

引用:王定寅,唐娥. 针灸治疗抑郁障碍的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):167-169.

针灸治疗抑郁障碍的研究进展

王定寅¹,唐娥²

(1. 天津市南开医院,天津,300100;

2. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 抑郁障碍;针灸疗法;作用机制;临床研究;综述;学术性

[中图分类号] R246.6, R177.794⁺.1 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.057

抑郁障碍是情感性精神障碍的主要类型,是一种以显著而持久的心境低落为主要特征的综合征^[1]。其发病机制与遗传因素、社会心理因素、神经内分泌、神经生化因素等密切相关^[2]。研究认为心境障碍具有较高的家族聚集性,发病率是一般人群的10~30倍,越近的血缘关系中患病几率越高^[3]。精神刺激与遗传因素是促进抑郁障碍发病的重要因素^[4]。中枢神经系统单胺类神经递质(如5-羟色胺、去甲肾上腺素及多巴胺)的功能活动降低,神经内分泌系统下丘脑-垂体-甲状腺/肾上腺轴亢进等因素均与抑郁障碍的发生有关。而负性生活事件,诸如家庭成员身故、婚姻变动、失业等往往是抑郁障碍发病的导火索。现代医学对抑郁障碍的主要治疗手段包括抗抑郁药、电抽搐治疗、心理咨询等。针灸治疗本病具有简便易行、疗效确切、不良反应少的优势,治疗方法多以手针、电针及综合疗效为主。现将针灸治疗抑郁障碍的研究进展综述如下。

1 中医学对抑郁障碍的认识

抑郁障碍在中医学无单一对应病名,可归属于情志病范畴。常见的情志病包括郁证、脏躁、虚劳、癰病、梅核气等,这些疾病的症状如“喜悲伤欲哭”“尝默默,欲卧不能卧,欲行不能行”等,均与抑郁障碍典型的情绪低落、兴趣缺乏等症状相吻合。其发病多与情志刺激有关,情志不舒、气机郁滞使脏腑气血失和,亦有因素体虚弱、劳伤、损耗性疾病迁延日久等原因引发^[5]。《素问·阴阳应象大论》载:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”,可见五脏精气盛衰与人的情志活动密切相关,这也就解释了抑郁障碍患者常有睡眠障碍、食欲下降及其他躯体症状的原因。

该病病位主要在肝,进而影响心、脾、肾及脑髓,肝失疏泄,脾失健运,心神失养,气机瘀滞逆乱致使精微物质不能上荣于脑,是抑郁障碍最主要的病机^[6]。肝主疏泄,喜条达,若气机瘀滞不通,则会出现郁郁不乐、胁肋胀痛等症状;

第一作者:王定寅,男,主治医师,研究方向:中医临床急救

- [13] 李晓萍,张志坚,屈纪富. 姜黄素对大鼠重症胰腺炎的干预效应研究[J]. 第三军医大学学报,2013,35(8):759-763.
- [14] 梁鸿寅,李诗思,闫洪涛,等. 黄连素对重症急性胰腺炎大鼠肠屏障功能的保护作用[J]. 解放军医药杂志,2014,26(7):1-3,15.
- [15] 刘贤芬,赖春娥,陈丽萍. 甘遂末对重症急性胰腺炎患者腹内压的影响[J]. 新中医,2014,46(8):210-211.
- [16] 于晓敏. 甘遂联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的临床观察[J]. 中医临床研究,2016,8(30):130-132.
- [17] 袁小兵,刘小莉,陈慰慰. 通下活血汤联合泮托拉唑钠对急性胰腺炎患者血清降钙素原、血液黏度、免疫功能及血小板活化因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(30):3359-3362.
- [18] 解冰. 加味大承气汤治疗急性胰腺炎的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(20):49-50.
- [19] 于珠雨. 中西医结合治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 实用中医药杂志,2018,34(6):666-667.
- [20] 闫玉红,陈玉梅,苗纯,等. 大黄红藤消炎方对急性重症胰腺炎患者肠道黏膜屏障功能的保护作用[J]. 中国医院药学杂志,2017,37(19):1961-1964.
- [21] 彭卓,万林,张瑞,等. 清胰汤辅助治疗急性重症胰腺炎的疗效[J]. 世界中医药,2017,12(9):2058-2061.
- [22] 贡联兵. 急性胰腺炎中成药的合理应用[J]. 人民军医,2018,61(3):281-283.
- [23] 王娜娜,郑洋,周哲,等. 黄芩注射液对急性胰腺炎肠道屏障功能和微炎症反应状态的影响[J]. 世界中医药,2018,13(4):818-821.
- [24] 孟海,程辉. 参麦注射液治疗急性胰腺炎患者的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志,2017,12(4):527-529.
- [25] 赵莉,李雪青,石志敏. 电针大肠俞、上巨虚穴辅助乌司他丁治疗重症急性胰腺炎临床观察[J]. 中国针灸,2018,38(2):132-136.
- [26] 李佳,赵雨,文谦,等. 电针干预重症急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻:随机对照研究[J]. 中国针灸,2016,36(11):1126-1130.
- [27] 孟宪萌,陈维,于年海. 香黄散经中药透皮治疗急性重症胰腺炎的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(7):558-560.
- [28] 徐兵,李伟新. 生大黄联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎相关腹胀的临床疗效与安全性分析[J]. 中医药导报,2017,23(1):107-109.

(收稿日期:2020-01-12)

肝气积聚日久,横犯脾土,影响脾胃功能,则出现不思饮食、腹胀便溏等消化系统症状;肝郁易化火,脾失健运易生痰,痰火扰心则烦躁失眠、神智失常。因此,肝郁气滞是抑郁障碍的核心病机。李那永^[7]通过对851条古文献及125篇现代文献中关于抑郁障碍的证候要素分析发现,古文献中气滞(51.35%)、气虚(24.56%)及内火(19.98%)是最常见的证候要素,病位分布主要在肝(30.55%)、脾(24.56%)、心(14.81%)三脏;而现代文献中最常见的证候要素为气郁(52.1%)、气虚(37.2%)和气滞(29.3%),病位主要在肝(54.8%)、脾(35.1%)、肾(20.2%)三脏。

临床上抑郁障碍症状繁多,阴阳虚实均可出现,且没有统一的中医诊断标准,因而目前临床诊断的证型名称难以统一。许乐思等^[8]通过分析84篇文献中5739例抑郁症患者证型发现,肝郁气滞型(36.45%)和肝郁脾虚型(34.19%)两者占比较大,而心胆气虚、痰瘀互结等证型则极为少见。李德智^[9]分析了59篇相关文献,其中的抑郁证证候类型达到100个以上,将证型简化后可提取出16个证候要素,这些要素通过组合能够较为全面地概括临床常见的证候类型,该思路有效地简化了证型过多造成的中医标准化难题。

2 针灸治疗

针刺治疗抑郁障碍毒副作用小,患者依从性较好,且临床疗效与西药抗抑郁药相当,针刺选穴在辨证论治的基础上配合特定穴,能够有针对性地对患者进行个体化治疗。有研究表明,针刺治疗抑郁障碍能够在神经生物学层面做到多靶点、多层次地调节抑郁状态,缓解精神躯体症状^[10]。

2.1 生物学机制研究 针刺治疗抑郁障碍的生物学机制尚不明确,近年研究主要包括针刺对单胺类递质及其受体的影响、对神经内分泌系统的调节,从神经营养因子、神经胶质细胞及神经元凋亡等方面着手。王宇阳等^[11]观察不同频率电针对慢性应激抑郁大鼠下丘脑5-羟色胺含量和行为学的影响,分别使用2 Hz、50 Hz和100 Hz频率的电针刺激大鼠百会穴和印堂穴,使用免疫酶联吸附法(ELISA)检测大鼠下丘脑中5-羟色胺含量,并记录大鼠体重、水平运动和垂直运动评分以及糖水消耗量,结果提示电针能够明显提升大鼠下丘脑中5-羟色胺含量并改善大鼠的抑郁状态,其中以2 Hz组效果最为明显。姜硕等^[12]观察电针四关穴对抑郁大鼠的影响,结果发现抑郁大鼠的海马星形胶质细胞出现细胞核固缩,胞质中粗面内质网明显扩张,且线粒体嵴疏松变,电针四关穴能够有效地修复上述损伤,达到抗抑郁的作用。纪倩^[13]观察氟西汀、脉冲电针及音乐电针三种方法干预慢性应激抑郁大鼠的疗效,结果显示脉冲电针和音乐电针能够改善大鼠体质,保护大鼠海马神经元;降低PAI-1含量,提高t-PA/PAI-1比值,促进mBDNF发挥保护神经元的作用;改善GFAP mRNA及蛋白的表达,促进EAAT1/EAAT2对兴奋性氨基酸的再循环,保护神经细胞免受兴奋性毒性损害;降低兴奋性氨基酸谷氨酸(Glu)的过量表达,升高氨基酸受体GluR1和GluR2 mRNA的表达,起到抗抑郁的作

用,而其中音乐电针在改善体质、降低谷氨酸等多方面效果都优于脉冲电针。

2.2 选穴原则 针灸治疗疾病须有严格的辨证论治的理论基础,针刺治疗抑郁的选穴规律则随着中医学理论对于神志与脏腑所属关系的变化而不断变化,因而古今医家取穴偏重往往有所不同。杨洁等^[14]通过对137个针灸治疗抑郁症的RCTs研究进行腧穴运用的分析,发现督脉、手厥阴心包经及足厥阴肝经是取穴频率最高的三条经脉,提示了“脑为元神之府”和“心主神明”“肝主疏泄”理论在临床中的应用,而百会、印堂、内关、三阴交是应用频次最高的腧穴,同时现代针刺十分注重特定穴的应用,这也与传统针灸理论相契合。杨娟^[15]分析86部古籍中针灸治疗抑郁障碍的302个条文及2004—2014年针灸治疗抑郁障碍的临床文献85篇,对比古今针刺治疗抑郁障碍的取穴异同之处,发现古今对于特定穴的应用均十分重视,并对足厥阴肝经腧穴应用最为频繁,但常用穴及其分布略有不同,古代医家使用频次最高的穴位包括大陵、神门及心俞,且取穴部位以四肢胸腹部为多,头颈部最少,而现代医家最常用的穴位为百会、印堂及三阴交,头颈部穴位的应用频次明显升高,仅次于四肢部,且多选用督脉穴位,这一现象的出现有可能与中医学理论由“心神说”向“脑神说”方向发展有关。赵兴隆等^[16]认为郁证选穴应注重分清本证与标证,本证需从病因入手,或因脏腑气机不利,或因情志太过不及,考量其病之所出辨证施治,而标证多为外在症状所体现,治疗时以解除症状为主。

2.3 临床研究 针灸治疗抑郁障碍常用的治疗方法包括体针、电针、耳穴压贴或电针、以及针刺结合音乐疗法、中药汤剂、按摩、艾灸等诸多手段的综合疗法,且均收到了较为满意的疗效。

2.3.1 手针 手针根据患者病情辨证取穴,采用传统针刺、补泻手法进行治疗,临床应用较为广泛。丛秀玲等^[17]观察针灸解郁方治疗抑郁障碍的临床疗效,主穴取五脏俞、膈俞、百会、神庭等,并辨证取辅穴,西药组给予帕罗西汀相应常规治疗,并在治疗前及治疗1、4、8周后分别进行汉密尔顿抑郁量表(HAMD)(24项)以及抑郁自评量表(SDS)评分。结果显示2组均在治疗1周后症状即有明显改善,且针灸组改善程度优于西药组($P<0.05$),可见针刺治疗抑郁症疗效优于西药,而无毒副作用。周金平^[18]观察针刺治疗抑郁证的临床疗效,主穴取百会、双侧内关,辅穴取太阳、印堂、神门、足三里、三阴交、太溪、照海,留针20 min,西药组服用氟西汀,治疗前及治疗后3、5周均使用HAMD量表及不良反应量表(TESS)进行评分,结果显示,针灸组较西药组起效更快,不良反应更少,安全性高。

2.3.2 电针 电针疗法即在针刺得气的基础上接通一定频率的电流刺激,以维持针感,提高疗效。动物实验发现电针百会、神门、太冲能够下调抑郁大鼠血清中皮质醇、肾上腺皮质激素含量,调节下丘脑-垂体-肾上腺轴,从而改善抑郁

状态^[19]。周媛等^[20]选取百会、神庭、印堂、水沟、内关、合谷、足三里、三阴交、太冲等穴位,采用电针治疗中风后抑郁,对照组单用口服氟西汀治疗。结果显示,电针组疗效优于药物组,且血清 IL-6 和 SL-2R 含量均显著低于药物组,毒副作用低于药物组,差异均有统计学意义。王延武等^[21]观察不同频率电针治疗脑卒中后抑郁的临床疗效,其将 100 例脑卒中后抑郁患者随机分为 3 个治疗组和 1 个对照组,每组 25 例,治疗组均采用电针治疗,电针频率分别为 2、50、100 Hz;对照组采用口服盐酸舍曲林片治疗。治疗后 4 组患者的 FIM 评分和 HAMD 评分均优于治疗前;电针 2 Hz 组治疗后 FIM 评分和 HAMD 评分均优于其他 3 组,差异有统计学意义,认为电针能够有效改善卒中后抑郁患者的抑郁症状,其中以 2 Hz 为最佳频率。

2.3.3 综合疗法 黄娟等^[22]观察针灸结合音乐疗法对中度老年抑郁障碍的临床疗效,以百会、四神聪、神门、太冲为主穴,配合足三里、内关、脾俞、心俞,配合每天上午欣赏属角音和宫音的乐曲 30 min,治疗 24 周后,痊愈 2 例,显著进步 10 例,进步 17 例,无效 1 例,总有效率 96.67%。王招玲等^[23]将 60 例轻中度抑郁障碍患者随机分为治疗组和对照组,对照组予黛力新,治疗组予刺络拔罐联合刮痧治疗,刺络及刮痧均根据患者症状辨证选穴。结果显示,2 种疗法对抑郁障碍均有效,而治疗组在治疗后第 1、2 个疗程 HAMD 总分改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。表明刺络拔罐联合刮痧治疗抑郁障碍起效快,疗效显著。潘莉等^[24]观察补血养心法结合电针并配合心理干预治疗产后抑郁,选取心俞、脾俞、关元、血海、足三里、三阴交、神门、百会等穴位,配合口服加味逍遥丸,治疗 12 周后治疗组患者 HAMD 评分显著低于未针刺治疗的对照组($P<0.05$),且临床症状改善明显。

3 小 结

随着社会压力的增加,抑郁障碍患病率不断升高,针对抑郁障碍的治疗方法也在不断更新进步。常规抗抑郁药存在心血管系统损伤、尿潴留、便秘等毒副作用^[25],电抽搐治疗、睡眠剥夺治疗等治疗过程较为痛苦,心理干预法则需要较长的治疗时间以及家属的高度配合。针刺治疗抑郁障碍具有实施简单、起效快、毒副作用小的特点,且治疗过程中针对不同个体的症状有针对性地提出个性化治疗方案,可取得满意疗效。

由于抑郁障碍在中医学范畴中没有明确对应的疾病,其诊断往往通过量表评分而无明确理化标准,因而为临床诊断、辨证分型以至于疗效评价均带来了诸多不便。但中医身心一体的整体观、情志相胜等理论又为我们带来了新的视角。如何根据中医学理论的自身特点设计合理可用的诊治标准及疗效评价系统应该是未来针刺治疗抑郁障碍的研究方向,而在此基础上,相信可以出现可信度更高的临床试验证据,使针灸的治病优势得到充分体现。

参考文献

[1] 沈渔邨. 精神病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2009:

544-116.

- [2] 朱敏. 浅谈抑郁症的病因学研究进展[J]. 当代医药论丛, 2015,13(9):158-159.
- [3] 郝伟,于欣. 精神病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:108.
- [4] 陈文培,周玲,梅晓云,等. 571 例抑郁症中医证候学临床流行病学调查[J]. 浙江中医杂志,2007,42(5):262-264.
- [5] 钱会南. 中医情志病的病因病机与诊治研究现状及展望[J]. 中华中医药学刊,2013,31(4):711-713.
- [6] 窦春霞. 抑郁症中医病机的理论探讨[J]. 中医临床研究, 2015,7(4):50-51.
- [7] 李那永. 抑郁症中医证候要素及其分布特征研究[D]. 北京:北京中医药大学,2013.
- [8] 许乐思,陈雨,王梦莎,等. 抑郁症的中医临床辨证规律研究[J]. 湖北中医药大学学报,2017,19(3):37-40.
- [9] 李德智. 抑郁症中医证候及证候要素分布特点的文献研究[J]. 光明中医,2018,33(19):2781-2783.
- [10] 景凯泉,杨利娟,刘俊彤,等. 针刺治疗抑郁症的机制研究概况[J]. 中华中医药学刊,2017,35(1):20-22.
- [11] 王宇阳,任晓暄,郑瑀,等. 不同电针频率对慢性应激抑郁刺激模型大鼠行为学和下丘脑 5-羟色胺水平的影响[J]. 长春中医药大学学报,2018,34(1):19-22.
- [12] 姜硕,黄彬,樊凌,等. 电针四关穴对抑郁大鼠海马星形胶质细胞形态的影响[J]. 中华中医药杂志,2015,30(1):216-218.
- [13] 纪倩. 不同电针对慢性应激抑郁大鼠海马神经营养因子及谷氨酸代谢相关蛋白的影响[D]. 北京:北京中医药大学,2013.
- [14] 杨洁,李怡,任亚东,等. 基于数据挖掘分析现代针灸治疗抑郁症的经穴运用特点[J]. 成都中医药大学学报,2013,36(1):4-6.
- [15] 杨娟. 针灸治疗抑郁障碍古今取穴特点初探[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [16] 赵兴隆,谷忠悦. 针灸郁证选穴[J]. 实用中医内科杂志, 2017,31(2):76-78.
- [17] 丛秀玲,高峰. 针灸解郁方治疗抑郁障碍的疗效研究[J]. 新中医,2016,48(8):50-51.
- [18] 周金平. 针灸治疗抑郁症的临床疗效及安全性评价[J]. 中国医刊,2013,48(2):90-91.
- [19] 乔瑞端,燕平,刘明菲,等. 电针“百会”“神门”“太冲”穴对慢性应激抑郁模型大鼠血清 ACTH、CORT 的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2013,9(2):156-158.
- [20] 周媛,新建宏,周国赢. 电针治疗中风后抑郁 145 例[J]. 陕西中医学院学报,2010,33(4):78-80.
- [21] 王延武,王翀敏,孙云廷. 不同频率电针治疗卒中后抑郁疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2015,34(9):27-29.
- [22] 黄娟,武平,王丹,等. 针灸结合音乐治疗轻中度老年抑郁症 30 例[J]. 光明中医,2017,32(5):644-646.
- [23] 王招玲,王黎玲,彭莉云,等. 刺络拔罐联合刮痧治疗抑郁障碍的临床疗效观察[J]. 中国现代医生,2016,54(34):122-124.
- [24] 潘莉,何书杏. 补血养心法针灸配合心理干预对产后抑郁症的治疗效果观察[J]. 中国妇幼保健,2018,33(22):5073-5075.
- [25] 杨宝峰. 药理学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013: 148-153.

(收稿日期:2020-01-09)