

引用:罗渝民,王冬梅,黄治胜,阳洋,潘锐,卿剑明.百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗脑卒中后抑郁的临床研究[J].中医药导报,2025,31(9):102-106,116.

## 百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗脑卒中后抑郁的临床研究\*

罗渝民,王冬梅,黄治胜,阳洋,潘锐,卿剑明  
(简阳市中医医院,四川 简阳 641400)

**[摘要]** 目的:探讨百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗对脑卒中后抑郁(PSD)患者的影响,并评估其临床疗效。方法:采用随机对照试验(RCT)设计,纳入2021年7月至2024年4月收治的137例PSD患者,随机分为试验组68例和对照组69例。试验组采用杵针治疗,选择百会八阵穴和神道八阵穴为主穴,配合风池、膈俞穴,每周治疗5次,共4周;对照组口服帕罗西汀(20~50 mg/d),治疗4周。两组均于治疗前、治疗2周及4周后评估汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、卒中专用生活质量量表(SS-QOL)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)及血清5-羟色胺(5-HT)及多巴胺(DA)水平。结果:治疗过程中对照组脱落5例,试验组脱落4例,故两组最终均纳入64例患者。治疗2周、4周后,试验组患者HAMD评分显著低于对照组( $P<0.01$ )。治疗4周后试验组总有效率(98.52%)高于对照组(69.57%)( $P<0.01$ )。在生活质量方面,治疗4周后试验组患者SS-QOL各维度评分均显著优于对照组( $P<0.05$ )。治疗2周、4周后试验组患者NIHSS评分降低幅度大于对照组( $P<0.01$ )。治疗4周后试验组患者5-HT、DA水平提升均显著高于对照组( $P<0.01$ )。结论:百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法可显著改善PSD患者的抑郁症状、生活质量和神经功能,其机制可能与调节单胺类神经递质有关,疗效优于帕罗西汀。

**[关键词]** 脑卒中后抑郁;杵针;百会八阵穴;神道八阵穴;帕罗西汀;5-羟色胺;多巴胺

**[中图分类号]** R246.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)09-0102-05

**DOI:** 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.09.017

### Clinical Study on Pestle Needle Therapy at Baihui (GV20) Bazhen Points and Shendao (GV11) Bazhen Points for Post-Stroke Depression

LUO Yumin, WANG Dongmei, HUANG Zhisheng, YANG Yang, PAN Rui, QING Jianming  
(Jianyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jianyang Sichuan 641400, China)

**[Abstract]** Objective: To investigate the effect of pestle needle therapy at Baihui (GV20) Bazhen Points and Shendao (GV11) Bazhen points on patients with post-stroke depression (PSD) and evaluate its clinical efficacy. Methods: A randomized controlled trial (RCT) was conducted involving 137 PSD patients admitted between July 2021 and April 2024. Patients were randomly divided into an experimental group ( $n=68$ , receiving pestle needle therapy) and a control group ( $n=69$ , receiving oral paroxetine 20-50 mg/day). The experimental group received pestle needle therapy primarily at Baihui Bazhen Points and Shendao Bazhen points, supplemented by Fengchi (GB20) and Geshu (BL17) points, five times per week for 4 weeks. The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), and serum levels of 5-hydroxytryptamine (5-HT) and dopamine (DA) were assessed before treatment, at 2 weeks, and after 4 weeks of treatment. Results: During the trial, 5 patients in the control group and 4 in the experimental group were lost to follow-up. Consequently, 64 patients from each group were finally included in the analysis. After 2 and 4 weeks of treatment, the HAMD scores in the experimental group were significantly lower than that in the control group ( $P<0.01$ ). The total effective rate was 98.52% in the experimental group, significantly higher than 69.57% in the control group ( $P<0.01$ ). Regarding quality of life, the SS-QOL scores across various dimensions in the experimental group were significantly better than those in the control group after 4 weeks ( $P<0.05$ ). The reduction in NIHSS scores was greater in the experimental

\*基金项目:四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2021MS175)

通信作者:卿剑明,男,副主任医师,研究方向为心身疾病、神经内科疾病的防治

group than in the control group after 2 and 4 weeks ( $P<0.01$ ). The increases in serum 5-HT and DA levels were significantly greater in the experimental group than in the control group ( $P<0.01$ ). Conclusion: Pestle needle therapy at Baihui Bazhen Points and Shendao Bazhen points can significantly improve depressive symptoms, quality of life, and neurological function in PSD patients. Its mechanism may be related to the regulation of monoamine neurotransmitters. The therapeutic effect is superior to paroxetine.

[Keywords] post-stroke depression; pestle needle therapy; Baihui (GV20) Bazhen points; Shendao (GV11) Bazhen points; paroxetine; 5-hydroxytryptamine (5-HT); dopamine (DA)

中风是导致人口死亡和残疾的主要疾病之一,其后遗症如瘫痪、失语和认知障碍严重影响患者生活质量<sup>[1-2]</sup>。卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)作为常见并发症,患病率达30%~33%,不仅加剧了患者的健康负担,还会增加死亡风险<sup>[3-4]</sup>。尽管传统的抗抑郁药物可在一定程度上缓解PSD症状,但疗效有限且常伴随副作用<sup>[5]</sup>。近年来,中医药特别是针灸疗法在治疗PSD方面显示出独特的优势<sup>[6]</sup>。作为中医外治法之一,百会神道八阵穴杵针疗法以其简便、安全、高效的特点,被认为在PSD治疗中具有潜力<sup>[7]</sup>。本研究旨在探讨百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在治疗PSD中的临床疗效,以期对PSD的治疗提供新的思路和方法。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 头部CT扫描可显示缺血性脑卒中的病变, MRI及DWI能早期检测到缺血性改变。血液检查和凝血测试辅助诊断。缺血性脑卒中,即脑梗死,表现为突发性局灶性神经功能缺损,持续超过24 h。症状有偏瘫、感觉障碍、偏盲、言语障碍等,通常1~2 d内症状最严重。出血性脑卒中是脑内血管破裂,形成血肿,症状包括头痛、呕吐、意识障碍等,数分钟至数小时内症状加剧。

卒中后出现抑郁症状。依据《美国精神障碍诊断与统计手册第五版》(DSM-5)<sup>[8]</sup>进行诊断,至少5种症状持续2周以上,包括情绪低落或兴趣丧失,伴睡眠障碍、食欲改变、焦虑等。采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression rating scale, HAMD)评估,若HAMD评分 $\geq 8$ 分,结合DSM-5标准临床表现,可考虑诊断为卒中后抑郁。若HAMD评分 $>14$ 分通常提示需要进一步的干预措施。

1.1.2 中医诊断标准 中风后抑郁是在中风基础上继发的抑郁症。依据《中华人民共和国中医药行业标准》中的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>,中风的诊断主要依据包括肢体偏瘫、意识模糊、言语不清或失语、口舌歪斜等症。次要症状包括头痛、眩晕等。诊断需考虑主要症状和次要症状,结合病发过程、诱因及患者年龄。中风病程分为急性期、恢复期、后遗症期。郁证表现为情绪低落等症状,分型有肝气郁结型等。

1.2 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)年龄18~75岁;(3)生命体征稳定;(4)脑卒中病程超过2周;(5)HAMD评分20~35分,即处于中度抑郁状态;(6)同意并签署参与研究的知情同意书。

1.3 排除标准 (1)患有严重的心脏、肝脏或肾脏疾病者;(2)在发生脑卒中之前已有抑郁症历史,或者存在由其他器质性原因引起的精神障碍,或是由于使用精神活性物质或非

成瘾物质导致的抑郁状况;(3)正在接受抗抑郁药物治疗或停药未滿2周者;(4)针灸部位皮肤有感染或其他不适合进行针刺的情况。

1.4 研究对象 从2021年7月至2024年4月简阳市中医医院收治的患者中选取137例表现出脑卒中后抑郁症状的个体作为研究对象。采用分层区组随机化方法,由第三方统计人员使用SAS 9.4软件生成随机序列(区组长度4),分为两组。根据卒中类型(缺血性/出血性)和抑郁程度(HAMD 20~24分/25~35分)分层。分配结果密封于不透光信封中,由研究护士执行分组。最终,参与者被分为试验组68例和对照组69例。本研究所有患者均知情同意,且通过简阳市中医医院伦理委员会批准,批准号:2023-012-01。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 试验组 试验组选取百会八阵穴(半径3.0寸)、神道八阵穴(半径1.5寸)作为主穴,同时辅以风池、膈腧穴。杵针操作由一位拥有10年经验的针灸师执行,力度以患者出现酸胀感为宜,治疗频率为每周5次,持续4周。具体而言,以百会穴为中心点,在其至印堂穴之间的距离为半径范围内选取8个穴位构成百会八阵;同样地,以神道穴为中心,以其到左右两侧神堂穴的距离为半径来确定神道八阵的位置。此外,治疗过程中还额外选用了风池穴和膈腧穴,并且在以百会穴为核心的基础上,分别在其两侧1.5寸、3.0寸及4.5寸处定位了其余6个穴位,共同构成了用于治疗八阵体系。(见图1)本研究采用了太极牌杵针,具体工具包括七曜混元杵、五星三台杵、金刚杵及奎星笔等几种类型。制造商:江门市新力医疗器械有限公司,设备型号为XL-011。(见图2)

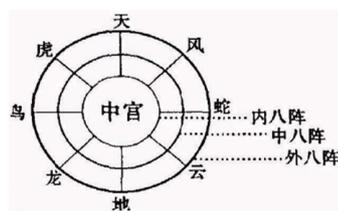


图1 穴位布阵图



图2 杵针针具

开始治疗前进行手部消毒,并采用75%酒精对针具进行消毒处理。对于百会八阵穴的刺激,将采用以下技术:点按、提拉、开合、旋转及梳理。患者取仰卧位,使用奎星笔,并依据正确的握持方法来进行操作。首先,以80次/min的速度轻敲2 min,力度需适中;接着,实施提拉动作,持续2 min,逐渐增强力量至杵尖,向下压表示“开”,向上提则为“阖”,整个过程维持2 min;随后,改用金刚杵,继续按照握笔方式,以其弧形端从百会穴向印堂穴方向做2 min的圆周运动;最后,利用七曜混元杵,同样采取握笔姿势,让其平直的一端紧贴头皮上的穴位区域,执行2 min左右的推移动作。至于神道八阵穴的操作,患者需采取俯卧位,露出相关穴位。使用奎星笔并遵循正确的方法,先进行2 min点按,频率保持80次/min,力度控制得当。之后,使用杵针完成2 min提拉动作。随着操作深入,逐步加大压力,使杵尖更紧密地接触皮肤,下压称为“开”,上提则是“阖”,此阶段同样需要2 min。最终步骤是运用金刚杵,通过其弯曲部分,自内向外画圈按摩约2 min。每次疗程时长30 min,5次/周,连续4周。

1.5.2 对照组 予帕罗西汀治疗。起始剂量通常设为20 mg/次,随后可根据患者病情的演变逐步提升至50 mg/d。建议在早餐后服用。在医师的指导下,根据病情需要,适当调整药物剂量和服用时间。治疗的常规疗程为4周。治疗2周、4周后,定期对患者的病情进行评估,并根据需要适时调整治疗计划。

1.6 观察指标

1.6.1 HAMD<sup>[10]</sup>评分 在治疗前、治疗2周及4周后,使用HAMD对患者进行评分,以评估患者情绪状态,涵盖悲伤、绝望等情绪。评分标准如下:<7分代表正常;7~16分表示轻度抑郁;17~23分指中度抑郁;>24分则意味着重度抑郁。

1.6.2 生活质量评估 在治疗前、治疗4周后使用专为卒中患者设计的生活质量量表(stroke-specific quality of life scale, SS-QOL)<sup>[11]</sup>进行生活质量评估。该量表涵盖了12个维度,共包含49个条目。这些维度包括:视觉(3个条目)、语言(5个条目)、情绪(5个条目)、思维能力(3个条目)、上肢功能(5个条目)、性格(3个条目)、运动(6个条目)、家庭活动(3个条目)、自理能力(5个条目)、体能(3个条目)、工作能力(3个条目)及社会活动(5个条目)。评分采用Likert五级评分法,从“完全是这样”到“完全不是这样”,分别赋予1~5分,总分范围为49~245分,得分越高则生活质量越好。

1.6.3 神经功能评分 在治疗前、治疗2周及4周后使用美国国立卫生研究院卒中量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS)<sup>[12]</sup>进行评估。该量表包含10个项目,共12个条目,总分范围为0~42分,分数越高,表明患者的神经功能缺损程度越严重。

1.6.4 生化指标 分别于治疗前及治疗4周后取患者空腹静脉血2~3 mL,低温离心分离血清后采用酶联免疫吸附测定法测定血清5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、多巴胺(dopamine, DA)。

1.7 疗效标准 通过HAMD评分来评估临床疗效<sup>[13]</sup>。治愈:HAMD评分降低90%或以上;显著:HAMD评分降低45%~89%;有效:HAMD评分降低18%~44%;无效:未满足上述任一标准。总有效率=(治愈例数+显著例数+有效例数)÷总例数×100%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 27.0软件进行数据的统计分析。对于计量资料,以“均数±标准差”(x̄±s)描述,在进行Shapiro-Wilk正态性检验后,组间比较采用独立样本t检验,组内治疗前后较采用配对t检验,重复测量资料采用重复测量方差分析。计数资料以例、百分比(%)描述,两组比较采用χ<sup>2</sup>检验或Fisher精确检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

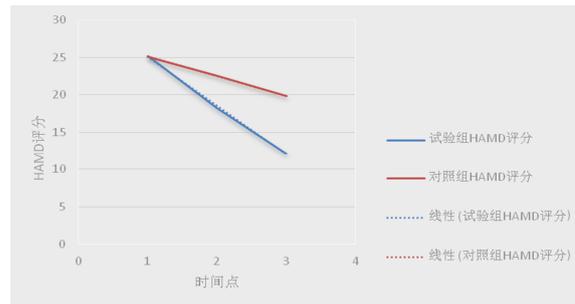
2.1 基线资料 对照组脱落5例,试验组脱落4例。两组患者性别、年龄、病程、高血压、糖尿病、收缩压、舒张压等基线资料比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者治疗前、治疗2周及治疗4周后HAMD评分比较 治疗前,两组患者HAMD评分比较,差异无统计学意义(P>0.05)。治疗2周、4周后,试验组患者HAMD评分均低于对照组(P<0.01),显示试验组抑郁症状改善更明显。(见表2、图3)

表2 两组患者治疗前、治疗2周及治疗4周后HAMD评分比较(x̄±s,分)

组别	n	治疗前	治疗2周	治疗4周
试验组	64	25.21±4.31	18.25±2.31	12.12±1.11
对照组	64	25.14±4.22	22.57±3.12	19.86±3.56
t		0.096	9.199	17.126
P		0.920	0.000	0.000

注:F<sub>时间主效应</sub>=386.52, P<sub>时间主效应</sub>=0.000; F<sub>分组主效应</sub>=89.17, P<sub>分组主效应</sub>=0.000; F<sub>交互效应</sub>=112.43, P<sub>交互效应</sub>=0.000。



2.3 两组患者治疗前后生活质量评分比较 治疗前,两组患者生活质量评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别[例(%)]		年龄(x̄±s,岁)	抑郁合并卒中病程(x̄±s,d)	高血压[例(%)]	糖尿病[例(%)]	收缩压(x̄±s,mm Hg)	舒张压(x̄±s,mm Hg)
		男	女						
试验组	64	31(48.43)	33(51.56)	60.31±6.52	46.67±5.32	30(46.86)	16(25.00)	142.32±22.31	86.21±12.01
对照组	64	39(60.93)	25(39.06)	61.21±5.35	46.34±5.21	22(36.06)	14(21.87)	143.56±22.12	85.56±11.61
检验统计量		χ <sup>2</sup> =1.980		t=0.883	t=0.366	χ <sup>2</sup> =2.070	χ <sup>2</sup> =0.170	t=0.315	t=0.311
P		0.159		0.380	0.710	0.149	0.676	0.750	0.760

表3 两组患者生活质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	视觉		语言		情绪		思维能力		上肢功能		性格	
		治疗前	治疗4周	治疗前	治疗4周	治疗前	治疗4周	治疗前	治疗4周	治疗前	治疗4周	治疗前	治疗4周
试验组	64	50.21±10.53	70.04±9.86	45.02±12.05	65.04±10.06	60.03±15.06	50.02±12.09	55.02±10.03	75.01±9.02	61.24±8.23	82.12±10.32	49.32±6.67	76.21±8.32
对照组	64	51.03±11.01	60.16±10.22	46.54±11.53	55.01±11.02	62.01±14.04	40.04±10.09	56.04±11.01	65.09±10.03	60.32±8.21	72.54±8.21	48.21±6.71	66.81±7.22
t		0.445	5.757	0.754	5.561	0.796	5.241	0.566	6.083	0.633	5.811	0.938	6.826
P		0.660	0.000	0.450	0.000	0.430	0.000	0.570	0.000	0.478	0.000	0.350	0.000

组别	n	运动		家庭活动		体能		自理能力		工作能力		社会活动	
		治疗前	治疗4周										
试验组	64	51.32±6.90	81.21±8.21	56.62±8.12	78.89±6.23	52.67±9.32	72.65±8.56	48.87±5.86	66.87±7.43	54.23±6.98	78.87±4.89	48.78±5.43	73.23±6.78
对照组	64	50.23±6.81	67.80±6.91	56.13±8.01	64.78±6.32	51.54±9.12	67.89±7.32	48.78±5.12	57.89±5.13	53.67±6.67	68.76±3.32	47.89±5.12	69.98±5.67
t		0.899	9.997	0.343	12.719	0.693	3.380	0.092	7.956	0.464	13.684	0.954	2.941
P		0.370	0.000	0.730	0.000	0.490	0.000	0.930	0.000	0.640	0.000	0.340	0.000

4周后,试验组在视觉、语言、情绪、思维能力、上肢功能、性格、运动、家庭活动、体能、自理能力、工作能力和社会活动等方面的生活质量评分均高于对照组( $P<0.05$ )。(见表3)

2.4 两组患者治疗前、治疗2周及治疗4周后NIHSS评分比较 治疗前,两组患者NIHSS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗2周、4周后,试验组患者NIHSS评分均低于对照组( $P<0.05$ )。(见表4、图4)

表4 两组患者治疗前、治疗2周及治疗4周后NIHSS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	治疗前	治疗2周	治疗4周
试验组	64	7.15±1.20	5.30±0.98	3.11±0.80
对照组	64	7.34±1.30	6.40±1.01	4.10±0.91
t		0.859	6.253	6.536
P		0.390	0.000	0.000

注:  $F_{\text{时间主效应}}=123.456, P_{\text{时间主效应}}=0.000; F_{\text{分组主效应}}=45.678, P_{\text{分组主效应}}=0.000; F_{\text{交互效应}}=56.789, P_{\text{交互效应}}=0.000$ 。

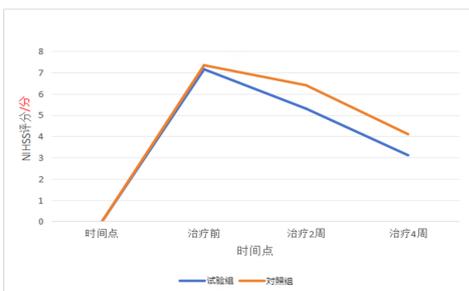


图4 两组患者NIHSS评分比较交互效应轮廓图

2.5 两组患者治疗4周后临床疗效比较 治疗4周后,试验组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。(见表5)

表5 两组患者治疗4周后临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	64	48(69.57)	16(23.52)	3(4.44)	1(1.47)	67(98.52)
对照组	64	25(36.23)	15(21.73)	8(11.59)	21(30.43)	48(69.57)
$\chi^2$						45.890
P						0.000

2.6 两组患者治疗前后血清5-HT、DA水平比较 治疗前,两组患者血清5-HT和DA水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗4周后,试验组患者5-HT、DA水平均高于对照组( $P<$

0.05)。(见表6)

表6 两组患者治疗前后血清5-HT、DA水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,ng/mL)

组别	n	5-HT		DA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	64	85.32 ± 12.13	120.74 ± 15.21 <sup>a,b</sup>	35.61 ± 8.23	52.14 ± 9.42 <sup>a,b</sup>
对照组	64	84.91 ± 11.82	98.53 ± 13.62 <sup>a</sup>	36.12 ± 7.91	41.32 ± 8.73 <sup>a</sup>
t		0.180	8.670	0.350	6.520
P		0.860	0.000	0.730	0.000

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.01$ 。

### 3 讨论

美国心脏协会的研究表明,仅在美国每年就有约70万例患者发生中风<sup>[14]</sup>。如果未能识别并及时治疗这种情况,可能会导致不可逆转的脑组织损伤。脑卒中后抑郁是中风最常见的神经精神并发症,能够影响超过三分之一的中风幸存者。目前PSD患病率在20%~60%之间<sup>[15]</sup>。研究<sup>[16]</sup>表明,抑郁症在中风患者中比因骨科损伤造成身体损伤的患者更常见。被诊断患有PSD的患者总是表现出情绪低落,并且对活动失去兴趣或乐趣。受影响的人还会表现出多种抑郁症状,包括精神运动性躁动、无价值感、睡眠障碍、体质量波动和自杀意念<sup>[17]</sup>。大多数患者在中风3个月后开始出现抑郁症状。由于PSD的复杂性和多样性,传统的药物治疗往往难以取得理想的效果<sup>[18]</sup>。近年来,中医药特别是针灸疗法在治疗PSD方面显示出一定的潜力。其中,杵针疗法作为一种传统的中医外治法,因其操作简便、安全性高且疗效显著的特点,逐渐受到关注。本研究旨在探讨杵针疗法中特定穴位——百会八阵穴和神道八阵穴在治疗脑卒中后抑郁中的临床疗效<sup>[19]</sup>。百会穴位于头顶正中,是人体重要的穴位之一,具有调节情绪、改善睡眠和提升精神状态的作用。神道八阵穴则是杵针疗法中的特殊穴位组合,通过刺激这些穴位,可调节大脑的功能,改善情绪状态<sup>[20]</sup>。

本研究主要采用HAMD、生活质量量表和NIHSS等工具,评估百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗对脑卒中后抑郁患者的影响。这些指标从情绪状态、生活质量、患者满意度和神经功能缺损4个维度全面评估治疗效果,旨在探讨百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗在脑卒中后抑郁的临床疗效<sup>[21]</sup>。结果表明,接受百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗的试验组,其

HAMD评分显著降低,治疗2周和4周后的HAMD评分均显著低于对照组( $P<0.01$ )。这揭示了百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在缓解脑卒中后抑郁症状方面的显著效果<sup>[23]</sup>。生活质量评估显示,试验组患者在治疗后的生活质量各项评分均显著高于对照组( $P<0.05$ ),表明该疗法不仅有效缓解患者的抑郁症状,还能显著提升患者的生活质量。进一步的NIHSS评分评估显示,试验组患者在治疗2周和4周后的NIHSS评分显著降低( $P<0.01$ ),神经功能缺损的改善相较于对照组更为显著,从而验证了百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在促进脑卒中后康复方面的有效性<sup>[23]</sup>。疗效评估显示,试验组患者的总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ),这表明百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在整体疗效上具有明显优势。本研究中,试验组患者对治疗的满意度较高,且未出现明显的不良反应,说明百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法是一种安全、有效的治疗方法,患者对其接受度较高<sup>[24]</sup>。本研究借鉴了《中国精神疾病分类方案与诊断标准第3版》(CCMD-3)<sup>[25]</sup>及《中华人民共和国中医药行业标准》中的《中医病证诊断疗效标准》,确保了研究的科学性和可靠性。HAMD评分、生活质量量表和NIHSS评分在评估抑郁症的严重程度、生活质量、患者满意度以及神经功能缺损方面起到了关键作用,为研究提供了全面的数据支持<sup>[26]</sup>。研究结果表明,试验组的5-HT、DA水平提升显著高于对照组( $P<0.01$ ),这表明杵针疗法可通过调节单胺类神经递质来改善抑郁症状。尽管由于条件限制未能进行影像学验证,但先前的研究已经证实,百会穴的刺激能够增强前额叶-边缘系统功能的连接,这与卓沛元等<sup>[27]</sup>通过PET-CT观察到的百会穴刺激可增强前额叶多巴胺能神经元活性的发现一致。通过对各项指标的比较分析,本研究证实了百会八阵穴和神道八阵穴杵针治疗在缓解患者抑郁症状、提高生活质量、改善神经功能缺损等方面的显著效果,为临床治疗提供了新的思路和方法。

PSD是脑卒中常见并发症,影响患者生活质量和康复。目前诊断PSD的方法包括量表评分、影像学检查和生物标志物检测,但这些方法各有局限。量表评分主观性强,影像学检查成本高,生物标志物检测的特异性和敏感性需验证。因此,需要新的研究指标来提高诊断准确性和效率。研究探讨了“百会神道八阵穴杵针”在PSD诊断中的应用价值,发现杵针治疗在敏感性和特异性方面优于现有指标,成本较低,易于普及。杵针治疗的直接作用机制和实时监测提高了PSD的早期识别率,减轻了经济负担,提高了治疗可及性。尽管“百会神道八阵穴杵针”在PSD治疗中显示出优势,但其普适性和长期疗效仍需进一步验证。未来研究应包括多中心验证以提高结果的可靠性。

#### 4 结 论

综上所述,百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在治疗脑卒中后抑郁方面具有显著疗效,能够有效缓解患者抑郁症状,改善神经功能缺损,并显著提高患者的生活质量。相较于传统的药物治疗,百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法在总有效率方面具有明显优势,且安全性高,患者满意度高。因此,百会八阵穴和神道八阵穴杵针疗法是一种值得推广和应用

的新型治疗方法。

#### 参考文献

- [1] 陆小芳.穴位敷贴联合药棒穴位按摩在缺血性中风偏瘫患者运动功能中的护理效果[J].中华养生保健,2023,41(19):32-35.
- [2] 李增宁,翟一静.营养支持治疗在脑卒中防治的研究进展[J].中华预防医学杂志,2022,56(2):146-150.
- [3] 丁新菊,李辉,翟建丽,等.四七汤联合电针百会、神庭治疗脑卒中后抑郁的研究[J].中医研究,2023,36(11):52-55.
- [4] YANG Y, ZHANG M, ZHAO J, et al. Effect of traditional Chinese medicine emotional therapy on post-stroke depression: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore),2021,100(14):25386.
- [5] 湛清扬,孔繁一,吕亚男,等.综述脑卒中后抑郁发病机制的研究进展[J].中风与神经疾病杂志,2022,39(4):369-371.
- [6] 刘淑英.卒中单元模式下醒神启闭针刺治疗卒中后抑郁疗效观察及对血清Th型细胞因子的影响[J].上海针灸杂志,2022,41(1):35-42.
- [7] 牛一飞,宋翎玮,张萍,等.《针灸大成》中百会穴定位探析[J].针灸临床杂志,2022,38(9):82-86.
- [8] SUBRAMANIAM M, ABDIN E, KONG A M C, et al. Differences in the prevalence and profile of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders—results from the Singapore Mental Health Study 2016[J]. Int J Environ Res Public Health,2022,20(1):285.
- [9] 郁病的诊断依据、证候分类、疗效评定:中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T 001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(11):209.
- [10] 刘景月.杵针百会八阵穴为主治疗偏头痛的临床疗效及对脑血流速度的影响[J].医学信息,2015,28(44):119-120.
- [11] 苑杰,郭子琦,牛晓琳,等.脑卒中后抑郁与血浆致动脉硬化指数及残余胆固醇的关系[J].心脑血管病防治,2022,22(6):5-8.
- [12] 邵俊,龚红兰,朱颖.信息系统结构化护理对缺血性脑卒中患者的应用效果及生活质量的影响[J].中华养生保健,2024,42(15):98-101.
- [13] 田明,郑丹.醒神开郁针法对脑卒中后抑郁患者临床疗效、SAS及HAMD量表评分、5-HT水平影响研究[J].中风与神经疾病杂志,2021,38(6):518-521.
- [14] FAN L, XU X M, LIU B Y, et al. A meta-analysis comparing the efficacy and safety of different modes of administration of cream in the treatment of otomycosis[J]. J Laryngol Otol,2024,138(11):1073-1080.
- [15] SUN J, JIANG J, WANG Y, et al. The efficacy of reminiscence therapy in cancer-related symptom management: A systematic review and Meta-analysis[J]. Integr Cancer Ther,2023,22:15347354221147499.
- [16] 刘春敏,屈尧尧,常士峰.化痰活络饮配(下转第116页)

- risk of ischaemic and haemorrhagic stroke in 0.5 million Chinese men and women: A prospective cohort study[J]. Lancet Glob Health, 2018, 6(6): e630-e640.
- [6] GARVEY W T, MECHANICK J I, BRETT E M, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity[J]. Endocr Pract, 2016, 22(Suppl 3): 1-203.
- [7] 林潼, 刘敏. 中医药治疗单纯性肥胖的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(6): 1036-1040.
- [8] 孔畅, 陈东峰, 赵泉霖. 基于中医传承辅助平台分析治疗单纯性肥胖方剂的组方规律[J]. 中医导报, 2017, 23(19): 61-62, 71.
- [9] 中国营养学会肥胖防控分会, 中国营养学会临床营养分会, 中华预防医学会行为健康分会, 等. 中国居民肥胖防治专家共识[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2022, 43(4): 619-631.
- [10] 刘珍秀, 金昕, 张晓天, 等. 单纯性肥胖症患者证候要素分布特征初探[J]. 河北中医, 2021, 43(3): 385-389.
- [11] 张子浩. 中青年超重/肥胖患者生活方式与中医证型研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2023.
- [12] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 36-5.
- [13] 陈家旭. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 32-4.
- [14] 中华中医药学会《中医体重管理临床指南》专家组, 广东省针灸学会肥胖专病联盟. 肥胖症中医诊疗方案专家共识[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(8): 786-794.
- [15] ROSAS L G, AZAR K M J, LV N, et al. Effect of an intervention for obesity and depression on patient-centered outcomes: An RCT[J]. Am J Prev Med, 2020, 58(4): 496-505.
- [16] GULLEY L D, SHOMAKER L B, KELLY N R, et al. Indirect effects of a cognitive-behavioral intervention on adolescent weight and insulin resistance through decreasing depression in a randomized controlled trial[J]. J Pediatr Psychol, 2019, 44(10): 1163-1173.
- [17] 陈信颖, 高玉芳, 高昂, 等. 中医药治疗单纯性肥胖研究文献可视化分析[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024, 48(4): 165-170.
- [18] GONZÁLEZ-MUNIESA P, MÁRTINEZ-GONZÁLEZ M A, HU F B, et al. Obesity[J]. Nat Rev Dis Primers, 2017, 3: 17034.
- [19] 潘爱珍, 朱敏, 易伟民, 等. 苍附导痰汤对肥胖型PCOS大鼠内分泌激素及miRNA-16和PDCD-4表达的影响[J]. 中医导报, 2024, 30(4): 9-12, 43.
- [20] 陈浩, 易玉柳, 钟凌云, 等. 固本化湿降脂汤调节脾虚湿阻型单纯性肥胖大鼠代谢异常的相关性研究[J]. 中药新药与临床药理, 2022, 33(2): 194-200.
- [21] 朱露露, 兰蕾. 关于肥胖的中医药代谢组学研究进展[J]. 中医临床研究, 2023, 15(15): 133-137.
- [22] 郭馨月, 巩少青, 侯晓辉, 等. 中国医疗卫生人员超重/肥胖危险因素研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(3): 320-329.
- (收稿日期: 2024-09-28 编辑: 刘国华)

- (上接第106页)合针刺治疗脑卒中抑郁症疗效及对其血清RBP4和SP表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(4): 171-174.
- [17] 肖艾妮, 王翔宇, 刘聪杰, 等. 炎症标志物与卒中后抑郁的研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(2): 195-198.
- [18] 周铭晗, 杨皓博, 范文涛. 基于中西医病证结合特点的中风后抑郁动物模型评价分析[J]. 中药药理与临床, 2024, 40(2): 114-118.
- [19] 陈本梅, 蒋理想, 仇慕磊, 等. 重复经颅磁刺激联合镜像疗法对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能及神经电生理的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2023, 29(10): 1201-1207.
- [20] 李开琪, 康静, 黄婳. 杵针联合耳穴埋豆治疗中风后失眠疗效的观察[J]. 益寿宝典, 2022(32): 52-54, 154.
- [21] 李泓涛, 李晶, 刘兴星, 等. 杵针治疗颈椎病随机对照试验分析[J]. 西部中医药, 2024, 37(6): 52-56.
- [22] 李婧, 陈晓君, 孟凡婷, 等. 杵针疗法联合情志干预对脑卒中后抑郁患者负面情绪、功能失调性状况及血清ApoH、

- AQP4表达的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(1): 187-190.
- [23] 李泓涛, 王继凯, 李晶, 等. 杵针治疗颈椎病临床研究概述[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(12): 85-89.
- [24] 秦涛, 沈音丽, 晋松, 等. 杵针结合冰袋贴敷法治疗中风后上肢屈肌痉挛临床研究[J]. 四川中医, 2020, 38(12): 195-198.
- [25] WANG Y, WANG L, NI X, et al. Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation with different application parameters for post-stroke cognitive impairment: A systematic review[J]. Front Neurosci, 2024, 18: 1309736.
- [26] 吴丹, 杜燕, 王永利. 耳针联合疏肝活血汤剂对中风后抑郁患者神经功能和睡眠生活质量的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(7): 160-164.
- [27] 卓沛元, 柳维林, 吴洁, 等. 电针百会穴对APP/PS1双转基因痴呆模型小鼠18F-FDGPET/CT成像及学习记忆的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31(10): 1050-1054.
- (收稿日期: 2024-12-16 编辑: 罗英姣)