

电针联合认知行为疗法早期干预轻度抑郁状态 30 例疗效观察

杨学琴¹ 张文悦¹ 马文昊¹ 郭天蔚¹ 秦丽娜² 杨昕婧¹ 王思涵¹ 图 娅^{1*}

(1. 北京中医药大学针灸学院, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 北京中医药大学第三附属医院)

基金项目: 科技部国际合作项目(2007DFA30780)

* 通讯作者: tuyab@263.net, (010)64287822

[摘要] 目的 观察电针联合认知行为疗法早期干预轻度抑郁状态的临床疗效。方法 将 90 例轻度抑郁状态患者随机分为心理组、电针组、综合组各 30 例, 心理组采用认知行为疗法进行心理干预, 每周 1 次; 电针组选取百会、印堂为主穴进行电针治疗, 每周 2 次; 综合组同时采用认知行为疗法及电针治疗, 疗程均为 8 周。治疗前后分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(CES-D)对各组患者进行评价, 并比较临床疗效。结果 综合组总有效率为 93.33%, 明显优于心理组(总有效率 68.97%)以及电针组(总有效率 79.31%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。各组患者治疗后 HAMD、CES-D 评分较治疗前明显下降, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗后综合组与心理组、电针组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 电针联合认知行为疗法是轻度抑郁状态较优化的干预治疗方案。

[关键词] 轻度抑郁状态; 电针; 认知行为疗法; 汉密尔顿抑郁量表; 抑郁自评量表

Therapeutic Effect of Early Intervention with Electro-Acupuncture and Cognitive Behavioral Therapy on Mild Depression of 30 Cases

YANG Xueqin¹, ZHANG Wenye¹, MA Wenhao¹, GUO Tianwei¹, QIN Lina², YANG Xinjing¹, WANG Sihan¹, TU Ya¹

(1. College of Acupuncture, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029; 2. The Third Affiliated Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of early intervention with electro-acupuncture (EA) and cognitive behavioral therapy (CBT) on mild depression. **Methods** Ninety mild depression patients were randomized into CBT group, EA group and combined treatment group, with 30 in each. CBT group was intervened with cognitive behavioral therapy, once a week. EA group was given electro-acupuncture at Baihui (GV 20), Yintang (EX-HN3), twice a week. Combined treatment group was given both treatment of CBT group and EA group. The treatment course lasted for 8 weeks. The therapeutic effect was observed and compared before and after the treatment according to Hamilton Depression Rating Scale for Depression (HAMD) and Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). **Results** The total effective rate of the combined treatment group was 93.33%, which was superior to 68.97% of CBT group and 79.31% of EA group ($P < 0.05$). After treatment, the average scores of HAMD and CES-D decreased significantly in the three groups ($P < 0.01$), especially in the combined treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion** The early intervention with EA and CBT in mild depression is more effective.

Keywords mild depression; electro-acupuncture; cognitive behavioral therapy; Hamilton Depression Rating Scale for Depression; Center for Epidemiological Studies Depression Scale

抑郁症是一种常见的情感性精神障碍, 表现为显著而持久的抑郁状态, 伴有情绪低落、能力下降和躯体不适等症状, 有很高的复发率和致死、致残率。然而, 有抑郁症状不等于有抑郁症, 如果抑郁症状严重且持久, 就可能发展为抑郁症。美国流行病学调查显示^[1], 普通人群中 20%~30% 存在抑郁症状但未达到抑郁症的症状标准或病程标准, 主要表现为心境不佳、情绪低落、自我评价低、自责内疚、多思多虑、注意力集中困难、工作效率下降, 以及失眠、头痛、头晕、乏力、心慌、胃胀不适、全身不定部位疼痛等躯体化症状。这一部分人虽然没有达到抑郁症诊断标准, 但是会因抑郁症状或情绪降低生活质量, 成

为患抑郁症的高危险人群。因此, 研究具有抑郁症状但尚未达到抑郁症诊断标准的轻度抑郁状态人群的早期识别及有效的干预治疗对于加强抑郁症的防治至关重要。本研究运用综合量表筛选出轻度抑郁状态患者, 采取电针疗法以及从日本早稻田大学文学部心理学教室引进的规范的认知行为疗法(CBT) 干预治疗, 并再次用量表对疗效进行评价, 以期观察轻度抑郁状态电针与认知行为疗法早期干预的有效性, 并探讨临床切实可行的干预方案。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2009 年 9 月至 2011 年 3 月北京中医药大

学第三附属医院、北京永定门外社区卫生服务中心、北京市管庄第二社区卫生服务中心、北京市八里庄社区卫生服务中心门诊及所属社区以及北京中医药大学、北京化工大学和北京服装学院筛查出的 90 例轻度抑郁状态患者,采用随机数字表分为心理组、电针组、综合组,每组 30 例。其中心理组男 12 例,女 18 例,年龄 18~60 岁,平均 (34.63 ± 12.71) 岁;电针组男 9 例,女 21 例,年龄 18~59 岁,平均 (33.40 ± 15.51) 岁;综合组男 10 例,女 20 例,年龄 19~59 岁,平均 (32.23 ± 13.98) 岁。各组患者性别、年龄、病程及病情程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

符合《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD-3)^[2]中抑郁发作诊断标准所列症状中以心境低落为主的抑郁症状 ≥ 1 条且 < 4 条;病程 > 2 周且 < 1 年;抑郁自评量表(CES-D)^[3]评分 ≥ 16 分;汉密尔顿抑郁量表(HAMD)-17 项^[3]评分 > 7 分且 < 17 分;年龄 18~60 岁;患者知情同意,自愿参加本研究。

1.3 排除标准

既往有精神疾病史或器质性精神障碍,或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁者;脑部疾病患者;有严重的其他系统疾病需要治疗者;4 周内参加过其他临床试验者;孕妇、哺乳期妇女;有自杀倾向者。

2 方法

本临床试验开始前对研究者进行试验方案和各种标准操作程序的统一培训,HAMD 由北京大学第六医院对评定者进行培训,一致性检验良好。

2.1 治疗方法

心理组由具备执业资格的心理治疗师按照日本早稻田大学文学部心理学教室石井康智、越川房子教授的 CBT 操作流程^[4-5]干预治疗,由 5~8 人组成心理学习小组,每周 1 次,每次 60~90min,共学习 8 次。本研究实施过程中,少数参与者因故缺席团体心理干预课程,但均未达到连续缺席 2 次或以上;针对缺席者,心理治疗师结合课程内容给予个别辅导。

电针组患者每周治疗 2 次,8 周为 1 个疗程。主穴:选取百会、印堂两穴。辨证配穴:肝气郁结配太冲、合谷等;气郁化火配行间、侠溪等;忧郁伤神配安眠、神门、内关等;心脾两虚配三阴交、足三里等;阴虚火旺配太溪、照海等^[6-7]。电针仪选用 LH-

202H 型韩氏穴位神经刺激仪,百会、印堂分别连接于电针仪正、负极,刺激频率选 2/15Hz 疏密交替波,电流强度以患者耐受(皮肤轻微抖动)为度,每次 30min。除电针穴位外,其余针刺穴位留针 15min 时行针 5~10s。

综合组针刺同电针组,心理学习同心理组。

2.2 疗效评定标准

2.2.1 HAMD-17 评分 分别在入组及治疗 8 周后各评价 1 次。以 HAMD 减分率为临床疗效评价标准^[7],减分率=(基线总分-治疗后总分)/基线总分 $\times 100\%$ 。减分率 $\geq 75\%$ 为临床缓解, $50\% \leq$ 减分率 $< 75\%$ 为显效, $25\% \leq$ 减分率 $< 50\%$ 为有效,减分率 $< 25\%$ 为无效。

2.2.2 CES-D 评分 分别在入组及治疗 8 周后各评价 1 次。CES-D 用于评价当前抑郁症状的频率,着重于抑郁情感和心境,由患者自我评定治疗前后抑郁症状的变化。

2.3 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验、配对 t 检验,多个样本均数比较采用方差分析(方差齐采用 LSD 法,方差不齐采用 Dunnett's T3 法)。

3 结果

心理组与电针组各有 1 例因外出无法继续治疗脱落。

3.1 各组患者临床疗效比较

表 1 示,各组疗效比较,综合组总有效率明显优于其他两组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。心理组与电针组总有效率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 各组患者临床疗效比较

组别	例数	临床缓解 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
心理组	29	5	9	6	9	68.97
电针组	29	5	11	7	6	79.31
综合组	30	10	13	5	2	93.33

3.2 各组患者治疗前后 HAMD-17 评分比较

表 2 示,各组患者治疗后 HAMD-17 评分均较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P < 0.01$),综合组治疗后 HAMD-17 评分明显低于其他两组($P < 0.05$)。

表 2 各组患者治疗前后 HAMD-17 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
心理组	29	12.20 $\pm$ 1.95	5.70 $\pm$ 3.13*
电针组	29	11.87 $\pm$ 2.11	5.26 $\pm$ 3.11*
综合组	30	12.03 $\pm$ 2.14	3.40 $\pm$ 2.97* Δ #

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与心理组治疗后比较, $\Delta P<0.05$;与电针组治疗后比较,# $P<0.05$

3.3 各组患者治疗前后 CES-D 评分比较

表 3 示,治疗后各组患者 CES-D 评分治疗后均较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后综合组 CES-D 评分低于其他两组($P<0.05$)。

表 3 各组患者治疗前后 CES-D 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
心理组	29	26.73 $\pm$ 4.82	13.03 $\pm$ 6.46*
电针组	29	25.67 $\pm$ 5.43	12.70 $\pm$ 5.27*
综合组	30	26.16 $\pm$ 6.17	9.41 $\pm$ 5.80* Δ #

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与心理组治疗后比较, $\Delta P<0.05$;与电针组治疗后比较,# $P<0.05$

4 讨论

轻度抑郁状态是具有抑郁症状但尚未达到抑郁症诊断标准的一种亚临床状态,由于抑郁症状的程度并不严重,无法明确诊断,患者常否认心理因素的存在,将心境低落归因于躯体问题,以躯体症状为主诉就医,患病率较高,且在治疗方面患者对于抗抑郁药物的接受度及依从性较低。CBT 治疗抑郁症的有效性已经被国内外循证医学研究证实^[8-9],并被广泛应用于治疗轻度抑郁、重度抑郁、抑郁症的复发与慢性化的控制、躯体疾病伴发的抑郁等。CBT 具有安全性高、副作用小、长期疗效较好、可减少抑郁残留症状、促进正性情感、提高对生活的满意度、降低复发风险等优势^[10]。英国国家健康与临床优化研究所(NICE)2009 年发布的《抑郁症临床治疗和管理指南》^[11]中指出,亚临床抑郁症状和轻度抑郁症推荐单纯 CBT,中度抑郁症可选择 CBT,重度抑郁症建议药物治疗联合 CBT。

20 世纪 80 年代以来,国内多项实验研究及临床研究证实了电针治疗抑郁症的有效性,徐旭东^[12]对近 15 年电针治疗抑郁症临床应用 Meta 分析结果表明,单用电针与单用抗抑郁药对照,两组疗效差异无统计学意义,电针治疗抑郁症疗效与药物的疗效相仿。现代神经生理研究证实^[13-14],电针百会、印堂穴能直接兴奋上行激活系统,解除脑细胞的抑

制状态,有效提高脑损伤后脑源性神经营养因子(BDNF)的蛋白表达及抑制海马神经元凋亡,对慢性应激状态下大鼠脑损伤具有一定的保护作用。段冬梅^[15]应用氢质子磁共振波谱(H-MRS)技术对抑郁症患者双侧海马、额叶白质的氮-乙酰天门冬氨酸(NAA)、胆碱(Cho)、肌酸(Cr)几种代谢物质的比值与正常成人相应部位进行定量分析后认为,电针可通过多途径改善抑郁。电针治疗抑郁状态是在中医理论指导下根据个体的症状体征及主观感受辨病与辨证论治相结合,刺激主穴的同时,选用不同配穴有针对性地治疗失眠、头痛、全身不适、消化不良等症状,从而达到整体调节的目的。

在本研究中,心理组、电针组 HAMD-17、CES-D 评分治疗前后自身比较差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),说明两种不同的方法均是轻度抑郁状态患者的有效干预手段,但两者的治疗优势不同,CBT 着重改变患者的不良认知、负性自动化思维,重建合理观念来调节不良情绪,并通过关注日常生活良性事件来唤醒愉快积极的情绪体验,在改善自我评价、自罪自责等心理症状方面较明显,而电针是在改善患者的睡眠、消化、全身疼痛等躯体化症状方面更突出。综合组临床抑郁症状的改善明显优于心理组及电针组,疗效更确切,显示了联合治疗的优越性,提示心理联合电针为早期干预治疗轻度抑郁状态患者较优化方案,是一种安全有效的联合方案。

参考文献

- [1]Judd LL,Rapaport MH,Paulus MP,et al. Subsyndromal symptomatic depression;a new mood disorder[J]. J Clin Psychiatry,1994,55(Suppl):18-28.
- [2]中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:87-88.
- [3]汪向东. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生出版社,1999:202,220-223.
- [4]越川房子. 认知行为疗法的基本理论与技法[J]. 日本矫正协会杂志,2006,117(3):24-39.
- [5]越川房子. 焦虑的认知行为疗法治疗[J]. 教育与医学,2004,52(3):222-229.
- [6]段冬梅,图娅,陈利平. 电针与百忧解对伴躯体症状抑郁症有效性的评价[J]. 中国针灸,2008,28(3):167-170.
- [7]马学红,李卫东,许珂,等. 电针对盐酸帕罗西汀治疗轻中度抑郁症患者起效时间及疗效的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2011,20(1):4-6.

(下转第 968 页)

水,而又不损伤真阴之气,诸利水药之不及也。可以多,而反不用,与不可多用,而反大用者,安得有利乎。故凡遇水湿之症,用薏仁一二两为君,而佐以健脾祛湿之味,未有不速于奏效也。”陈老师重用薏苡仁的同时常配伍白术,《汤液本草》亦云:“非白术不能祛湿”,二药配伍,益气健脾祛湿。

陈老师认为,复发性生殖器疱疹必须借助血肉有情之虫类药,取其搜剔钻透之功去除毒邪,临床常用蜈蚣、全蝎等虫类药物,特别是蜈蚣一药,解毒搜剔、解毒之功更强。《圣济总论》云:“蜈蚣能除风攻毒,不足治疗蛇毒,也可以治痔漏、便毒、丹毒等。”故常在处方中加入虫类药物往往药力倍增,收效显著。

3.2 内治和外治相结合

陈老师治疗生殖器疱疹有皮损时常常内治和外治相结合,可以起到加速皮疹愈合作用。正如《洞天奥旨》云:“阴疮者,生于阴户之内也,……内治之后,仍以外治同施,鲜不即愈矣。”陈老师治疗时在发作期常常选用紫草、虎杖、大黄、甘草水煎待凉后外洗患处,清热解毒消肿,疱疹溃破后的糜烂面可用紫草油外搽,凉血解毒生肌,直折病势。

3.3 注意心理治疗及精神调摄

复发性生殖器疱疹反复发作,严重影响到患者的身心健康和生活质量,精神紧张是生殖器疱疹复发的主要社会因素之一^[1]。不良的心理状况可导致人体免疫力低下,对病毒抵抗力下降,导致病情复发。陈老师非常重视患者心理治疗,接诊时耐心细致地介绍本病的相关知识并及时解答患者疑问,让患者充分了解本病的治疗、转归及预防,减轻患者不必要的焦虑和抑郁,树立战胜疾病的信心。其次,陈老师在处方中加入重镇安神及改善睡眠的中药,以

改善焦虑抑郁症状及其所带来的睡眠障碍。

4 典型病案

谭某某,男,42岁,阴茎部水疱伴疼痛反复1年加重3天。1年前因不洁性交后阴茎出现簇状水疱伴灼痛感,服用伐昔洛韦1周后病情好转,以后每月至少复发1次。诊见:阴茎部成簇水疱,部分糜烂,少许渗液。口干,小便短赤,大便调,眠欠佳。舌红,苔微黄腻,脉弦滑。辨证为:肝经湿热下注。处方:龙胆草10g,板蓝根15g,虎杖15g,(炒)栀子10g,蒲公英30g,薏苡仁40g,白术15g,生地黄15g,牡丹皮15g,车前子10g,珍珠母30g,甘草5g。辅以紫草30g,虎杖30g,大黄30g,甘草15g,水煎外洗。5剂后皮疹消退,小便灼热感消失,改以益气健脾,清热利湿治之,处方:板蓝根15g,(炒)薏苡仁40g,白术15g,草薢20g,黄芪15g,太子参15g,生地黄15g,牡丹皮15g,珍珠母30g,茯苓15g,甘草5g。连服4周,诸证消失,随访半年未见复发。

按:初起患者湿热之邪较明显,故以清热利湿为主,待皮疹消退,症状缓解,中病即止,去苦寒之龙胆草,栀子,蒲公英以免伤胃,薏苡仁改为(炒)薏苡仁,加茯苓、白术、黄芪、太子参健脾渗湿、益气养阴,草薢渗湿兼有补益肝肾之功。整个治疗过程中在辨证论治的同时始终注重扶正祛湿解毒,邪正兼顾,方能药到病除。

参考文献

- [1]刘继峰,许爱娥,李永伟,等.生殖器疱疹患者复发的社会因素研究[J].中华男科学杂志,2006,12(5):392.

(收稿日期:2011-11-11;修回日期:2011-12-10)

[编辑:洪涛]

(上接第938页)

- [8]Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses[J]. Clin Psychol Rev, 2006, 26(1): 17-31.
- [9]王娜,李占江. 认知-行为治疗对抑郁障碍疗效的循证研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2006, 14(4): 416-418.
- [10]刘竞,李占江. 抑郁症的认知行为治疗[J]. 中国全科医学, 2010, 13(3): 54-56.
- [11]Pilling S, Anderson I, Goldberg D, et al. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance [J/OL]. BMJ, 2009, 339: b4108. [2009-10-27] doi: 10.1136/bmj.b4108.

- [12]徐旭东,吴宇驹. 电针对抑郁症治疗效果的 Meta 分析[J]. 临床精神医学杂志, 2008, 18(2): 111-112.
- [13]邱艳明,时宇静. 电针印堂、百会对获得性无助大鼠不同脑区内单胺类神经递质的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2002, 25(6): 54-56.
- [14]李文迅,韩焱晶,陶娟,等. 电针对抑郁模型大鼠海马神经元凋亡的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2005, 12(2): 33-35.
- [15]段冬梅,图娅. 电针对抑郁症患者不同脑区的影响: 磁共振研究[J]. 中国针灸, 2009, 29(2): 139-144.

(收稿日期:2012-01-31;修回日期:2012-02-24)

[编辑:王利芬]