·针灸经络·

麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型抑郁症的临床研究

陈哲子,伍秋月,刘玉莲
(佛山市中医院,广东 佛山 528000)

摘要 目的:研究麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型抑郁症的临床疗效。方法:选择 2022 年 6 月—2023 年 6 月于佛山市中医院治疗的 83 例抑郁症患者,采用随机数字表法分为两组,对照组(脱落 2 例,最终纳入 40 例)给予西医治疗,研究组(脱落 1 例,最终纳入 40 例)在对照组治疗基础上给予麦粒灸四花穴联合揿针治疗,治疗 4 周后比较两组临床疗效,治疗前后评价患者贝克抑郁量表(BDI - II)、9 项患者健康问卷抑郁量表(PHQ - 9)、简易应对方式量表(SCSQ),检测患者微觉醒指数、睡眠总时间、睡眠效率,检测巨噬细胞移动抑制因子(MIF)、γ - 氨基丁酸(GABA)、5 - 羟色胺(5 - HT)、肿瘤坏死因子 - α(TNF - α)、CC 趋化因子配体 2(CCL2)、高香草酸(HVA)、3G 甲基 G4 羟苯乙二醇(MHPG)水平。结果:研究组总有效率为 97.50%(39/40),对照组总有效率为 80.00%(32/40),研究组患者总有效率高于对照组($P<0.05$);研究组 BDI - II、PHQ - 9 评分较对照组低($P<0.01$),研究组 SCSQ 评分较对照组高($P<0.01$);研究组微觉醒指数较对照组少($P<0.01$),研究组睡眠效率较对照组高($P<0.01$),研究组睡眠总时间较对照组长($P<0.01$);麦粒灸联合揿针组 MIF、TNF - α、CCL2 含量较对照组明显降低($P<0.01$);研究组 GABA、5 - HT、HVA、MHPG 水平较对照组高($P<0.01$)。结论:麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型抑郁症患者,可减少炎症损伤,改善神经递质水平,缓解抑郁症状,改善睡眠质量及问题应对方式,提升临床疗效。

关键词 麦粒灸四花穴;揿针;肝气郁结型抑郁症;炎症损伤;神经递质;睡眠质量
中图分类号:R246.1 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 - 2392(2025)04 - 0043 - 06
DOI:10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250072

抑郁症属于慢性精神疾病,患者存在睡眠障碍、持续性心境低落、社交恐惧、食欲紊乱等症状[1-2]。据统计,全世界有 3 亿以上抑郁症患者,每年有约 80 万人因抑郁症自杀身亡[3]。抗抑郁药物治疗需长期服药,且治疗效果欠佳。中医认为抑郁症属“郁证”范畴,与患者过度思虑、肝气郁结、心神失守相关[4]。麦粒灸四花穴可理气疏肝、利胆解郁、化瘀。揿针是中医特色疗法,可发挥疏肝解郁、行气通络、宁心安神之功。二者联合治疗可增加疏肝理气、通络之功,改善郁病患者肝气郁结状态,调节病情。故本次旨在研究麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型抑郁症的临床疗效,具体如下。

收稿日期:2024 - 06 - 20 **修回日期**:2024 - 12 - 07
基金项目:广东省卫生健康委科研基金(GDYYB21058)
作者简介:陈哲子(1975 -),女,主任医师,从事针灸学的临床研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 6 月—2023 年 6 月于佛山市中医院治疗的 83 例抑郁症患者,采用随机数字表法分组,42 例为对照组(脱落 2 例,最终纳入 40 例),13 例男,27 例女,年龄 21 ~ 60 岁,平均年龄(37.85 ± 3.76)岁,病程 2 ~ 6 个月,平均病程(4.07 ± 0.49)个月;23 例轻度抑郁,17 例中度抑郁;41 例为研究组(脱落 1 例,最终纳入 40 例),12 例男,28 例女,年龄 22 ~ 58 岁,平均年龄(37.46 ± 3.52)岁,病程 1 ~ 6 个月,平均病程(4.21 ± 0.54)个月,22 例轻度抑郁,18 例中度抑郁;两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经佛山市中医院医学伦理委员会批准(LKF - 02680 - 09)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

西医诊断符合抑郁症[5]诊断标准。以心境低落为主,并至少有下列 4 项,①无愉快感、兴趣丧失;②疲乏感或精力减退;③精神激越或运动性迟滞;④有内疚感或自我评价过低、自责;⑤自觉思考能力下降或联想困难;⑥有自杀行为或反复出现想死的念头;⑦性欲减退;⑧体质量明显减轻或食欲降低;⑨睡眠障碍。

1.2.2 中医辨证标准

中医辨证分型为肝气郁结证[5],主症:胁肋胀满,胸闷,心情抑郁,喜太息。次症:症状随情绪波动,脘闷,嗳气,女性经前乳胀,纳差。舌脉:舌苔薄,脉弦。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄 20 ~ 60 岁;③属于轻度、中度抑郁;④患者及家属签署同意书;⑤依从性良好。

1.4 排除标准

①合并凝血障碍、传染病、恶性肿瘤者;②近 3 个月服用抗抑郁药物者;③妊娠期或哺乳期妇女;④药物、酒精滥用者;⑤合并心、肾等不全者;⑥有自杀倾向者;⑦对本次治疗禁忌者。

1.5 剔除、脱落标准

①不愿继续参与研究自愿退出者;②失访者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予西药治疗,口服氟哌噻吨美利曲辛片(海思科制药有限公司,H20153014,10 mg),1 次/d,每次 1 片,晨起服用。连续治疗 4 周。

1.6.2 研究组

在对照组治疗基础上给予麦粒灸四花穴联合揿针治疗,麦粒灸四花穴:患者取俯卧位,选择四花穴(双侧膈俞、胆俞),穴位处涂抹万花油,放上麦粒艾炷,点燃尖端,若患者感觉灼痛则用镊子去除未燃灭的底端,继续施灸,每穴灸 7 壮。每天治疗 1 次,间隔1 d后进行下一次治疗。揿针:于麦粒灸治疗后进行揿针治疗,选穴:双侧肝俞、内关、神门、心俞、胆俞。取侧卧位,常规消毒,选用1.2 mm × 1.5 mm 揿针(四川唯高科技有限责任公司),无菌揿针取出,将针直接埋在已消毒的穴位上,把胶布按压粘附牢固,留针 24 h 后取针,间隔 1 d 后进行下一次治疗。连续治疗 4 周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 疗效标准

参照文献[6]制定疗效标准。治愈:情绪正常,症状消失;好转:情绪稳定,症状减轻;未愈:情绪、临床症状无改善。总有效率(%) =(治愈例数 + 好转例数)/总例数 × 100%。

1.7.2 贝克抑郁量表(BDI - II)、9 项患者健康问卷抑郁量表(PHQ - 9)评分

BDI - II[7]:该量表共 21 题,评价患者自我厌恶、批评、自杀意念、丧失兴趣、犹豫不决等情况,总分 63 分,分数越高,临床症状越严重;PHQ - 9[8]:该量表共 9 题,评价患者心情低落、睡眠异常、精神状态等情况,总分 27 分,分数越高,患者临床症状越严重。

1.7.3 简易应对方式量表(SCSQ)评价

该量表包含 20 题[9],评价患者积极、消积处理问题的情况,总分 60 分,评分越高,患者应对方式越好。

1.7.4 睡眠质量

治疗前后通过多导睡眠监测仪检测患者微觉醒指数、睡眠总时间、睡眠效率。

1.7.5 血清中相关指标

治疗前后取患者静脉血 5 mL,采用酶联免疫吸附试验检测巨噬细胞移动抑制因子(MIF)、γ - 氨基丁酸(GABA)、5 - 羟色胺(5 - HT)、肿瘤坏死因子 - α(TNF - α)、CC 趋化因子配体 2(CCL2)水平;采用高效液相色谱仪检测患者高香草酸(HVA)、3G 甲基 G4 羟苯乙二醇(MHPG)水平。

1.8 统计学方法

通过 SPSS23.0 软件分析本研究所有数据,秩和检验检测临床疗效,血液指标、BDI - II、PHQ - 9、SCSQ 评分以“$\bar{x} \pm s$”形式表示,组内值通过配对 t 检验分析,组间值采用成组 t 检验分析,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

本研究共纳入 83 例抑郁症患者,对照组 42 例,1 例不愿继续参与研究自愿退出,1 例依从性差脱落,最终纳入 40 例;研究组 41 例,1 例失访脱落,最终纳入 40 例。

研究组总有效率为 97.50%,对照组总有效率为 80.00%,研究组患者总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组抑郁症患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率/%
对照组	40	15	17	8	80.00
研究组	40	26	13	1	97.50
Z 值					2.299
P 值					0.010

2.2 治疗前后两组 BDI - II、PHQ - 9、SCSQ 评分比较

治疗前,两组 BDI - II、PHQ - 9、SCSQ 评分比较无明显差异($P > 0.05$);治疗后,两组 BDI - II、PHQ - 9

评分较治疗前降低（$P<0.05$），研究组 BDI－II、PHQ－9 评分较对照组低（$P<0.01$）；两组 SCSQ 评分较治疗前提升（$P<0.05$），研究组 SCSQ 评分较对照组高（$P<0.01$），见表 2。

表 2 治疗前后两组抑郁症患者 BDI－II、PHQ－9、SCSQ 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	BDI－II		PHQ－9		SCSQ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	39.65±7.87	31.23±6.35[a]	18.49±4.82	13.23±3.39[a]	30.69±5.95	37.20±8.37[a]
研究组	40	40.31±7.65	25.68±5.19[a]	18.68±4.56	9.67±2.21[a]	30.02±5.16	45.63±10.18[a]
t 值		0.380	4.280	0.181	5.564	0.538	4.045
P 值		0.705	0.000	0.857	0.000	0.592	0.000

注：与本组治疗前相比，[a]$P<0.05$。

2.3 治疗前后两组微觉醒指数、睡眠总时间、睡眠效率比较

治疗前，两组微觉醒指数、睡眠总时间、睡眠效率比较无明显差异（$P>0.05$）；治疗后，两组微觉醒指数较治疗前减少（$P<0.05$），研究组微觉醒指数较对照组少（$P<0.01$），两组睡眠效率较治疗前提升，睡眠总时间较治疗前延长（$P<0.05$），研究组睡眠效率较对照组高（$P<0.01$），睡眠总时间较对照组长（$P<0.01$），见表 3。

表 3 治疗前后两组抑郁症患者微觉醒指数、睡眠总时间、睡眠效率比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	微觉醒指数		睡眠总时间/min		睡眠效率/%	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	14.21±3.24	11.06±2.33[a]	298.57±15.89	347.05±22.45[a]	63.26±4.07	70.15±5.41[a]
研究组	40	14.37±3.16	8.79±1.89[a]	296.41±20.59	373.47±25.27[a]	63.51±4.65	78.34±7.08[a]
t 值		0.224	4.785	0.525	4.943	0.256	5.813
P 值		0.824	0.000	0.601	0.000	0.799	0.000

注：与本组治疗前相比，[a]$P<0.05$。

2.4 治疗前后两组 MIF、TNF－α、CCL2 水平比较

治疗前，两组 MIF、TNF－α、CCL2 含量比较无明显差异（$P>0.05$）；治疗后，两组 MIF、TNF－α、CCL2 含量较治疗前降低（$P<0.05$），研究组 MIF、TNF－α、CCL2 含量较对照组明显降低（$P<0.01$），见表 4。

表 4 治疗前后两组抑郁症患者 MIF、TNF－α、CCL2 含量比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	MIF/（pg/mL）		TNF－α/（μg/L）		CCL2/（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	86.57±17.19	70.45±14.05[a]	6.57±1.25	3.85±1.15[a]	675.23±31.24	569.68±27.33[a]
研究组	40	85.43±16.85	58.11±10.92[a]	6.39±1.13	2.71±0.61[a]	673.14±30.32	543.07±24.78[a]
t 值		0.300	4.386	0.676	5.539	0.304	4.562
P 值		0.765	0.000	0.501	0.000	0.762	0.000

注：与本组治疗前相比，[a]$P<0.05$。

2.5 治疗前后两组 GABA、5－HT、HVA、MHPG 水平比较

治疗前，两组 GABA、5－HT、HVA、MHPG 水平比较无明显差异（$P>0.05$）；治疗后，两组 GABA、5－HT、HVA、MHPG 水平较治疗前升高（$P<0.05$），研究组 GABA、5－HT、HVA、MHPG 水平较对照组高（$P<0.01$），见表 5。

表 5 两组抑郁症患者 GABA、5－HT、HVA、MHPG 水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	GABA/（mmol/mL）		5－HT/（ng/L）		HVA/（mg/L）		MHPG/（ng/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	3.19±0.83	4.15±1.07[a]	241.03±10.65	264.31±13.13[a]	46.75±7.11	62.83±8.20[a]	119.73±14.73	275.41±17.23[a]
研究组	40	3.08±0.76	5.06±1.24[a]	240.48±10.01	280.66±16.54[a]	46.19±7.65	71.65±10.16[a]	120.45±14.20	297.86±20.14[a]
t 值		0.618	3.514	0.238	4.900	0.339	4.272	0.223	5.357
P 值		0.538	0.000	0.813	0.000	0.735	0.000	0.824	0.000

注：与本组治疗前相比，[a]$P<0.05$。

3 讨论

抑郁症属于精神障碍,其患病因素涉及遗传、社会环境、心理、生物化学等,发病机制有单胺类神经递质假说、炎症与细胞因子假说、神经可塑性假说等[10-11]。单胺类神经递质主要在肾上腺、大脑分泌,包括去甲肾上腺素、5-羟色胺、多巴胺等,在情绪调节方面起核心作用,其水平异常是抑郁症产生的重要因素[12-13]。当机体伴随炎症状态,抗炎性细胞因子降低,促炎性细胞因子分泌增加,可过度激活免疫系统,产生免疫系统功能、神经内分泌紊乱,最终引发抑郁症;抑郁症常伴有外周细胞免疫功能受损、免疫系统失常等,且体内促炎性细胞因子白细胞介素-1、肿瘤坏死因子等显著升高,通过影响单胺类神经递质、下丘脑-垂体-肾上腺等引发抑郁症[14-15]。下丘脑-垂体-肾上腺轴可维持内环境稳态,是人体神经内分泌免疫网络的调节枢纽,当人体受到工作竞争、亲人离世、升学压力等外界压力时,下丘脑-垂体-肾上腺轴就会被激活,促进糖皮质激素分泌,过量糖皮质激素可发出负反馈指令,抑制下丘脑-垂体-肾上腺轴活性,维持激素稳态,若机体长期受到应激,糖皮质激素过量表达,可致使糖皮质激素受体脱敏,下丘脑-垂体-肾上腺轴进一步受到刺激,糖皮质激素与其受体产生负反馈调节,下丘脑-垂体-肾上腺轴功能持续亢进,最终引发抑郁症[16-17];另外,乙酰胆碱、5-激色胺等神经递质减少,下丘脑-垂体-肾上腺轴功能下降,可导致抑郁症状出现[18]。

中医中抑郁症属“郁证”范畴,多由患者过度劳累、思虑,致使肝气郁结,气血逆乱,气郁化火,上扰心神,心神失守,神失所藏,进而发病[19]。麦粒灸是用麦粒大小的艾炷进行直接施灸的方式,四花穴为胆俞及膈俞,胆俞主气属阳,可理气疏肝、利胆解郁;膈俞主气属阴,可理气宽胸、化瘀解郁。揿针是中医特色疗法,其将传统针刺与穴位埋针结合,给予穴位处皮下微弱持久刺激治疗疾病,符合“静以久留”刺法。揿针所选肝俞属足太阳膀胱经,可疏肝理气、降火,内关属于手厥阴心包经,可宁心安神、理气,神门属手少阴心经,可益心气、宁心神、清火,心俞属足太阳膀胱经,可行气通络、安神,胆俞属太阳膀胱经,可疏肝理气、清热。联合治疗可发挥疏肝解郁、行气通络、宁心安神之功。本次研究结果表明,研究组总有效率为 97.50%,对照组总有效率为 80.00%,研究组患者总有效率高于对照组,研究组 BDI-II、PHQ-9 评分较对照组低,研究组 SCSQ 评分较对照组高,说明麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型郁证患者,可缓解抑郁症状,改善问题应对方式,提升临床疗效。

抑郁症患者由于神经递质通道、昼夜节律、炎症反应等因素常伴随睡眠异常[20]。研究组微觉醒指数较对照组少,睡眠效率较对照组高,睡眠总时间较对照组长,说明麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型郁证患者,可改善睡眠质量。抑郁症的主要病理表现为炎症反应,高水平炎症因子可影响单胺类神经递质代谢,产生神经意识活动异常。MIF 是一种炎性细胞因子,有多效炎症介质功能[21];TNF-α 均为炎症相关细胞因子,可加重抑郁病情;CC12 属于促炎性趋化因子,炎症状态下可特异性趋化单核细胞黏附聚集,放大炎症反应;其也可抑制脊髓神经元中氨基丁酸能神经递质传递,皮层兴奋/抑制失衡异常,导致抑郁样行为。其次,CCL2 可诱导兴奋性毒性,促使谷氨酸分泌,产生神经炎症反应,单胺类递质减少,产生抑郁症[22]。粒灸联合揿针组 MIF、TNF-α、CCL2 含量较对照组低,说明麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型郁证患者,可减少炎症损伤。

抑郁症患者伴随中枢神经递质释放改变,机体长期应激会降低 5-HT、多巴胺等单胺类神经递质水平,神经元神经冲动传导受到限制,影响大脑神经元活性,降低大脑兴奋性。去甲肾上腺素可参与人体情感活动,MHPG 是去甲肾上腺素代谢产物,反映去甲肾上腺素表达情况,去甲肾上腺素表达不足可加重抑郁症状。多巴胺有多种生理功能,能传递开心、高兴、兴奋等情绪,HVA 反映多巴胺能神经元代谢情况,是多巴胺最终代谢产物,可直接影响情绪[23]。GABA 是由谷氨酸脱羧产生的抑制类神经递质,可通过调控肽类、氨基酸类、胺类等神经递质,影响神经突触传递,中枢神经元活性降低,产生抗抑郁作用。5-HT 是典型单胺类神经递质,参与脑内多种生理功能、病理状态调节,包含睡眠、情感状态等[24]。研究组 GABA、5-HT、HVA、MHPG 水平较对照组高,说明麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结型郁证患者,可改善神经递质水平。研究表示,麦粒灸可调节神经递质水平,恢复睡眠-觉醒规律,改善睡眠质量,常用于精神、神经疾病治疗[25]。揿针可维持免疫调节平衡状态,加快病灶处微循环,调控胆碱能抗炎通路,促进抗炎活性物质释放,抑制炎性反应,降低体内细胞炎症因子水平;其也可激活神经-内分泌-免疫网络,调控神经递质水平,改善患者心理状态[26]。

综上所述,麦粒灸四花穴联合揿针治疗肝气郁结

型郁证患者,可减少炎症损伤,改善神经递质水平,缓解抑郁症状,改善睡眠质量及问题应对方式,提升临床疗效。

参考文献:

[1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 抑郁症基层诊疗指南(实践版·2021)[J]. 中华全科医师杂志,2021,20(12):1261-1268.

[2] BESTEN M E, VAN VUGT M, RIESE H, et al. Understanding mechanisms of depression prevention: study protocol of a randomized cross-over trial to investigate mechanisms of mindfulness and positive fantasizing as intervention techniques for reducing perseverative cognition in remitted depressed individuals[J]. BMC Psychiatry, 2024, 24(1): 141.

[3] 中华护理学会精神卫生专业委员会. 精神科住院抑郁症患者自杀预防及护理干预措施专家共识[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(18): 2181-2185.

[4] 谭庆晶,龙丽灯,陈卓,等. 解郁宁神汤联合草酸艾司西酞普兰对抑郁性神经症肝气郁结证患者血清 DA、5-HT、NE 及 TNF-α 的影响[J]. 中医药导报,2023,29(1):81-85.

[5] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(2):141-148.

[6] 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/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(11):209.

[7] BECK A T, WARD C H, MENDELSON M, et al. An inventory for measuring depression[J]. Arch Gen Psychiatry, 1961, 4: 561-571.

[8] 闵宝权,周爱红,梁丰,等. 病人健康问卷抑郁自评量表(PHQ-9)的临床应用[J]. 神经疾病与精神卫生,2013,13(6):569-572.

[9] 汪向东,王希林,马弘,等. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:31-34,115-120,378-381.

[10] BLUMBERGER D M, MULSANT B H, THORPE K E, et al. Effectiveness of standard sequential bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation vs bilateral Theta burst stimulation in older adults with depression: the FOUR-D randomized noninferiority clinical trial[J]. JAMA Psychiatry, 2022, 79(11): 1065-1073.

[11] 尹一淑,刘军莲,王佳平,等. 抑郁症相关发病机制研究进展[J]. 医学综述,2022,28(12):2368-2372.

[12] WANG J L, ECCLES H, NANNARONE M, et al. Does providing personalized depression risk information lead to increased psychological distress and functional impairment? Results from a mixed-methods randomized controlled trial[J]. Psychol Med, 2022, 52(11): 2071-2079.

[13] 姚娇,杨岩涛,艾启迪,等. 神经递质功能与抑郁症发病的研究进展[J]. 中国药理学通报,2023,39(7):1217-1221.

[14] ORSINI L S, O'CONNOR S J, MOHWINCKEL M T, et al. Observational study to characterize treatment-resistant depression in Germany, France and the United Kingdom: analysis of real-world data collected through a survey of healthcare professionals[J]. Curr Med Res Opin, 2022, 38(12): 2219-2226.

[15] 杨永涛,崔利军. 抑郁症与炎性因子及辅助抗炎治疗的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生,2021,21(2):108-113.

[16] OBERLIN L E, VICTORIA L W, ILIEVA I, et al. Comparison of functional and structural neural network features in older adults with depression with vs without apathy and association with response to escitalopram: secondary analysis of a nonrandomized clinical trial[J]. JAMA Netw Open, 2022, 5(7): e2224142.

[17] 邱小英,瞿铭,张琳娜,等. 下丘脑-垂体-肾上腺轴相关基因多态性与环境因素对抑郁症患者自杀未遂行为的交互作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2021,30(8):694-700.

[18] PRICE G D, HEINZ M V, SONG S H, et al. Using digital phenotyping to capture depression symptom variability: detecting naturalistic variability in depression symptoms across one year using passively collected wearable movement and sleep data[J]. Transl Psychiatry, 2023, 13(1): 381.

[19] 孙丽莎,刘祥芹. 自拟中药汤剂联合舍曲林治疗肝气郁结型抑郁症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2023,8(32):114-117.

[20] 傅希雅,郭琪. 抑郁症性睡眠障碍的机制及治疗[J]. 上海医药,2024,45(1):55-59.

[21] 柯婷婷,宋秀娟,张亮堂,等. 艾司西酞普兰、重复经颅磁刺激联合认知行为疗法对老年抑郁症患者认知行为及炎症因子的影响[J]. 中国现代医生,2023,61(1):56-59.

[22] 韩克艳,李宁,乔君,等. 血清 CC 趋化因子配体和炎症因子对抑郁症患者自杀意念的影响[J]. 中国医药,2022,17(4):594-598.

[23] 孙刚,张静. 艾司西酞普兰联合米氮平对老年抑郁症患者认知功能及血清 NSE、MHPG 水平的影响[J]. 检验医学与临床,2024,21(1):91-94.

[24] 马丽景,杨赞琦,张佳,等. 度洛西汀联合重复经颅磁刺激对重度抑郁症患者神经递质及认知功能的影响[J]. 中国康复,2023,38(5):296-299.

[25] 郭锰,李惠. 麦粒灸临床研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(3):155-156.

[26] 唐家威,谢芳. 揿针疗法的临床应用研究进展[J]. 中医研究,2023,36(1):92-96.

Clinical Study on Wheat-grain size cone moxibustion at Sihua Acupoints Combined with Thumbtack Needle for the Treatment of Depression with Liver Qi Stagnation Pattern

CHEN Zhezi, WU Qiuyue, LIU Yulian

(*Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Foshan* 528000, *China*)

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of Wheat-Grain Size Cone Moxibustion at Sihua acupoints combined with thumbtack needling in treating depression with liver qi stagnation pattern. Methods: A total of 83 patients

with depression treated at Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2022 to June 2023 were selected and randomly divided into two groups using a random number table. The control group (42 cases, 2 dropped out, 40 finally included) received conventional Western medicine treatment, while the study group (41 cases, 1 dropped out, 40 finally included) received the same plus wheat - grain size cone moxibustion at Sihua acupoints combined with thumbtack needling based on the control group's treatment. Clinical efficacy was compared after 4 weeks of treatment. Before and after treatment, patients were assessed using the Beck Depression Inventory - II (BDI - II), 9 - item Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ - 9), and Simplified Coping Style Questionnaire (SCSQ). Microarousal index, total sleep time, and sleep efficiency were measured. Levels of macrophage migration inhibitory factor (MIF), γ - aminobutyric acid (GABA), 5 - hydroxytryptamine (5 - HT), tumor necrosis factor - α (TNF - α), CC chemokine ligand 2 (CCL2), homovanillic acid (HVA), and 3 - methoxy - 4 - hydroxyphenylglycol (MHPG) were detected. Results: The total effective rate was 97.50% (39/40) in the study group and 80.00% (32/40) in the control group. The study group showed a higher total effective rate than the control group ($P < 0.05$). BDI - II and PHQ - 9 scores in the study group were lower than those in the control group ($P < 0.01$), while the SCSQ score was higher ($P < 0.01$). The study group had fewer microarousals ($P < 0.01$), higher sleep efficiency ($P < 0.01$), and longer total sleep time ($P < 0.01$) compared to the control group. The combined moxibustion and thumbtack needling group showed significantly lower levels of MIF, TNF - α, and CCL2 than the control group ($P < 0.01$). Levels of GABA, 5 - HT, HVA, and MHPG in the study group were higher than those in the control group ($P < 0.01$). Conclusion: Wheat - grain size cone moxibustion at Sihua acupoints combined with thumbtack needling can reduce inflammatory damage, improve neurotransmitter levels, alleviate depressive symptoms, enhance sleep quality and coping strategies, and increase clinical efficacy in patients with depression of liver qi stagnation pattern.

Key words Wheat - grain size cone moxibustion at Sihua acupoints; Thumbtack needling; Depression with liver qi stagnation pattern; Inflammatory damage; Neurotransmitter; Sleep quality