

针刺十三鬼穴联合认知疗法 治疗肝郁气滞型抑郁症的临床研究^{*}

刘成峰¹ 程博¹ 王先永^{2**}

(1. 三原县中医医院, 陕西 三原 713800; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000)

摘 要:目的 观察针刺十三鬼穴联合认知疗法治疗肝郁气滞型抑郁症的临床疗效。方法 随机把 76 例肝郁气滞型抑郁症患者分为针刺十三鬼穴联合认知疗法治疗组和西药对照组, 各 38 例, 其中治疗组取穴为人中、隐白、风府、承浆、间使、上星、大陵、曲池、颊车、少商、申脉、会阴、海泉(十三鬼穴)针刺, 并联合运用认知疗法进行治疗; 对照组给予口服氟西汀片, 两组疗程均为 6 周。结果 治疗 6 周后, 治疗组总有效率为 81.58%, 对照组为 63.16%, 治疗组优于对照组($P < 0.05$); 治疗组和对对照组均能有效降低患者 HAMD 评分, 增加患者血清 5-HT 含量, 差异有统计学意义(均为 $P < 0.05$)。结论 针刺十三鬼穴联合认知疗法治疗肝郁气滞型抑郁症疗效优于西药氟西汀。

关键词:针刺; 认知疗法; 5-HT; 抑郁症

中图分类号: R749.4⁺1 文献标识码: A 文章编号: 1672-0571(2019)06-0023-04
DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.008

Clinical Study on Acupuncture of Thirteen Evil Acupoints Combined with Cognitive Therapy for Depression of Liver and Qi Stagnation and Its Effect on Serum 5-HT Content

Liu Chengfeng¹, Cheng Bo¹, Wang Xianyong²

(1. Sanyuan County TCM Hospital, Sanyuan China, 713800;

2 The Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang China, 712000)

Abstract Objective: To investigate the clinical effect of acupuncture of Thirteen Evil Acupoints combined with cognitive therapy in treating depression of liver and qi stagnation and its effect on serum 5-HT content. **Methods:** 76 patients with depression of liver and qi stagnation type were randomly divided into the treatment group of acupuncture at Thirteen Evil acupoints combined with cognitive therapy and the control group of Western medicine, 38 cases in each group. The observation group was treated with acupuncture at the points of Renzhong, Yinbai, Fengfu, Chengjiang, Jianshi, Shangxing, Daling, Quchi, Jiache, Shaoshang, Shenmai, Huiyin and Haiquan (Thirteen Evil Acupoints), combined with cognitive therapy; the control group was given fluoxetine tablets orally; both treatments are 6 weeks. **Results:** After 6 weeks of treatment, the total effective rate was 81.58% in the treatment group and 63.16% in the control group. The treatment group was superior to the control group ($P < 0.05$). Both the treatment group and the control group could effectively reduce the HAMD score and increase the serum 5-HT content of patients with significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture at Thirteen Evil Acupoints combined with cognitive therapy is better than fluoxetine in the treatment

* 基金项目: 陕西省科技厅科学技术研究发展计划项目(2011K16-07-02)

** 通讯作者: 王先永, 主治医师。E-mail: wangyongxian2005@163.com

of depression of liver and qi stagnation.

Key words acupuncture; cognitive therapy; 5-HT; depression

抑郁症 (depression) 是一种常见的以持续性的心境不佳、忧郁沮丧、情感低落、精力或兴致缺乏等为临床特点,且伴有认知障碍或躯体症状的精神障碍。据报道,抑郁症发病率在近几年逐年增高,全球发病率已达 11%,发病年龄大多为 20~40 岁^[1-2]。抑郁症已造成患者职业功能下降、社会功能损害,同时带来公共医疗服务、医疗费用和死亡率的增加。现今新的抗抑郁药物大都从低剂量起渐渐加量,然而其见效慢,治疗周期长,且副作用较大^[3]。抑郁症归于中医学的“郁证”之中,最多见的是肝郁气滞型,药王孙思邈就曾在其著作《千金要方》里指出十三鬼穴多用于治疗精神情志类疾患^[4],现代医学中的认知疗法是现今防止抑郁症反复发作的行之有效的心理疗法。有鉴于此,笔者自 2016 年 7 月~2019 年 5 月于三原县中医医院运用针刺十三鬼穴联合认知疗法治疗肝郁气滞型抑郁患者 38 例,并以西医抗抑郁药物氟西汀治疗作为对照进行疗效观察,疗效满意,现将其做如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 76 例肝郁气滞型抑郁患者随机分为观察组 (针刺十三鬼穴联合认知疗法) 和对照组 (氟西汀片),两组各 38 例。治疗组男性 17 例,女性 21 例;年龄最小 21 岁,最大 64 岁,平均 (38.9 ± 1.71) 岁;平均病程 (2.1 ± 0.39) 年;HAMD 总分 (28.13 ± 1.36) 分。对照组男性 19 例,女性 19 例;年龄最小 20 岁,最大 61 岁,平均 (37.5 ± 1.64) 岁;平均病程 (2.2 ± 0.42) 年;HAMD 总分 (29.07 ± 1.25) 分。据统计,两组的性别、年龄、病程、病情等一般资料无统计学差异,具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[5] 以心情低落为主症,同时可能伴随行为和言语活动的减少或抑制,以下症状中超过 4 项即可诊断:①失去兴趣,无快乐感;②气力下降或易困乏;③精神运动迟缓或激越;④内疚、自卑感;⑤感到无法集中注意力去思考;⑥想死的想法重复出现甚至有自伤行为;⑦入

睡困难或嗜睡;⑧不想吃饭或体重减轻;⑨性欲降低。此类症状出现并持续大于 2 周,如有心情低落家族史者则更有助于诊断。

1.2.2 中医诊断标准^[6] 肝郁气滞型郁证:精神郁闷,失眠,夜卧不安,胁肋胀痛,倦怠乏力,不思饮食,女子月经不调,或经行有血块,易悲伤,情绪不宁,舌紫黯,苔薄白,脉弦。

1.3 纳入标准 ①符合以上的中、西医诊断标准;②汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 前十七项的评分大于等于十八;③年龄在 20 岁~64 岁之间;④没有别的精神疾患和药物成瘾性;⑤血、尿液、脑脊液等检查基本正常。

1.4 排除标准 ①痴呆、帕金森、甲减症等具有器质性病变的抑郁综合征;②由于服用药物引发的抑郁症;③精神分裂症后产生的抑郁,强迫性神经症、恐怖性神经症、焦虑性神经症、疑病症等神经症,延迟性心因性反应或因家庭变故等产生的极度悲伤。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 以补虚泻实、治病求本、疏肝解郁为原则针刺十三鬼穴,并以养心安神为目的,同时根据患者病情予以配穴,主穴:人中、隐白、风府、承浆、间使、上星,病情复杂者则可酌情选大陵、曲池、颊车、少商、申脉、会阴、海泉等穴配伍治疗,其中人中斜向上刺 0.3 寸,少商、隐白浅刺 0.1 寸,大陵、申脉、风府、颊车、承浆、间使、曲池直刺 0.5~0.8 寸,上星平刺 0.5 寸,会阴直刺 0.3 寸,海泉点刺,运用平补平泻的手法行针,留针 30min,每天 1 次,连续治疗 5 天,间歇 2 天,共治疗 6 周。

认知疗法:①提供安全可靠的治疗环境,以诚意和尊重建立和谐的治疗关系。②通过与患者及家属的沟通对患者的情况进行全面的了解,如性格、成长环境和经历、症状等,根据患者的具体情况确定详细具体的治疗方案。③运用功能失调性思维记录单 (DTR) 寻找患者的歪曲认知。④通过与患者更进一步的互动,帮助其发现致使情绪低落的场景与思维,然后给患者布置作业,例如制定每天的生活计划,使患者通过对现实生活有较强适应能力的认知来代替先前不正确的认知,从

而建立起积极向上的信念,使其负面情绪和行为得到治疗与改善。该疗法每天 1 次,连续治疗 5 天,间歇 2 天,共治疗 6 周。

1.5.2 对照组 给予氟西汀片口服治疗,每次服用 20 mg,每天 1 次,连续服药 5 天,间歇 2 天,共治疗 6 周。

1.6 疗效标准

1.6.1 疗效判定标准^[7] 痊愈:无神经精神类症状,情绪如常人且稳定;显效:几乎没有精神症状,偶会出现心境消沉,工作生活可自理;有效:有部分精神症状,症状较前缓解,但情绪仍不稳定,无法如常人工作和生活;无效:症状没有缓解。

1.6.2 汉密尔顿 (HAMD) 抑郁量表评定 对 HAMD 总分进行评价,分别用于治疗前及治疗后 1、2、4、6 周各评定 1 次,分别计分。总分 < 8 分 = 无抑郁症状; > 20 分 = 轻或中度抑郁; > 35 分 = 严重抑郁。

1.6.3 血清 5-羟色胺(5-HT)检测 两组患者

2.2 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较

表 2 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 6 周后
治疗组	38	28.13 ± 1.36	25.58 ± 1.73	23.56 ± 1.32	16.66 ± 0.98	12.14 ± 0.78 *
对照组	38	29.07 ± 1.25	27.21 ± 1.68	25.21 ± 1.45	21.52 ± 1.25	18.76 ± 0.95 *
t 值		1.78	10.57	9.72	7.25	3.98
P 值		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

由表 2 可知,治疗前,两组患者 HAMD 评分比较,无统计学差异($P > 0.05$),两组之间具有可比性。两组治疗 6 周后两组患者 HAMD 评分均较治疗前明显下降,且治疗组在不同治疗时间节点对于 HAMD 评分的改善明显优于药物对照组($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后血清 5-HT 含量比较

表 3 两组患者治疗前后血清 5-HT 含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	38	28.16 ± 3.12	49.28 ± 2.85 *	40.58	< 0.05
对照组	38	27.95 ± 3.28	38.72 ± 2.57	31.25	< 0.05

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

由表 3 可知,治疗前,两组患者血清 5-HT 含量比较,无统计学差异($P > 0.05$),两组之间具有可比性。治疗后两组患者血清 5-HT 含量较治疗前有明显提高,具有统计学差异($P < 0.05$),治疗

于治疗前及治疗第 6 周末各查 1 次。检测方法:空腹采血 2ml,采用荧光分光光度法进行检测。

1.7 统计学方法 所有数据采用 SPSS19.0 进行统计学处理,采用 t 检验对计量资料进行检验,并以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 X^2 对计数资料进行检验,以 $P < 0.05$ 作为评定结果具有显著性差异的标准。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	38	6(15.79)	18(47.37)	7(18.42)	7(18.42)	81.58 *
对照组	38	4(10.53)	15(39.47)	5(13.16)	14(36.84)	63.16

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

由表 1 可得,观察组总有效率为 77.78%,对照组总有效率为 56.25%,治疗组与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

组对于血清 5-HT 含量的提升较药物对照组更为显著($P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,抑郁症发病率不断递增且发病人群趋于年轻化,已成为全球性主要精神卫生问题之一,在部分国家甚至比脑血管病及肿瘤还要高发^[8]。随着社会经济蓬勃的发展和进步,长期处于高压环境下的人们较普通人患抑郁症的几率更高。现代医学发现 5-HT、NE 等神经递质的减少和抑郁症关系密切,抗抑郁药物则是由于抑制摄取此类神经递质来提高其在突触间隙的浓度达到改善症状的目的,然而药物治疗主要有以下三方面局限性,致使临床疗效不佳:第一,对于本病病因、病理方面认识不足;第二,抗抑郁药物的运用需综合评价患者的情况,因人而异;第三,药物

治疗存在安全性、耐药性、效能、费用、副作用等方面问题^[9-10]。

唐·孙思邈在《千金要方》中讲到关于十三鬼穴的应用,精神情志异常者,不论其病因如何,都能选用人中与大陵。其中间使、大陵均属手厥阴心包经的五腧穴,共用能清心除烦安神。少商是肺经井穴,隐白是脾经井穴,不但能泄肺运脾,更兼醒神开窍之功。上星、人中、风府均为位于督脉,能醒脑宁神。再者该十三穴所在经脉与冲脉、阳跷脉、阳维脉相交会,能够调节机体阴阳,畅达脏腑气机。故治疗郁证时选用十三鬼穴,同时根据患者的个体差异随证配穴,并辅以心理疗法,疗效可靠。

认知疗法旨在对患者功能失调性认知假设进行暴露,来帮助其转变先前不正确的认知,从而改善患者的消极状态。如果患者意识到先前他们的认知内容是不正确的,医者就要引导其将这些不正确的内容当成一种假设告诉医者,医者则帮助患者对歪曲认知进行全面的剖析,患者就会慢慢形成一种全新的认知,如果患者可以接受这种全新的想法,则原来歪曲的认知就能慢慢发生变化,患者的症状也能得以改善^[11]。由此可见,认知疗法能够帮助患者增强认知现实的能力并改变其歪曲的认知,达到改善自身的人际交往和社会适应能力的目的,进一步起到治疗和缓解抑郁情绪的作用。

研究表明,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)是临床上广泛用于评定抑郁症患者抑郁症状严重程度的常用量表之一^[12]。社会、心理、生物等因素与抑郁症的发病密切相关,患者出现情绪低落等主症时,其血清5-HT含量相应减少,故为了提高临床治疗策略对于本病的临床疗效,抑制5-HT再吸收继而增加神经突触间隙内的5-HT含量,是起到抗抑郁功效的关键途径之一^[13]。本研究结果表明,针刺十三鬼穴联合认知疗法能够显著降低肝郁气滞型抑郁症患者HAMD评分,提升血清5-HT含量,提高治疗总有效率,对以上诸方面的改善均优于对照药物氟西汀片($P < 0.05$)。

由此可见,通过针刺十三鬼穴联合认知疗法

治疗肝郁气滞型抑郁症有显著效果,正所谓“心病还须心药医。”针刺疗法与心理疗法在治疗肝郁气滞型抑郁症方面可谓有异曲同工之妙,其联合应用更是相辅相成。综上,针刺十三鬼穴联合认知疗法的身心并治是治疗肝郁气滞型抑郁症有效的方法之一。

参考文献

- [1] Reisner SL, Katz - Wise SL, Gordon AR, et al. Social Epidemiology of Depression and Anxiety by Gender Identity [J]. Journal of Adolescent Health Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 2016, 59 (2): 203 - 208.
- [2] 关徐涛,詹向红,于华林,等. 38例肝气郁型抑郁症(轻、中度)的临床流行病学调查分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(6): 2058 - 2061.
- [3] 张华,李海波,王继伟. 抑郁症中医研究概况[J]. 中医杂志, 2006, 51(11): 868 - 869.
- [4] 王宇. 针刺十三鬼穴治疗抑郁症验案4则[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(4): 26.
- [5] 中华医学会精神病学分会. 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] 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 - 21.
- [7] 孔莉,颜红. 解郁合剂联合氟西汀治疗抑郁症50例临床观察[J]. 中医杂志, 2009, 54(10): 699 - 700.
- [8] 郑浩涛,赖雯雯,魏周科,等. 中医药防治抑郁症系统综述的文献质量评价[J]. 现代中医药, 2015, 35(1): 68 - 71.
- [9] 曾霖,李惠林,赵恒侠,等. 张学文国医大师从肝论治抑郁症经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2019, 42(1): 9 - 16.
- [10] 马永琦. 从痰瘀互结辨治抑郁症的临床体会[J]. 现代中医药, 2016, 36(6): 92 - 93.
- [11] 杨玉婷. 内观认知疗法对抑郁症患者临床症状与生活质量的影响探讨[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(1): 56 - 57.
- [12] 黄伟,张艳梅,王骞,等. 艾司西酞普兰与西酞普兰对抑郁症患者HAMD评分和CGI评分的影响比较[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2019, 16(3): 24 - 27.
- [13] 连卓. 附子逍遥散配合针刺治疗抑郁症肝气郁结证临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(9): 128 - 130.

(收稿日期: 2019-07-01 编辑: 文颖娟)