

头部穴位透刺为主治疗抑郁症 30 例临床观察

吕海波¹ 甘收云²

(1.中关村医院针灸推拿科,北京 100190; 2.海淀中医院内科,北京 100086)

摘要 目的:观察头部穴位透刺为主的针刺疗法治疗抑郁症的临床疗效。方法:将 60 例抑郁症患者随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组予头部穴位透刺为主的针刺治疗,主穴取百会透前顶、神庭透印堂、率谷透曲鬓、头临泣透阳白,其他穴位施以常规刺法;对照组予盐酸氟西汀治疗。比较 2 组治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分和抑郁自评量表(SDS)评分的变化情况,并评估临床疗效;通过抗抑郁药副反应量表(SERS)比较 2 组治疗第 2、4、6 周副反应的发生情况。结果:2 组治疗后 HAMD 评分和 SDS 评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$);治疗组总有效率为 83.33%,对照组总有效率为 80.00%,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组治疗第 2、4、6 周 SERS 评分均明显优于对照组($P < 0.01$)。结论:头部穴位透刺为主的针刺疗法和口服盐酸氟西汀均能有效治疗抑郁症,但针刺治疗不良反应少,安全性更高。

关键词 抑郁症 头部穴位透刺 针刺疗法 汉密尔顿抑郁量表评分 抑郁自评量表评分

中图分类号 R749.405 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)01-0056-03

抑郁症是以显著而持久的情绪或心境低落为主要表现的一种疾病,各种原因均可致病,初起情绪低落、兴趣或精力减退,后期出现闷闷不乐甚至悲痛欲绝,部分患者可出现焦虑、幻觉、妄想等症状,严重者有自伤、自杀倾向。随着现代人生活节奏加快、工作竞争压力大等原因,抑郁症发病率居高不下。目前临床上常用的抗抑郁药物存在较多的不良反应,而针刺疗法作为一种非药物治疗法在治疗本病上具有一定的优势。近年来,笔者采用头部穴位透刺为主的针刺疗法治疗抑郁症,取得了较满意的疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2017 年 6 月在中关村医院针灸科门诊就诊的抑郁症患者 60 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组男性 12 例,女性 18 例;平均年龄(39.23 ± 9.30)岁;平均病程(18.53 ± 9.01)月。对照组男性 13 例,女性 17 例;平均年龄(38.97 ± 10.52)岁;平均病程(19.83 ± 11.75)月。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国抑郁障碍防治指南》^[1]中抑郁症的诊断标准制定:有心境低落、兴趣和愉快感丧失、劳累增加和活动减少的精力降低等症状,且发作时间至少持续 2 周以上。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中郁病的诊断标准拟定。

1.3 纳入标准 (1)符合上述抑郁症的中西医诊断标准的原发性抑郁症患者;(2)年龄 18~75 岁者;(3)意识清楚,无智力障碍,四肢活动基本自如者;(4)汉密尔顿抑郁量表(HAMD) 17 项评分 ≥ 17 分者;(5)同意进行针刺和药物治疗及相关量表评定,并签署临床试验知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)4 周内曾使用过 5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(SSRIs)类药物治疗者;(2)治疗过程中同时又接受本研究之外其他针对本病的治疗方法者;(3)有心、肝、肾、内分泌及造血系统等严重躯体疾病者;(4)女性妊娠期或哺乳期患者;(5)严重抑郁症有自杀计划或行为者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 取穴:主穴取百会透前顶、神庭透印堂、率谷透曲鬓、头临泣透阳白,辅以风池、风府、大椎、内关、神门、足三里、三阴交。操作方法:穴位常规消毒,用快针法针刺风府、大椎穴,得气后出针;用华成牌 0.30mm \times 75mm 针灸针行头部穴位透刺,斜刺法进针,再将针尖沿着所需透刺穴位方向缓慢行进,直至透刺至对应腧穴;用华成牌 0.30mm \times 40mm 针灸针针刺其余穴位,施以常规刺法,行提插捻转手法平补平泻,得气后留针 30min,每 15min 捻转行针 1 次。每日 1 次,每周治疗 5 次,共治疗 6 周。

2.2 对照组 采用盐酸氟西汀胶囊(礼来苏州制药有限公司,药品批号:7686A,规格:20mg/粒)治疗。20mg/次,1次/d,晨起顿服,连服6周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1) HAMD评分。本研究采用的是17项版本,HAMD量表17项评分:<7分为无抑郁,8~17分为轻度抑郁,17~24分为中度抑郁,≥24分为重度抑郁。(2)抑郁自评量表(SDS)评分。由20个关于抑郁症状的陈述句组成,按1~4级评分,总分在20~80分之间,将20个项目的各个得分相加,即得粗分,本研究采用的标准分等于粗分乘以1.25后的整数部分。(3)2组临床疗效。(4)副反应发生情况。对照组通过《精神科评定量表手册》^[3]中抗抑郁药副反应量表(SERS)观察第2、4、6周口服氟西汀过程中出现副反应的情况,本量表共14项,所有项目均采用0~3分的4级评分法(0没有、1轻度、2中度、3重度),总分越高说明抗抑郁药物的副反应越大,具体包括躯体疲倦、头痛、睡眠障碍、头晕、心悸、震颤、出汗、口干、便秘、排尿障碍、嗜睡、性功能障碍等项;治疗组除观测针刺后出现晕针、折针、断针、气胸、血肿等情况发生外,由于抑郁症患者常自然并发睡眠障碍、躯体疲倦、头晕等症状,故参照对照组对治疗组第2、4、6周也进行SERS量表评分。2组根据SERS量表评分比较副反应的发生情况。

3.2 疗效判定标准 根据HAMD评分的减分率评定临床疗效,HAMD评分的减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。痊愈:症状消失,HAMD评分降至8分以下,或减分率≥75%;显效:症状明显减轻,减分率≥50%且<75%;有效:症状略有减轻,减分率≥25%且<50.0%;无效:症状无减轻或加重,减分率<25%。^[4]

3.3 统计学方法 使用SPSS 17.0统计软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者HAMD、SDS评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后HAMD、SDS评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	例数	HAMD 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	22.33±3.42	11.60±4.26 [▲]	65.73±5.11	54.90±5.23 [▲]
对照组	30	21.90±3.27	12.17±3.35 [°]	65.10±4.86	55.37±3.73 [°]

注:°与本组治疗前比较,P<0.01;▲与对照组治疗后比较,P>0.05。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	5(16.67)	11(36.67)	9(30.00)	5(16.67)	83.33 [▲]
对照组	30	3(10.00)	9(30.00)	12(40.00)	6(20.00)	80.00

注:▲与对照组比较,P>0.05。

3.4.3 2组患者SERS评分比较 对照组治疗过程中主要出现躯体疲倦、嗜睡、头晕等不适症状,部分症状随着治疗过程逐渐减弱或消失;治疗组患者均未出现晕针、断针等针刺治疗的不良反应,有1例患者第1次针刺治疗后出现短暂性轻度头晕,后续治疗上述症状再未出现。具体SERS评分详见表3。

表3 治疗组与对照组SERS评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	例数	第2周	第4周	第6周
治疗组	30	3.97±1.90 ^{▲▲}	3.37±1.50 ^{▲▲}	3.33±1.32 ^{▲▲}
对照组	30	8.20±4.25	6.23±3.17	5.17±2.51

注:▲▲与对照组同时间段比较,P<0.01。

4 讨论

抑郁症常见症状包括心境低落、兴趣缺乏、精力减退或活动减少,在此基础上还常伴有认知、躯体、精神等症状。抑郁症的病因病机尚不明确,其发病的危险因素包括生物化学、遗传、心理因素、社会环境等多方面,有抑郁障碍等精神疾病家族史、儿童期的不良经历、具有较明显的焦虑、强迫、冲动等人格特质的个体较易发生抑郁症,而不利的社会环境及患有慢性躯体疾病是抑郁症发生的重要诱发因素。目前临床上部分抑郁症患者采用抗抑郁药物治疗后仍不能临床控制,需长期维持治疗,而抗抑郁药物治疗过程中的副反应发生率较高,给患者的正常生活带来诸多不便。

抑郁症归属于中医学“郁病”“郁证”等范畴。中医学理论认为,情志变化与脏腑功能密切联系,而郁病与脑、心、肝等脏腑关系紧密,郁病初起多因情志所伤,肝气郁结,病在气分属实证,而郁病日久则痰气郁结、肝失疏泄、脾失运化、心神失养,进而脏腑气血功能失调,发展成虚证或虚实夹杂证。中医传统非药物疗法在治疗本病上有一定优势,早在《神应经》就有“喜哭,百会、水沟”,《针灸资生经》载有“善悲太息,商丘、日月”等针灸治疗郁病的临床经验总结^[5]。目前针灸治疗郁病方法较多,如毫针刺法、电针、艾灸、头针疗法、耳穴压豆、穴位注射、穴位埋线等,每种方法各有特色,总有效率均达80%以上,提示针灸等中医传统非药物疗法治疗抑郁症疗效确切。针刺疗法通过多途径多靶点治疗抑郁症,对比抗抑郁药,针灸的调节作用更加广泛,它主要通过影

电针联合刺络放血治疗无先兆偏头痛 30 例临床观察

陆顺庠¹ 钮飞峰² 欧阳八四² 王晓文¹

(1.苏州市立医院,江苏苏州215008;2.苏州市中医医院,江苏苏州215009)

摘要 目的:观察电针联合刺络放血治疗无先兆偏头痛(MO)的近期和远期疗效。方法:将60例MO患者随机分为治疗组和对照组各30例,对照组予以电针治疗,治疗组在对照组基础上联合刺络放血治疗,均隔日1次,1周3次,连续治疗4周。在疗程结束后15d(近期)和疗程结束后2个月(远期)进行随访,比较2组近远期临床疗效和治疗前后症状评分(包括发作次数、发作程度、持续时间、伴随症状和综合评分)。结果:治疗后15d 2组症状评分各项指标与治疗前比较均下降($P<0.01$, $P<0.05$),治疗组头痛程度、持续时间及综合评分与对照组比较具有统计学差异($P<0.01$, $P<0.05$);治疗后2个月治疗组症状评分各项指标与治疗前比较均有统计学差异($P<0.01$, $P<0.05$),对照组只有头痛程度与治疗前比较具有统计学差异($P<0.05$),治疗组头痛程度、持续时间及综合评分与对照组比较具有统计学差异($P<0.05$);治疗组近期总有效率83.33%,对照组70.00%,治疗组远期总有效率76.67%,对照组63.33%,组间比较均具有统计学差异($P<0.05$)。结论:电针联合刺络放血治疗MO近远期疗效均优于单纯电针治疗,特别在改善偏头痛程度及持续时间方面具有良好疗效。

关键词 无先兆偏头痛 电针 刺络放血

中图分类号 R747.205 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2018)01-0058-03

基金项目 苏州市吴门医派研究专项科研基金(SYSD2016182)

偏头痛(migraine)是临床常见原发性头痛之一,属于慢性神经血管性疾病,发作时常表现为偏侧、中重度、搏动样头痛,可同时伴有恶心、呕吐、畏声、畏光等症状,一般持续4-72h后可缓解^[1]。在所有偏头痛类型中,以无先兆偏头痛(migraine without aura,

MO)发病率最高,约占80%左右。由于本病多起病隐匿,病程缠绵,发作时头痛剧烈,严重影响患者身心健康,世界卫生组织(WHO)在2001年发布的世界卫生报告中,将严重偏头痛列为最致残的前20位疾病之一^[2],因此寻找MO的有效治疗措施具有重要

响人体的神经内分泌、神经递质、神经肽、免疫功能等来发挥抗抑郁效应^[6]。

笔者在临床上采用头部穴位透刺为主的针刺疗法治疗抑郁症,因为人体头部经络分布密集,尤其是手足阳经均在头部交会,故笔者多选用头部具有调节人体情志作用的督脉及胆经腧穴,如百会、神庭、印堂、头临泣等,且穴位、经络之间施以透刺疗法,透刺疗法有一针透多穴、一针透多经的优势,可加强穴位之间、经络之间的经气联系,并且可以强化针刺过程中的得气感应,辅以远端针刺足三里、内关、三阴交等穴,共奏益髓、调血气、宁心安神、平衡阴阳、调畅经络之功。本研究结果表明头部穴位透刺为主的针刺疗法可以达到与口服氟西汀基本相当的临床疗效,且针刺治疗组的不良反应明显少于药物对照组,提示头部穴位透刺为主的针刺疗法治疗抑郁症的疗效确切,副作用少,值得临床推广应用。今后拟对透刺治疗抑郁症时头部穴位的优化选择及不同透

刺补泻手法的差异作进一步深入研究。

参考文献

- [1] 李凌江,马辛.中国抑郁障碍防治指南[M].2版.北京:中华医学电子音像出版社,2015:32.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:20.
- [3] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993:143.
- [4] 郭雅明,马雁冰.加味逍遥丸联合电针治疗抑郁症临床观察[J].中医临床研究,2016,8(3):26.
- [5] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2003:95.
- [6] 刘上上,赵红,毕爽丽.针灸治疗抑郁症的作用机制研究进展[J].湖北中医药大学学报,2016,18(1):119.

第一作者:吕海波(1981—),男,医学硕士,主治医师,主要从事针灸临床工作。28857870@qq.com

收稿日期:2017-10-15

编辑:华由 强雨叶(助理)