反射、轴突反射将这种刺激传递到脊髓对应部位的植物神经中枢, 再通过脊髓传递至更高级中枢, 以利于心理状态的改善及肢体功能的恢复。

本次研究结果可见, 试验组患者抑郁改善的总效率为 96% 显著高于参照组的 74% (P<0.05); 试验组患者 WHOQOL-BREF 评分显著高于参照组; 且 HAMD 评分、NIHSS 评分、中医证候评分显著小于参照组 (P<0.05)。中药联合温针灸治疗脑卒中后抑郁获得了理想效果, 诸法并举共同发挥行气解郁、调理气机的作用; 同时, 通过温针灸刺激中枢神经系统, 促使大脑功能重建, 有助于神经功能的恢复明显提高。

综上所述, 中药联合温针灸治疗脑卒中后抑郁的疗效非常理想, 神经功能及抑郁状态改善效果更佳, 应在临床中进一步推广。

参考文献:

- [1] 刘凌岩,李万婷,刘松,等.中药联合针灸治疗前庭性偏头痛共病焦虑抑郁的临床研究[J].湖南中医杂志,2020,36(10):59-60.
- [2] 张园园,陈美琦,郑泽,等.原穴温针灸法治疗脑卒中后失眠的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(7):88-89.
- [3] 张丽华,余成民,王晓明,张琴辉.病理性半醒状态杀人案 1 例报告[J].川北医学院学报,2009,24(02):168-169.
- [4] 吴河山,陈军龙,王东雁,张丹等.基于"和"思想中医综合疗法治疗抑郁症相关性睡眠障碍临床研究[J].新中医,2021,53(15):64-67.
- [5] 陈文宪.补阳还五汤加减治疗中风后抑郁的 Meta 分析[J].长春中医药大学,MAthesis.2019.
- [6] 李政,徐德会,韩润和等.中西医结合在抑郁症治疗中的临床疗效观察[C].中国中西医结合学会精神疾病专业委员会.中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 15 届全国学术会议暨第 2 届京津冀中西医结合精神疾病学年会暨全国名老中医药专家王彦恒临床经验学习班论文集.2016:176-179.
- [7] 武慧丽,赵永青,侯亚红,等.针药联合配合重复经颅磁刺激治疗创伤后应激障碍[J].脑与神经疾病杂志,2013,21(4):245-247.
- [8] 张颖,陈宇霞,黄世敬.柴胡及柴胡类复方的抗抑郁研究现状[J].世界中西医结合杂志,2020,9(9):985-986.
- [9] Wang H, Yang G, Wang S, et al. The Most Commonly Treated Acupuncture Indications in the United States : Across Sectional Study [J]. American J Chin Med,2019,46(32):31-33.
- [10] 鲜慈英,凌志峰,黄斌,等.中医药治疗抑郁症研究现状[J].湖北民族大学学报:医学版,2020,37(1):75-76.
- 作者:梁琼芳,本科,主管护师,岑溪市人民医院。
基金:梧州市科技惠民科技专项自筹基金课题(2021F01156)