

• 针灸研究 •

## 针刺“百会五针”结合放血疗法治疗脑卒中后抑郁临床观察\*

王明明<sup>1</sup>, 魏宝强<sup>1</sup>, 蔡圣朝<sup>2</sup>, 傅裕<sup>1</sup>, 陶香<sup>1</sup>

(1. 滁州市中西医结合医院, 安徽 滁州 239000; 2. 安徽省针灸医院, 安徽 合肥 230061)

**摘要:** **目的** 观察针刺“百会五针”结合放血疗法治疗脑卒中后抑郁临床疗效。**方法** 将 76 例脑卒中后抑郁患者按照随机数表法分为治疗组和对照组各 38 例, 治疗组给予针刺“百会五针”结合放血疗法治疗, 对照组给予口服西药治疗。观察 2 组汉密尔顿抑郁量(HAMD)量表评分、神经功能缺损量表评分、Barthel 指数评分与临床疗效。**结果** 2 组治疗后 HAMD 评分、神经功能缺损量表评分均较治疗前显著降低( $P<0.05$ ), 治疗组治疗后 HAMD 评分、神经功能缺损量表评分较对照组降低更显著( $P<0.05$ ); 2 组治疗后 Barthel 指数评分较治疗前显著升高( $P<0.05$ ), 治疗组治疗后 Barthel 指数评分较对照组升高更显著( $P<0.05$ ); 2 组临床总有效率比较, 治疗组总有效率优于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 针刺“百会五针”结合放血疗法治疗脑卒中后抑郁疗效显著, 优于单纯西药治疗。

**关键词:** 针刺; 脑卒中; 抑郁; 放血疗法; 临床观察

**中图分类号:** R246.6

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1000-2723(2017)05-0073-04

**DOI:** 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2017.05.016

脑卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)是多种精神症状和躯体症状的复杂情感障碍性疾病, 以情绪低落、睡眠障碍、思维功能迟滞、活动力减退为主要特征。其发生率高达 50%以上, 是卒中后最常见的并发症之一<sup>[1]</sup>。PSD 的发生严重影响脑卒中后的康复及预后, 给众多家庭带来沉重的负担。及早正确治疗, 最大程度改善患者生活质量, 提高生活自理能力至关重要。因此研究防治 PSD 具有重要的现实意义, 目前现代医学主要采用口服抗抑郁药治疗, 但西药存在起效慢, 疗程较长, 副反应较大。针灸治疗本病

是通过调动机体的自身调节能力而发挥治疗效应, 具有临床疗效显著、无毒副作用等优势<sup>[2-3]</sup>。本研究探索针刺“百会五针”结合放血疗法治疗 PSD 疗效, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月—2017 年 7 月就诊于滁州市中西医结合医院与安徽省针灸医院的 PSD 患者 76 例, 依照随机数表法分为治疗组和对照组各 38 例。2 组年龄、性别、病程经统计学处理( $P>0.05$ ), 有可比性, 见表 1。

表 1 各组 PSD 患者一般资料比较

| 组别  | n  | 性别/例 |    | 年龄/岁 |    |          | 病程/月 |    |         |
|-----|----|------|----|------|----|----------|------|----|---------|
|     |    | 男    | 女  | 最小   | 最大 | 平均       | 最小   | 最大 | 平均      |
| 治疗组 | 38 | 16   | 22 | 50   | 78 | 59.7±8.4 | 1    | 12 | 5.6±4.5 |
| 对照组 | 38 | 18   | 20 | 49   | 76 | 57.4±7.6 | 1.5  | 11 | 6.2±4.1 |

#### 1.2 诊断标准

脑卒中西医诊断标准参照中华医学会《临床诊疗指南》<sup>[4]</sup>的标准。抑郁症参照《中国精神疾病分类方案与诊断标准》中的诊断标准<sup>[5]</sup>。

#### 1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄在 45~80 岁; ③抑郁出现于中风之后; ④病情稳定, 配合治疗; ⑤自愿签署知情同意书。

\* 基金项目: 国家中医药管理局老年病重点专病专科(国中医药医政发[2012]2 号); 安徽省高等学校省级质量工程重点项目(2016jxmx0596)

收稿日期: 2017-09-26

作者简介: 王明明(1989-), 男, 安徽宿州人, 住院医师, 研究方向: 针灸临床及作用机理。

#### 1.4 排除标准

①中风前患有严重抑郁障碍者或因肢体语言等不能配合研究者；②合并脏器功能衰竭或造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病的患者；③合并有痴呆、帕金森病，或意识不清、精神障碍等疾患者；④不配合治疗者或晕针患者；⑤病例资料收集不完整导致临床疗效无法判断者。

#### 1.5 治疗方法

##### 1.5.1 治疗组

①针刺百会五针为主：取百会五针（百会、四神聪）、神门、内关。操作方法：取卧位，膻穴局部常规消毒，百会、四神聪均以 15 度夹角向后平刺，沿头皮与颅骨骨膜间快速进针，达到腱膜下层，深度 10~15mm，平补平泻以得气为度；神门直刺 5~10mm 施捻转泻法，内关直刺 15~25mm 施捻转泻法，留针 30 min，每隔 15 min 行针 1 次。其中，百会、四神聪均施快速捻转手法，频率 180~240 次/min，行针时间共约 2 min 以加强刺激量。1 次/d，每周 6 次。3 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

②放血疗法：手部井穴放血，选取少商、中冲、少冲、商阳、关冲、少泽。操作方法：先揉按所刺腧穴，充血后，局部常规消毒，三棱针快速点刺，出血量以血液颜色变淡为度，左右手交替放血，隔日 1 次，3 次/周。背俞穴放血，取心俞、肝俞、脾俞、肾俞，膻穴局部常规消毒，于各穴位及周围 1cm 范围，用三棱针快速点刺 3~5 针，随即拔罐，留罐 15~20min，各穴位出血量约 5~10mL。起罐后使用消毒纱布清除血液，消毒棉球擦净皮肤，嘱患者刺血处 6h 内禁止碰水。背俞穴刺络放血拔罐 2 次/周。疗程同针刺法。

##### 1.5.2 对照组

盐酸帕罗西汀片（中美天津史克制药有限公司生产，批号 H10950043）20mg×10 片，1 次/d。每日早餐后顿服。药片完整吞服勿咀嚼。疗程同治疗组。

#### 1.6 观察指标

##### 1.6.1 汉密尔顿抑郁量（HAMD）量表（24 项）评分

观察治疗前后汉密尔顿抑郁量（HAMD）量表（24 项）评分的变化<sup>[6]</sup>用于评定抑郁程度。其中 HAMD ≤ 8 分为无抑郁症状；8 < HAMD ≤ 20 分为轻度；20 < HAMD ≤ 35 分为中度；总分 HAMD > 35 分为重度。

##### 1.6.2 神经功能缺损量表评分<sup>[7]</sup>

由意识、言语、步行能力等 8 个项目组成。0 < 评

分 ≤ 15 分为轻型，15 < 评分 ≤ 30 分为中型，30 < 评分 ≤ 45 分为重型，评分越高，病情越重。

##### 1.6.3 Barthel 指数（BI）评分

采用量表 Barthel 指数（BI）评分<sup>[8]</sup>变化评定患者日常生活活动能力，由进食、洗澡、大小便等 10 个项目组成。按帮扶程度分为 0、5、10、15 四个等级，总分 100 分。得分越高，独立性越强。

#### 1.7 疗效标准

参照精神科评定量表制定<sup>[9]</sup>根据治疗抑郁程度临床疗效评定（HAMD）量表评分减分率作为评价标准。治愈：减分率 ≥ 0.75；显效：0.5 ≤ 减分率 < 0.75；有效：0.25 ≤ 减分率 < 0.5；无效：减分率 < 0.25。其中减分率按下列公式计算。减分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分。

#### 1.8 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件，计数资料采用  $\chi^2$  检验；计量资料以均数标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，采用配对样本均数  $t$  检验， $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组治疗前后 HAMD 评分比较

表 2 示，2 组治疗前后 HAMD 评分均较治疗前明显降低 ( $P < 0.05$ )，治疗组评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后 HAMD 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | <i>n</i> | 治疗前          | 治疗 1 个疗程                   | 治疗 2 个疗程                  |
|-----|----------|--------------|----------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 38       | 26.72 ± 4.27 | 18.67 ± 3.18 <sup>△▲</sup> | 9.74 ± 1.75 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 38       | 25.87 ± 3.79 | 20.01 ± 3.53 <sup>△</sup>  | 12.62 ± 2.28 <sup>△</sup> |

注：与同组治疗前比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>▲</sup> $P < 0.05$

### 2.2 2 组治疗前后神经功能缺损评分比较

表 3 示，治疗后 2 组评分均较治疗前显著降低 ( $P < 0.05$ )，治疗组治疗后神经功能缺损评分较对照组降低更显著 ( $P < 0.05$ )。

表 3 2 组治疗前后神经功能缺损评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | <i>n</i> | 治疗前          | 治疗 1 个疗程                   | 治疗 2 个疗程                   |
|-----|----------|--------------|----------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 38       | 21.24 ± 3.18 | 15.76 ± 3.01 <sup>△▲</sup> | 10.47 ± 1.86 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 38       | 20.78 ± 2.97 | 16.17 ± 3.24 <sup>△</sup>  | 13.15 ± 2.17 <sup>△</sup>  |

注：与同组治疗前比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>▲</sup> $P < 0.05$

### 2.3 2 组治疗前后 Barthel 评分比较

表 4 示，2 组治疗后与治疗前相比均有改善 ( $P <$

0.05), 治疗组治疗后 BI 评分较对照组改善更显著 ( $P<0.05$ )。

表 4 2 组治疗前后 FMA 评分比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别  | n  | 治疗前         | 治疗 1 个疗程                  | 治疗 2 个疗程                  |
|-----|----|-------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 38 | 44.75±12.87 | 57.81±14.15 <sup>△▲</sup> | 67.21±11.87 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 38 | 45.27±13.21 | 52.43±13.97 <sup>△</sup>  | 58.97±12.34 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$

2.4 2 组临床疗效比较

表 5 示, 治疗组临床总有效率 94.74% 优于对照组的 78.94%, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

表 5 2 组临床疗效比较(例, %)

| 组别  | n  | 治愈       | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效率/%             |
|-----|----|----------|-----------|-----------|----------|--------------------|
| 治疗组 | 38 | 7(18.42) | 15(39.47) | 14(36.84) | 2(5.26)  | 94.74 <sup>▲</sup> |
| 对照组 | 38 | 3(7.89)  | 9(23.68)  | 18(47.37) | 8(21.05) | 78.94              |

注:与对照组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$

3 讨论

PSD 属中医学“郁证”范畴,《杂病源流犀烛》记载:“诸郁,脏气病也,其原本于思虑过深,更兼脏气弱,故六郁生焉”。《锦囊秘录》曰:“脑为元神之府,主持五神,以调节脏腑阴阳、四肢百骸之用”若脑主神明功能失常,脏腑阴阳失调,则情志失常、精神抑郁。卒中后患者情绪低落,耗伤心血,忧思伤脾,脾失健运,气血生化无源,心神失养、神无所依出现悲忧欲哭导致;心情不舒导致肝郁气滞,郁久化火上扰心神出现忧郁烦闷;当中风日久,脏腑功能失调,导致肾精亏虚,髓海失养,元神之府失于濡养,精神不振,发为郁证。故总的病因病机归纳于情志内伤,脏腑虚衰,导致气机郁滞于脑窍心神,而致精神异常。其病位在脑,与心、肝、脾、肾密切相关。现代医学对 PSD 的发病机制尚不明确,其发病机制可能与大脑损害后神经生物学改变有关,病变损害 5-羟色胺能和去甲肾上腺素能的神经通路,致使其含量降低导致抑郁<sup>[10-11]</sup>。针刺通过刺激骨骼肌中的小神经纤维,激活神经营养通路,提有利于神经功能的恢复,释放更多 5-HT 在内的神经递质从而起到治疗作用<sup>[12]</sup>。

本研究采用针刺“百会五针”结合刺血疗法治疗 PSD,通过观察治疗前后 HAMD 评分、神经功能缺损评分、Barthel 评分和临床疗效,采用随机对照临床试验的研究方法,科学验证针刺“百会五针”结合刺血疗法治疗 PSD 的临床效果。本研究结果表明,2 组治

疗前后 HAMD 评分、神经功能缺损评分比较 ( $P<0.05$ )。治疗组较对照组降低更显著 ( $P<0.05$ )。2 组 Barthel 评分治疗后与治疗前相比均有改善 ( $P<0.05$ ), 治疗组治疗后 Barthel 评分较对照组改善更显著 ( $P<0.05$ )。针刺百会五针结合刺血疗法治疗的临床疗效明显优于对照组。《难经·二十八难》曰:“病变在脑,首取督脉。”百会为百脉之会,属督脉,入络脑,针刺可调节神智,调整大脑神经功能,具有安神补脑、宁心调神之功,是治疗神志疾病要穴<sup>[13]</sup>。研究表明针刺百会穴具有抗抑郁作用,其机制可能与增加下丘脑 5-羟色胺含量有关<sup>[14]</sup>;四神聪为头部奇穴,针刺可宁心安神。该穴位于帽状腱膜,其下分布神经及血管吻合网,故针刺可改善脑血流量,调节大脑皮质功能,促进卒中恢复,改善抑郁状态;《针灸甲乙经》曰:“心澹澹而善惊恐,心悲,内关主之。”内关为络穴、八脉交会穴,通于阴维脉,可统调全身气血、宽胸解郁;神门为心经之腧穴、原穴,是心之经气所注之处,“心主神明”针刺神门具有补心气,养心血,散郁结,调节情志。两穴相配,共奏健脾安神治郁之功。诸穴相合,共达调和阴阳、健脑生髓、疏肝理脾、养心治郁之功。《难经·六十八难》曰:“井主心下满”心下满多位胸胁胀满,多疑善虑,急躁易怒,噎气等证候,取井穴刺血能理气解郁。背俞穴是脏腑之气输注于腰背的腧穴,刺血拔罐可激发经气调整脏腑气血,调节脏腑功能。背俞穴位于膀胱经,该经从头巅顶入络脑,根据“经脉所过,主治所及”背俞穴可治疗脑窍病变<sup>[15-16]</sup>。卒中后抑郁病位在脑且病及心、肝、脾、肾,故取背俞穴进行刺血可达疏通血脉,散郁结,调节脏腑、调养脑神从而改善情志。现代研究表明,放血疗法可快速改善抑郁患者血液流变学,对抑郁症起到治疗作用<sup>[17]</sup>。因此针刺“百会五针”结合放血疗法在治疗本病方面优势突出且简便易行,具有简、便、廉、验的特点,值得临床应用。

参考文献:

[1] Li J, Oakley LD, Brown RL, et al. Early symptom measurement of Post-Stroke Depression (PSD) [J]. J Affect Disord, 2016, 197: 215-222.

[2] 聂容荣, 莫碧文, 曾伟星, 等. 针灸对脑卒中后抑郁症患者血清 5-HT、NE 和 BDNF 水平的影响 [J]. 西部医学, 2017, 29(6): 808-812.

[3] 颜江, 戴楠. 针刺治疗卒中后抑郁 85 例疗效观察 [J].

- 四川中医, 2016, 34(6): 201-203.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南·神经病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 35-40.
- [5] 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]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-89.
- [6] 王玉龙, 郭铁成. 康复功能评定学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 323-327.
- [7] 中华医学会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]. 中国实用内科杂志, 1997, 15(5): 313-315.
- [8] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南: 试行版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 134-135.
- [9] 王玉龙. 康复评定[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 485.
- [10] Goldmann E, Roberts ET, Parikh NS, et al. Race/ethnic Differences in Post-stroke Depression (PSD): Findings from the Stroke Warning Information and Faster Treatment (SWIFT) Study[J]. Ethn Dis, 2016, 26(1): 1-8.
- [11] 戢运建, 况娥. 脑卒中后抑郁患者血清 TSH 含量与神经递质、神经营养状态及神经细胞凋亡的关系[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(9): 1276-1278.
- [12] 张林, 钟艳, 全淑林, 等. 针刺联合耳穴贴压治疗脑卒中后抑郁: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2017, 37(6): 581-585.
- [13] 申斌, 于川. 电针百会、印堂配合背俞穴走罐治疗中风后抑郁 49 例临床观察 [J]. 现代中医临床, 2016, 23(4): 36-38.
- [14] 肖伟, 章显宝, 王震, 等. 针刺对卒中后抑郁大鼠行为学及海马区神经递质的影响 [J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(6): 751-756.
- [15] 王明明, 蔡圣朝, 黄雪珍, 等. 针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎临床观察 [J]. 云南中医学院学报, 2016, 39(6): 54-58.
- [16] 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.
- [17] 谢洪武, 白春艳, 易洋, 等. 肝经五输穴针刺放血治疗抑郁症的疗效及对血液流变学的影响[J]. 针刺研究, 2012, 37(2): 140-144.
- (编辑: 徐建平)

## Clinical Observation of Depression after Stroke Bloodletting Therapy Combined with Acupuncture “Baihui five”

WANG Mingming<sup>1</sup>, WEI Baoqiang<sup>1</sup>, CAI Shengchao<sup>2</sup>, FU Yu<sup>1</sup>, TAO Xiang<sup>1</sup>

(1. Chuzhou Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Chuzhou 239000, China;

2. Anhui Province Hospital of Acupuncture and Moxibustion, Hefei 230061, China)

**ABSTRACT:** **Objective** To observe the effect of acupuncture at “Baihui five” combined with bloodletting therapy in the treatment of post-stroke depression clinical efficacy. **Methods** 76 patients with post-stroke depression were randomly divided into treatment group and control group with 38 cases in each group, the treatment group was given acupuncture at “Baihui five” combined with bloodletting therapy, the control group was treated with Western medicine. The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) score, neurological deficit scale score, Barthel index score and clinical efficacy were observed in the two groups. **Results** the two groups after treatment HAMD score and neurological deficit scale scores were significantly lower than before treatment ( $P < 0.05$ ), the treatment group after treatment HAMD score, neural function defect scale score lowered more significantly than control group ( $P < 0.05$ ); the two groups after treatment Barthel score was significantly higher than that before treatment ( $P < 0.05$ ), the treatment group after treatment Barthel score increased more significantly than the control group ( $P < 0.05$ ); the two group clinical total effective rate, total effective rate of the treatment group than the control group, the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture “Baihui five” combined with the effect of bloodletting therapy in the treatment of depression significantly after stroke, better than pure western medicine treatment.

**KEY WORDS:** acupuncture; stroke; depression; bloodletting therapy; clinical observation