

针刺十三鬼穴联合头部刮痧治疗卒中后抑郁的临床疗效研究

张林坤, 原慧慧, 陈庆华*, 赵岱, 王艳艳

枣庄市中医医院康复医学科, 山东 枣庄

收稿日期: 2026年3月11日; 录用日期: 2026年3月31日; 发布日期: 2026年4月13日

摘要

目的: 观察针刺十三鬼穴联合头部刮痧治疗卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)的临床疗效。方法: 选取PSD患者62例, 将其随机分为观察组(31例)与对照组(31例)。观察组采用针刺十三鬼穴联合头部刮痧治疗, 对照组采用常规针刺法治疗。两组均每日治疗1次, 连续治疗6 d, 休息1 d后再进行下一疗程治疗, 共治疗4个疗程。比较治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、患者健康问卷(PHQ-9)和美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分的变化, 采用Pearson相关性分析检验神经功能恢复和抑郁状态恢复的相关性。结果: 治疗后, 观察组总有效率94%, 优于对照组的74% ($P < 0.05$); 两组治疗后HAMD评分、PHQ-9评分和NIHSS评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且观察组明显优于对照组($P < 0.01$)。进行pearson相关分析结果表明两组患者神经功能恢复状况及抑郁状态恢复存在较强的正相关, 观察组: ($r = 0.529, P < 0.01$); 对照组: ($r = 0.682, P < 0.01$)。结论: 针刺十三鬼穴联合头部刮痧治疗卒中后抑郁疗效显著, 能够有效改善患者的抑郁症状及神经功能缺损程度, 且患者神经功能的恢复与抑郁状态的改善均具有一致性, 具有较高的临床应用价值。

关键词

十三鬼穴, 头部刮痧, 卒中后抑郁, 汉密尔顿抑郁量表

Clinical Efficacy Study of Acupuncture at Thirteen Ghost Points Combined with Head Scraping Therapy on Post-Stroke Depression

Linkun Zhang, Huihui Yuan, Qinghua Chen*, Dai Zhao, Yanyan Wang

Department of Rehabilitation Medicine, Zaozhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zaozhuang Shandong

*通讯作者。

文章引用: 张林坤, 原慧慧, 陈庆华, 赵岱, 王艳艳. 针刺十三鬼穴联合头部刮痧治疗卒中后抑郁的临床疗效研究[J]. 中医学, 2026, 15(4): 369-376. DOI: 10.12677/tcm.2026.154219

Abstract

Objective: To evaluate the clinical efficacy of acupuncture at the Thirteen Ghost Points combined with head scraping therapy in the treatment of post-stroke depression (PSD). **Methods:** Sixty-two PSD patients were randomly assigned to an observation group (n = 31) and a control group (n = 31). The observation group received acupuncture at the Thirteen Ghost Points combined with head scraping therapy, while the control group underwent conventional acupuncture. Both groups received daily treatment for 6 consecutive days, followed by a 1-day rest period before commencing the next treatment cycle, totaling 4 treatment cycles. Changes in Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores were compared before and after treatment. Pearson correlation analysis was used to assess the relationship between neurological function recovery and depressive state recovery. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was 94%, significantly higher than the 74% in the control group ($P < 0.05$). The HAMD, PHQ-9, and NIHSS scores in both groups were significantly lower after treatment compared to before treatment ($P < 0.01$), with the observation group showing significantly better outcomes than the control group ($P < 0.01$). Pearson correlation analysis revealed a strong positive correlation between neurological recovery and depressive recovery in both groups: observation group ($r = 0.529, P < 0.01$); control group ($r = 0.682, P < 0.01$). **Conclusion:** Acupuncture at Thirteen Ghost Points combined with head scraping therapy has a significant therapeutic effect on post-stroke depression. It effectively alleviates depressive symptoms and reduces neurological deficits in patients. Moreover, the recovery of neurological function and the improvement of depressive symptoms were consistent, highlighting its high clinical application value.

Keywords

Thirteen Ghost Points, Head Scraping Therapy, Post-Stroke Depression, Hamilton Depression Rating Scale

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)是卒中后以情绪低落、兴趣减退为主要特征的情感障碍,常伴有多种躯体症状,根据 DSM-V 诊断标准,它属于“由其他躯体疾病所致的抑郁障碍”[1][2]。流行病学调查显示,我国脑卒中患者的 PSD 总患病率为 34.9%,且患病率随病程进展而变化,其中病程 < 1 个月时患病率最低,病程为 1~6 个月和 > 6 个月时患病率较高[3][4]。

目前,临床治疗 PSD 的一线药物主要为 5-羟色胺再摄取抑制剂和 5-羟色胺 - 去甲肾上腺素再摄取抑制剂。其作用机制是通过抑制突触前膜对 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)的再摄取,提高脑内 5-HT 水平,进而促进神经营养因子表达,发挥抗抑郁效应[5]。然而,尽管此类药物具有明确的靶向作用,其单一的作用机制难以全面覆盖 PSD 复杂的致病因素和多样的临床症状,加之药源性不良反应及易复发性,常导致患者服药依从性下降,影响远期疗效。

相较之下,中医治疗强调整体辨证与核心症状兼顾,既能改善抑郁状态,又可促进神经功能恢复,

体现出多靶点、多途径的整合调节优势。针刺疗法作为一种绿色疗法，以其安全有效、不良反应少等优点，被广泛运用于 PSD 的临床治疗。其中，十三鬼穴作为古代治疗神志病的经典效穴，具有调和阴阳、疏通气血、安和脏腑之功；头部刮痧则能直接作用于病所，升阳开窍、调畅脑络。二者联合应用，内外兼顾、标本同调，展现出良好的治疗前景。

基于此，本课题通过观察十三鬼穴联合头部刮痧治疗 PSD 的临床疗效，旨在探索一种安全、有效、依从性高的综合治疗方案，为 PSD 的临床干预提供新的思路与依据。

2. 资料与方法

2.1. 样本量估计

本研究采用随机对照试验设计，观察组予头部刮痧联合十三鬼穴针刺，对照组予常规针刺，以 HAMD 减分率作为疗效评价指标。预实验纳入 20 例 PSD 患者，每组 10 例，治疗 4 个疗程后，观察组 HAMD 评分(11.78 ± 4.85)分，对照组(15.56 ± 5.05)分，故 $\sigma = 4.95$ 、 $\delta = 3.78$ ，设 $\alpha = 0.05$ (双侧)，检验效能 $1 - \beta = 0.80$ 。采用样本量计算公式： $n = 2 [(Z\alpha/2 + Z\beta) \sigma/\delta]^2$ ，代入得出每组的约需 26 例，两组共 52 例。考虑 20% 的脱落率，最终拟纳入 62 例。

2.2. 一般资料

本研究已通过北京中医药大学东方医院枣庄医院伦理委员会审查(批件号：2025-bzyxj-006)。于 2025 年 1 月至 12 月在我院康复医学科招募 PSD 住院患者 62 例，随机分为观察组与对照组各 31 例。入组患者中，男 32 例，女 30 例；年龄 45~75 岁，平均(63.03 ± 7.61)岁。两组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，基线具有可比性。详见表 1。

Table 1. Comparison of general data between the two groups

表 1. 两组一般资料比较

组别	n	年龄	性别	
			男	女
观察组	31	63.58 ± 1.44	18	13
对照组	31	62.48 ± 1.30	14	17

2.3. 诊断标准

2.3.1. 西医诊断标准

脑卒中符合《脑卒中中西医结合防治指南(2023 版)》[6]中诊断；抑郁症符合国家卫生健康委制定的《精神障碍诊疗规范(2020 年版)》中诊断。

2.3.2. 中医诊断标准

脑卒中符合《中风病诊断和疗效评价标准(试行)》[7]中诊断；抑郁症符合《中医内科病证诊断疗效标准》[8]中诊断。

2.4. 纳入及排除标准

2.4.1. 纳入标准

(1) 符合上述诊断标准；(2) HAMD ≥ 8 分且 HAMD < 24 分的轻、中度抑郁患者，无需紧急抗抑郁药物干预者；(3) 年龄 30 岁~75 岁，PSD 发生在卒中后 1 年内，症状持续 2 周以上；(4) 入组前 14 天内未

使用抗抑郁药物，患者及家属自愿参与本研究并签署知情同意书。

2.4.2. 排除标准

(1) 其他疾病所致的精神障碍；(2) 重度及自杀倾向的患者；(3) 心、肝、肾等重要脏器功能严重不全；(4) 恐惧针灸者；(5) 近3个月内参加其他临床研究者。

2.5. 治疗方法

在降压控糖、维持内环境平衡、营养神经等内科常规治疗基础上，两组均辅以常规护理、现代康复及人文关怀，以提升患者的康复信心。

1) 对照组

参考“十四五”规划教材《针灸学》(新世纪第五版)中中风病与郁证取穴，选水沟、内关、三阴交、极泉、尺泽、委中、百会、印堂、神门、太冲、膻中。操作顺序及手法如下：先刺双侧内关，直刺1~1.5寸，施捻转提插泻法；继刺水沟，用雀啄泻法至眼球湿润或流泪为度。三阴交沿胫骨后缘与皮肤呈45度角向后斜刺1~1.5寸，行提插补法，以患侧下肢连续抽动3次为度。极泉、尺泽、委中三穴均直刺1~1.5寸，采用提插泻法，以患侧肢体抽动3次为度。余穴(百会、印堂、神门、太冲、膻中)施平补平泻法。

2) 观察组

采用头部刮痧联合十三鬼穴针刺法：选用的是牛角刮痧板，嘱咐患者取正坐位，以经络循行为依据，刮拭力度以头皮发热微红或有痛、酸、胀、麻等现象为宜，对疼痛部位可进行重点刮拭。先刮拭百会穴及周围的四神聪穴，从上向下刮拭督脉及两侧的膀胱经、胆经、三焦经15~20次，可询问病人感受，以其舒适耐受为度。再施以十三鬼穴，参考孙思邈《千金要方》所载鬼穴，结合临床实际可操作性，选取水沟、少商(双)、隐白(双)、大陵(双)、申脉(双)、风府、颊车(双)、承浆、劳宫(双)、上星、曲池(双)，因会阴、海泉二穴操作不便且患者难以配合，故予舍弃。患者仰卧，穴位消毒后，据穴区特点选用0.18 mm × 25 mm 或 0.30 mm × 40 mm 华佗牌针灸针。按照《千金要方》所述顺序依次进针：单穴直取，双穴则男先左后右、女先右后左，快速透皮。风府穴朝下颌方向刺入15 mm；上星穴平刺15 mm；少商、隐白穴浅刺约3 mm；余穴行常规针刺。诸穴均采用平补平泻法，施以较强刺激，得气后即出针。两组均每日治疗1次，一周6次，1周为1个疗程，共治疗4个疗程。

2.6. 观察指标

2.6.1. 主要结局指标

汉密尔顿抑郁量表(HAMD) [9]评估患者抑郁程度。该量表为经典的他评量表，17项版本总分 <7分为正常，7~17分为轻度抑郁，17~24分为中度抑郁，>24分为重度抑郁。该量表信效度高，能客观反映抑郁严重程度。

2.6.2 次要结局指标

(1) 患者健康问卷抑郁量表(PHQ-9) [10]是抑郁症状自评量表。共9项，每项0~3分，总分27分。5~9分为轻度，10~14分为中度，15~19分为中重度，20~27分为重度抑郁。该量表操作简便，适用于快速筛查与评估。(2) 美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS) [11]量表：评估患者神经功能缺损状况，评分越高，表示神经功能受损程度越严重。该量表简便快捷，可在短时间内重复评估。

2.6.3. 疗效评定标准

依据 HAMD 减分率(尼莫地平法)判定疗效：减分率 $\geq 75\%$ 为痊愈， $\geq 50\%$ 为显效， $\geq 25\%$ 为有效， $< 25\%$ 为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

2.7. 统计学分析

使用 SPSS25.0 进行统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组内治疗前后进行对比采用配对样本 T 检验, 组间比较采用两独立样本 T 检验。不符合正态分布的计量资料和等级资料采用非参数秩和检验。计数资料用“例(%)”表示, 采用 χ^2 检验进行分析。神经功能恢复状况及抑郁状态恢复的相关性分析采用 Pearson 相关性分析检验。将 $P < 0.05$ 作为差异具有统计学意义的标准。

3. 结果

3.1. 临床疗效比较

观察组总有效率 94.00%, 高于对照组的 74.00% ($P < 0.05$)。详见表 2。

Table 2. Comparison of clinical efficacy between the two groups [n (%)]

表 2. 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效	χ^2 值	<i>P</i> 值
观察组	31	5(16.1)	15(48.4)	9(29.0)	2(6.5)	29(94)	12.084	0.007
对照组	31	1(3.2)	6(19.4)	16(51.6)	8(25.8)	23(74)		

3.2. HAMD 评分、PHQ-9 评分和 NIHSS 评分比较

治疗前, 两组患者 HAMD、PHQ-9 及 NIHSS 评分基线可比($P > 0.05$)。治疗后, 两组上述评分均较治疗前显著下降($P < 0.01$), 且观察组评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 详见表 3~4。

Table 3. Comparison of HAMD scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 3. 两组患者 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	HAMD 评分			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	31	18.94 ± 2.645	8.61 ± 3.263	12.139	<0.01
对照组	31	18.81 ± 3.390	12.32 ± 3.978	8.640	<0.01
<i>F</i> 值		1.386	0.069	-	-
<i>P</i> 值		0.868	<0.01	-	-

Table 4. Comparison of PHQ-9 and NIHSS scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 4. 两组患者 PHQ-9 评分和 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	PHQ-9 评分				NIHSS 评分			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	31	15.97 ± 1.958	9.35 ± 1.427	19.427	<0.01	15.23 ± 3.074	5.52 ± 1.235	18.074	<0.01
对照组	31	15.26 ± 1.914	10.71 ± 2.545	7.234	<0.01	14.16 ± 2.478	7.45 ± 2.142	12.353	<0.01
<i>F</i> 值		0.012	7.414	-	-	0.319	5.731	-	-
<i>P</i> 值		0.154	0.012	-	-	0.139	<0.01	-	-

3.3. 患者神经功能恢复状况及抑郁状态恢复的相关性分析

采用 Pearson 相关分析评估两组患者神经功能与抑郁状态改善程度的相关性。经检验, HAMD 减分值与 NIHSS 减分值之间存在线性关系, 且符合正态分布(S-W 检验, $P > 0.05$), 无异常值, 满足 Pearson 相关分析条件。相关性分析结果显示, 两组患者神经功能恢复与抑郁状态改善均呈正相关(观察组: $r = 0.529$, $P < 0.01$; 对照组: $r = 0.682$, $P < 0.01$)。

4. 讨论

PSD 是卒中后常见并发症, 严重影响预后, 表现为住院时间延长、神经功能恢复障碍、生活能力下降及死亡率升高。据统计, 约 1/3 的卒中患者在病程中会出现 PSD, 其中患病率在卒中后第 1 年内最高[12]。目前 PSD 的发病机制尚未形成统一观点, 主要分为“生物学机制”和“社会心理学机制”两大假说[13]。生物学机制方面, 单胺类神经递质如 5-HT、去甲肾上腺素和多巴胺水平在卒中后的释放失常被视为关键机制之一。研究表明, PSD 患者的血清和脑脊液中 5-HT 水平显著低于非抑郁患者[14]。此外, 神经炎症假说认为, 卒中后过度应激的炎症反应通过增加促炎细胞因子如白细胞介素-1、白细胞介素-6 和肿瘤坏死因子- α 的分泌, 加剧了神经递质的耗竭和神经元损伤, 其中肿瘤坏死因子- α 与 5-HT 相互作用可放大炎症过程并诱发抑郁症状[15][16]。社会心理学机制方面, PSD 的发生亦会受到社会心理层面的约束, 国内一项跟踪研究显示, 不良生活事件和负性社会情绪是 PSD 的一个重要风险因素[17]。研究表明, 老年女性卒中后更易出现精神心理矛盾, 可能与羞耻感相关; 而男性在面对社会心理压力时更倾向于主动寻求心理疏导, 从而避免消极情绪的产生[18]。

中医学将卒中后抑郁(PSD)归属于“中风”与“郁证”合病范畴。其病机可概括为: 患者素体脏腑失调、气血阴阳失衡, 导致气机逆乱, 痰浊瘀血内生, 上蒙脑窍而发为中风。中风之后, 脑髓失养、神机不利, 加之肢体残障、心理落差, 致使肝气愈郁、气机愈滞; 气郁日久耗伤五脏之精, 导致心失所养、脾失健运、肾精亏虚、肝失疏泄, 最终五脏不安、五神失舍, 清阳不升, 发为抑郁诸症[19][20]。针对上述病机, 治疗当以行气活血、调节脏腑、协调阴阳为要。头部刮痧直接作用于病所, 疏通头部经络, 促进清阳上升、解郁安神; 针刺则立足整体, 调节脏腑阴阳。两法合用, 使气机条畅、痰瘀得化, 脏腑安和、五神归舍, 共奏行气活血、调节脏腑、协调阴阳之效。

十三鬼穴首载于《备急千金要方》, 是治疗神志病的经典效穴, 其所取穴位涵盖了任、督二脉及手足多条经脉。笔者认为其治疗卒中后抑郁的机制主要有三:

其一, 协调阴阳以和神。《难经·二十难》云:“重阴者癫, 重阳者狂。”神志之病, 多责之于阴阳失衡。十三鬼穴中, 既取任脉(阴脉之海)、督脉(阳脉之海)以统摄一身阴阳, 又纳手太阴、足太阴、手厥阴三条阴经与足太阳、足阳明、手阳明三条阳经之穴。诸穴并用, 可燮理阴阳, 使机体复归“阴平阳秘”的和谐状态, 精神乃能内守安和。

其二, 通调经络以运气。所选肺、大肠、胃、脾经的腧穴, 从胸走手、从手走头、从头走足、从足走腹, 构成了人体气血运行的第一个小循环。此四经正是十二经脉气血化生的起源, 《灵枢·经脉》云:“谷入于胃, 脉道以通, 血气乃行。”人体气血由脾胃运化水谷精微, 上输于肺, 通过肺朝百脉而敷布周身, 是以此带动十二经脉大循环, 使气血周流不息。加之任、督二脉不仅各自构成循环, 亦与十二经脉相互衔接, 共同维系着周身气血的运行。十三鬼穴通过对上述经脉上关键腧穴的针刺刺激, 可不断加强经络气血的循行, 起到疏通经络、调畅气机的作用。

其三, 安和脏腑以藏神。神志活动是以五脏所化生和贮藏的精气为物质基础。《素问·宣明五气》篇明确提出:“五脏所藏: 心藏神, 肺藏魄, 肝藏魂, 脾藏意, 肾藏志。”只有五脏安和, 精气充盛, 五神才能各司其职, 精神乃治。十三鬼穴所选穴位涵盖了多条与五脏直接相连的经脉。如手少阴心包经之大

陵穴，心包代心受邪，可使神有所归；足太阳膀胱经申脉穴，与阳跷脉通，间接调节肝胆之疏泄，可疏解郁结，令魂安志定；足太阴脾经之隐白穴，可健脾益气，使意守于中；手太阴肺经之少商穴，可宣发肺气，助魄摄纳。通过针刺这些腧穴，借经络以达脏腑，调整五脏功能，使其精充气调，则五神各安其位，神志清明，抑郁自除。综上所述，十三鬼穴通过“调阴阳、通经络、安脏腑”三者相互为用，发挥调节神志之效。

从现代医学视角分析，十三鬼穴 PSD 涉及神经-内分泌-免疫网络的多维调控。神经递质层面，针刺可调节海马区中 β -CaMKII 蛋白及 mRNA 表达，改善单胺类神经递质传递障碍，同时调控 kir4.1 离子通道蛋白，抑制异常簇状放电[21] [22]。炎症调控层面，针刺能抑制海马 NLRP3 炎症小体激活，下调 Caspase-1/GSDMD 细胞焦亡通路，减少 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等促炎因子释放，减轻神经炎症损伤。神经内分泌层面，通过调节 HPA 轴功能，降低 CRH、ACTH 及皮质醇水平，恢复负反馈机制，纠正应激状态下的激素紊乱[23]。上述多靶点协同作用可能是十三鬼穴发挥抗抑郁效应的生物学基础。

头部刮痧以经络学说为指导，通过在头部体表进行刮拭，其起效机制主要体现在以下几个方面：其一，疏通头部经络，调畅气血运行。头部为“诸阳之会”，手足六阳经皆上循于头面，督脉“入络脑”，膀胱经“上额，交巅”，胆经、三焦经亦布于头侧。刮拭百会、四神聪及督脉、膀胱经、胆经、三焦经，可直接疏通头部经气，促进气血上行荣养脑窍。其二，升举清阳，开窍醒神。《素问·生气通天论》云：“阳气者，精则养神，柔则养筋。”清阳出上窍，赖阳气之升腾以濡养脑髓。卒中后抑郁患者多因痰瘀阻络、气机郁滞，导致清阳不升，脑窍失养。刮拭头部经穴，可振奋诸阳经气，使清阳之气上充于脑，则神机得复。尤其重刮百会穴，乃督脉与足太阳、手少阳、足厥阴之会，最能升提阳气、醒脑开窍。其三，调节脏腑功能，安和五神。刮拭膀胱经头部经络，可间接调节相应脏腑功能；胆经与肝相表里，刮拭头侧可助肝疏泄，解郁结之气；督脉络肾通髓，刮之可益肾填精，充养脑髓。通过经络与脏腑的联系，使心有所主、肝有所藏、脾有所运、肾有所藏，五神各安其位。现代研究证实，头部刮痧可通过机械刺激激活皮肤感受器，增强局部血液灌注并改善脑动脉血流速度，从而调节脑循环状态[24]。同时，刮痧能诱导 HO-1 等抗氧化酶表达，调控 IL-1 β 、TNF- α 等炎症因子水平，发挥抗炎与免疫调节作用[25]。此外，刮痧还可改善血液流变学指标，降低血液黏稠度，并通过神经反射通路平衡中枢兴奋抑制过程，产生镇痛及抗抑郁效应[26]。

本研究结果表明两组患者 HAMD、PHQ-9 及 NIHSS 评分均较治疗前显著改善($P < 0.01$)，且观察组改善程度优于对照组($P < 0.01$)。并且无论采用何种治疗方案，患者神经功能的恢复与抑郁状态的改善均具有同步性，二者相互影响、互为促进。上述结果提示，针刺十三鬼穴联合头部刮痧能够提高 PSD 的临床疗效，改善 PSD 患者的抑郁症状和神经功能缺损程度，且神经功能恢复与抑郁状态改善具有内在一致性。

综上，针刺十三鬼穴联合头部刮痧可显著改善 PSD 患者抑郁及神经功能缺损症状，疗效确切，临床价值较高。但本研究仍存在一定的局限性：第一，疗效评价主要依赖于 HAMD、PHQ-9 等量表评分，量表评测具有一定的主观性，且本研究未采用盲法评估，评价者偏倚可能对研究结果产生影响；第二，本研究未纳入相关的实验室指标，如血清 5-HT、脑源性神经营养因子或炎症因子等客观生物学标志物，未能从分子生物学层面揭示治疗机制；第三，未设置假针刺或安慰剂对照组，无法完全排除安慰剂效应。在未来的研究中，应引入多维度、客观化的结局指标，如神经电生理检测、功能影像学检查及血清学指标检测等，以增强研究结果的客观性和科学性；同时应开展大样本、多中心、随机对照试验，并注重长期随访观察，以进一步验证该疗法的远期疗效，逐步形成针刺治疗卒中后抑郁的规范化方案。

基金项目

北京中医药大学校级课题项目(2025-BUCMXJKY043)。

参考文献

- [1] 王少石, 周新雨, 朱春燕. 卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(8): 685-693.
- [2] American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, American Psychiatric Publishing.
- [3] 李世明, 冯为, 崔凤伟, 等. 中国脑卒中后抑郁患病率 meta 分析[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(16): 2058-2064.
- [4] 李莹, 李光校. 中国脑卒中患者抑郁患病率 meta 分析[J]. 中国公共卫生, 2015, 31(7): 968-972.
- [5] Paolucci, S. (2017) Advances in Antidepressants for Treating Post-Stroke Depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, **18**, 1011-1017. <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1334765>
- [6] 倪小佳, 林浩, 罗旭飞, 等. 脑卒中中西医结合防治指南(2023 版) [J]. 中国全科医学, 2025, 28(5): 521-533.
- [7] 中风病诊断与疗效评定标准(试行) [J]. 北京中医药大学学报, 1996(1): 55-56.
- [8] 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.
- [9] Hamilton, M. (1960) A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, **23**, 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- [10] Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B.W. (2001) The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, **16**, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- [11] Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, **1**, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- [12] 计仁杰, 张劫, 俞垭美, 等. 卒中后抑郁. 国际脑血管病杂志, 2017, 25(2): 97-109.
- [13] 何东梅, 谈莉莉, 唐蓉等. 基于择时、辨证的隔药灸治疗轻度脑卒中后抑郁(PSD)的临床观察[J]. 四川中医, 2023, 41(1): 206-210.
- [14] 齐士魁, 高静, 余明月, 等. 脑卒中后抑郁发病机制的研究进展[J]. 卒中与神经疾病, 2022, 29(5): 483-486.
- [15] 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.
- [16] 胡佳, 周伟, 周志明等. 炎症指标对缺血性脑卒中卒中后抑郁的预测价值[J]. 南方医科大学学报, 2019, 39(6): 665-671.
- [17] 齐跃. 缺血性脑卒中后抑郁心理社会危险因素分析[J]. 中国医学工程, 2018, 26(2): 88-90.
- [18] Mayman, N.A., Tuhim, S., Jette, N., Dhamoon, M.S. and Stein, L.K. (2021) Sex Differences in Post-Stroke Depression in the Elderly. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, **30**, Article ID: 105948. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105948>
- [19] 鲁文卿, 郑婵娟. 基于“形神一体观”论治卒中后抑郁[J]. 内蒙古中医药, 2025, 44(11): 136-138.
- [20] 刘晗, 陈虹伶, 林行健, 等. 基于“五神脏”理论探析针刺五志穴治疗卒中后抑郁[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(5): 98-101.
- [21] 刘思宇. 针刺上星、人中穴改善慢性轻度不可预测性刺激大鼠抑郁样症状的机制研究[D]: [硕士学位论文]. 厦门: 厦门大学, 2019.
- [22] 李鹏. 针刺上星、大陵穴对 CUMS 模型大鼠的抗抑郁机制研究[D]: [硕士学位论文]. 厦门: 厦门大学, 2021.
- [23] 韩名媛, 高睿泽, 杨成妍, 等. 针刺治疗卒中后抑郁的神经-内分泌-免疫网络机制[J]. 中国针灸, 2024, 44(9): 1100-1106.
- [24] 侯媛媛, 苏雯, 项颖, 等. 头部循经刮痧治疗慢性紧张型头痛的效果及对脑血流的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(20): 3461-3463.
- [25] 丁欢, 陈宇婧, 李玮彤, 等. 刮痧疗法作用机制的研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 537-540.
- [26] 邹彬, 顾青, 顾伟. 刮痧疗法作用机制的实验研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(28): 3189-3192.