

# 针灸治疗中风后抑郁的系统评价再评价\*

杨 晗<sup>1</sup> 李 涓<sup>1</sup> 罗廖君<sup>1</sup> 肖奇蔚<sup>1</sup> 李雨谿<sup>1</sup> 张 亚<sup>1</sup> 叶 静<sup>1</sup> 王 旭<sup>1</sup> 任玉兰<sup>1</sup> 梁繁荣<sup>1,2</sup>

## 摘要

**目的:**评价针灸治疗中风后抑郁的系统评价方法学及结局指标质量。

**方法:**电子检索 Cochrane Library、Medline(OvidSP)、Embase(OvidSP)和 CBM 数据库,收集针灸治疗中风后抑郁的系统评价。分别使用 AMSTAR 2 量表和 GRADE 系统对纳入研究的方法学质量和结局指标进行评价。

**结果:**共纳入系统评价 12 篇,其方法学质量均为极低。GRADE 分级结果显示,针灸治疗中风后抑郁的疗效和不良反应均优于西药,但其证据质量大多偏低。

**结论:**目前针灸治疗中风后抑郁系统评价的方法学质量及结局指标可靠程度均较低,其相关研究有待进一步规范,未来可在研究设计时适当结合中医特色,以期获得更为高质量的临床证据。

**关键词** 针灸;中风后抑郁;系统评价再评价

**中图分类号:**R743.3,R245 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2019)-09-1071-06

中风后抑郁(poststroke depression, PSD)是中风最常见的神经精神病后遗症<sup>[1]</sup>,据相关流行病学显示,其患病率为 18%—61%<sup>[2-3]</sup>,约 30%—50%的中风患者在两年内会发生抑郁<sup>[4]</sup>。PSD 主要表现为抑郁和烦躁,在一定程度上影响中风患者的认知功能、社会活动和康复效果,增加了医疗费用,导致了更高的死亡率,成为影响中风患者生存质量的重要疾病之一<sup>[5-7]</sup>。

目前临床治疗 PSD 主要使用抗抑郁药物,包括选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(如氟西汀)、三环类抗抑郁药物(如阿米替林)、四环类抗抑郁药物(如麦普替林)等<sup>[8]</sup>,结合常规治疗和心理干预<sup>[9]</sup>。然而抗抑郁药物带来了许多不良反应,包括视力模糊、尿潴留、低血压、性功能障碍等<sup>[10]</sup>,且成瘾性大、价格不菲。针灸疗法是一种传统的中医治疗方法,近年来被越来越多地运用到 PSD 的治疗中,并取得了肯定的疗效<sup>[11-12]</sup>。随着循证针灸学的迅速发展,现已有多个系统评价(systematic review, SR)的结果表示针灸疗法治疗 PSD 有着良好的疗效和安全性。SR 是指导临床决策的重要证据来源<sup>[13-14]</sup>,高质量的 SR 对临床有着重要的指导意义<sup>[15]</sup>,而低质量的 SR 很有可能误导决策者<sup>[16]</sup>。本研究将通过 AMSTAR 2 量表和 GRADE 系统对针灸治疗 PSD 的 SR 进行方法学质量和结局指标可靠程度的评估,以为临床决策提供参考。

## 1 资料与方法

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.09.012

\*基金项目:国家自然科学基金资助项目(81590950)

1 成都中医药大学,成都,610075; 2 通讯作者

作者简介:杨晗,女,硕士研究生; 收稿日期:2018-03-15

## 1.1 文献检索

以“中风(stroke)”、“抑郁(depression)”、“针刺(acupuncture)”、“温针(warm acupuncture)”、“电针(electropuncture)”、“穴位(acupoints)”、“系统评价(systematic assessment/systematic evaluation)”、“荟萃分析(meta-analysis)”、“系统综述(systematic review)”等为检索词,检索 Cochrane Library、Medline(OvidSP)、Embase(OvidSP)和中国生物医学文献光盘数据库(CBMdisc),检索时间为各数据库建库至 2017 年 12 月 20 日。

以 Medline(OvidSP)为例,其具体检索式如下:(exp Cerebrovascular Disorders/ OR (stroke\$ or cerebrovascular \$ or cerebral vascular or CVA\$).tw.) AND (Depression/ OR exp Depressive Disorder/) AND (exp acupuncture/ OR exp acupuncture therapy/ OR exp acupuncture points/ OR exp acupuncture ear/ OR exp auriculotherapy/ OR exp electroacupuncture/ OR exp electric stimulation therapy/ OR exp acupressure/ OR exp moxibustion/ OR (acupuncture\$ or electroacupuncture\$).tw. OR (acupuncture\$ or moxibustion).tw.) AND (review.pt OR meta analysis/ OR (systematic\$ adj review\$).tw OR (meta analy\$).tw)。

## 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①文献类型:针灸治疗 PSD 的临床随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)的 SR/Meta-分析;②

研究对象:被明确诊断为PSD的患者,不限年龄、性别、种族、国籍和病程长短;③干预措施:采用传统针灸疗法为主,包括针刺、温针、电针、头针、耳针、穴位敷贴、穴位注射等,可辅以其他疗法;④对照措施:药物疗法(西药、中药、中成药)、安慰疗法(安慰剂、空白对照等)、心理疗法。⑤语言限制:无语言限制。

排除标准:①纳入半随机对照试验的SR;②研究对象诊断不明;③对照措施中混合了针灸疗法;④重复发表;⑤与作者联系后仍无法获取全文。

### 1.3 文献筛选和资料提取

文献筛选:将检索出的文献导入Endnote,去掉重复的文献后,由两名研究员(罗廖君、肖奇蔚)独立阅读文章的题目、摘要和全文,根据纳入及排除标准进行文献筛选,完成之后行交叉核对,若有争议由第三方(李涓)裁决。

资料提取:两名研究员(杨晗、李雨谿)独立将纳入的SR相关信息提取至预先设计的表格中,表格信息包括了题目、作者、基金支持、发表时间、注册方案号、研究数量、干预措施、结局指标、主要结论及质量评价方法等,完成之后再行交叉核对,若有争议由第三方(李涓)裁决。注册方案号若在阅读全文后未能找到,则在Cochrane Library和Prospero上进行方案的相关检索,若仍不能找到,则与作者联系并索要相应方案。

### 1.4 评价方法

1.4.1 方法学质量评价:两名研究员(杨晗、叶静)根据AMSTAR 2量表独立对每个纳入SR的方法学质量进行评价,完成后进行交叉核对,若有争议由第三方(李涓)裁决。AMSTAR 2量表为AMSTAR量表的更新版,实现了对方法学质量更加全面的评估<sup>[17]</sup>。此量表共含16个条目,每个条目分别用“是”、“否”进行描述,有的条目还能用“部分是”进行描述。其中条目2、4、7、9、11、13、15为关键条目。没有或仅有一个非关键条目的缺陷,其方法学质量则为高,表明此SR能基于目前相关研究提供一个准确全面的结论;有超过一个的非关键条目缺陷,但无关键条目缺陷,其方法学质量则为中等,表明此SR能根据已纳入的研究提供一个准确的结论;有一个关键条目的缺陷,伴或不伴非关键条目的缺陷,其方法学质量则为低,表明此SR存在一个关键错误,或许不能提供一个准确全面的结论;有超过一个的关键条目缺陷,伴或不伴非关键条目的缺陷,其方法学质量则为极低,表明此SR存在不止一个关键错误,不能提供一个准确全面的结论。

1.4.2 证据质量评价:两名研究员(杨晗、张亚)应用GRADE系统<sup>[18-19]</sup>独立对纳入SR的结局指标从研究的局限性、不一致性、不直接性、不精确性和发表偏倚五个方面进行证据质量的评级,完成后进行交叉核对,若有争议由第三方(李涓)裁决。关于RCT研究,不降级为高级证据,表示真实的效应

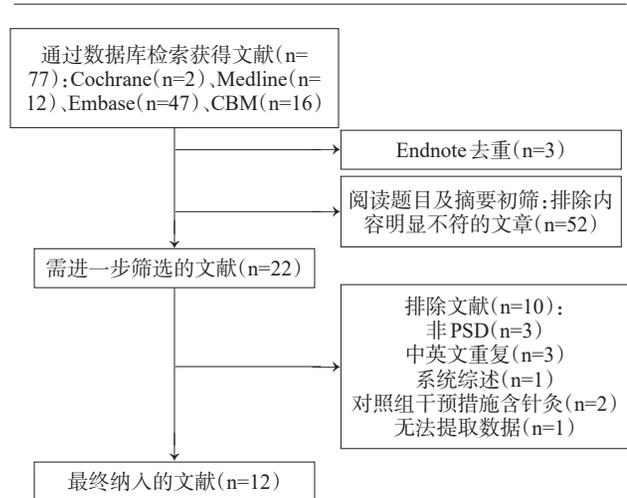
值接近效应估计;降一级为中级证据,表示真实值可能接近估计值,但仍有二者大不相同的可能性;降两级为低级证据,表示真实值可能和估计值大不相同;降三级则为极低级证据,表示真实值很可能和估计值大不相同。

## 2 结果

### 2.1 检索结果

根据检索策略,共检索出文献77篇,通过导入Endnote去掉重复的3篇,根据纳入标准初筛纳入文献22篇,仔细阅读全文后排除研究对象非PSD的文献3篇,中英文重复的文献3篇,系统综述1篇,对照组干预措施中包含针灸疗法的文献2篇,无法提取数据的文献1篇,最终纳入12篇<sup>[20-31]</sup>。见图1。

图1 文献纳入流程



### 2.2 纳入文献的基本情况

12篇SR<sup>[20-31]</sup>所纳入的研究类型均为RCT,其中英文4篇,中文8篇,均为中国研究。研究发表时间在2009—2016年;纳入的文献数量波动在11—29篇;治疗组干预措施包括了传统针灸疗法、针灸疗法+药物、针灸疗法+基础治疗,对照组干预措施包括了西药、西药+基础治疗、中药、常规西医治疗和等待治疗;纳入的SR中,有2篇未进行方法学质量评价,其余均使用了Jadad量表或Cochrane推荐的质量评价方法进行了方法学质量评价;其中8篇SR有基金支持;有2篇SR在结论中提到针灸治疗PSD和西药相比优势尚不能确定,其余结论均为针灸治疗更占优势。见表1。

### 2.3 方法学质量评价

应用AMSTAR 2量表对纳入的SR进行方法学质量评价,结果显示:每篇SR至少都有2个关键条目未能达标,其方法学质量均为极低。见表2。

条目1:研究的问题和纳入标准是否包含PICO? 条目2:

表1 纳入文献基本特征

作者 (年份)	纳入 研究类型	文献量 (样本量)	治疗组 干预措施	对照组 干预措施	方法学质量 评价工具	基金支持	主要结论
Zhang (2014) <sup>[20]</sup>	RCT	17(1132)	针刺; 针刺+基础治疗	西药(舍曲林;氟西汀; 阿米替林);西药(氟西汀; 阿米替林)+基础治疗	Jadad量表	广东省“211工程”中国 学科建设三级重点项目 (2009431)	早期毫针干预对 PSD更好,安全 可靠且不良反应 小
Zhang (2012) <sup>[21]</sup>	RCT	15(1069)	针刺; 电针; 穴位注射; 针刺+穴位注射	西药(盐酸氟西汀;氟 西汀; 黛力新; 多虑平; 阿米替林)	无	教育部高等教育机构博 士专项科研基金 (20094425110005);国 家自然科学基金 (30772828);广东省自 然科学基金 (07004846);广东省科 学技术部科技计划项目 (2008B030301206)	针刺组治疗 PSD 在治愈率和显效 率上优于西药 组,但在有效率 上无明显差异
Zhang (2014) <sup>[22]</sup>	RCT	13(845)	针灸; 针刺; 电针	西药(盐酸氟西汀;盐 酸帕罗西汀;舍曲林)	Cochrane 工具	民族中医药临床实践发 展特色项目 (JDZX2012154)	针刺治疗 PSD 优 于西药
Zhang (2010) <sup>[23]</sup>	RCT	15(1680)	针灸; 电针	西药(氟西汀;阿米替 林;安拿芬尼;安定+氯 氮平);等待治疗组	修改后的 Jadad量表	无	针刺治疗 PSD 在 改善反应和症状 上均优于西药组 和等待治疗组, 且不良反应少
詹 (2016) <sup>[24]</sup>	RCT	14(1180)	电针+ 基础治疗	西药(氟西汀;黛力新; 路优泰;舍曲林)+基础 治疗	Cochrane Review Handbook 5.0 推荐的质量评 价方法	国家自然科学基金面上 项目(81473470)	电针治疗 PSD 的 有效性与安全性 均优于抗抑郁西 药
黎 (2012) <sup>[25]</sup>	RCT	13(1062)	电针	西药(氟西汀;舍曲林)	修改后的 Jadad量表	广东省“211工程”三期 重点学科建设项目	电针对 PSD 患者 抑郁状态的改善 程度较氟西汀好
王 (2016) <sup>[26]</sup>	RCT	27(1729)	体针; 体针+西药 (盐酸氟西汀)	西药(盐酸氟西汀)	Cochrane Review Handbook 5.0 推荐的质量评 价方法	北京市教育委员会科技 发展计划面上项目 (KM201410025015)	针刺治疗 PSD 疗 效优于百忧解
尹 (2016) <sup>[27]</sup>	RCT	11(1074)	针刺	西药	无	无	针刺治疗 PSD 疗 效优于其他常用 药物
张 (2009) <sup>[28]</sup>	RCT	17(1232)	针刺;针刺+西药(盐酸 氟西汀;氟西汀);针刺+ 中药(柴胡疏肝散合越 鞠丸);针刺+点穴;针 刺+火罐	西药(氟哌噻吨美利曲 辛片;盐酸氟西汀;氟 西汀;阿米替林);中药 (柴胡疏肝散合越鞠 丸);常规西医治疗	Jadad量表	无	针刺治疗 PSD 疗 效优于其他常用 药物,且具有安 全性
聂 (2012) <sup>[29]</sup>	RCT	23(2435)	针刺;电针;穴位敷贴; 针刺+穴位注射	西药(盐酸氟西汀;阿 米替林;安定)	Cochrane Review Handbook 5.0 推荐的质量评 价方法	无	针灸治疗 PSD 的 疗效与西药相比 优势尚不能确定
熊 (2010) <sup>[30]</sup>	RCT	20(2031)	针刺;针刺+穴位注射; 电针;穴位敷贴	西药(盐酸氟西汀;阿 米替林)	Cochrane Review Handbook 5.0 推荐的质量评 价方法	国家“十一五”科技支撑 计划项目 (2006BA112B01)	针灸治疗 PSD 的 疗效与西药相比 优势尚不能确 定,但不良反应 少
黎 (2012) <sup>[31]</sup>	RCT	29(2349)	针刺+西药(舍曲林;氟 西汀;黛力新;阿米替 林;帕罗西汀);电针+西 药(氟西汀;西酞普兰; 帕罗西汀)	西药(舍曲林;氟西汀; 氟西汀(加量);黛力 新;阿米替林;帕罗西 汀;西酞普兰)	修改后的 Jadad量表	广东省“211工程”三期 重点学科建设项目	电针结合氟西汀 较单纯使用氟西 汀对 PSD 的改善 更明显。

是否有预先发表的方案? 研究与方案是否有明显偏倚? 条目3: 作者是否解释了纳入的研究设计类型? 条目4: 是否使用全面的文献检索策略? 条目5: 是否进行重复的研究筛选? 条目6: 是否进行重复的数据提取? 条目7: 是否提供排除文献的清单, 并说明了排除理由? 条目8: 是否详细描述纳入研究? 条目9: 是否使用合理的工具评估每个纳入研究的偏倚风险? 条目10: 是否报告纳入研究的基金来源? 条目11: 若进行了meta分析, 是否使用恰当的方法对结果进行统计合并? 条目12: 若进行了meta分析, 是否在结果中说明偏倚风险的影响? 条目13: 若进行了meta分析, 是否在讨论中

说明偏倚风险的影响? 条目14: 是否在讨论中对异质性进行合理解释? 条目15: 若进行了定量分析, 是否对发表偏倚进行充分调查, 并讨论其可能的影响? 条目16: 是否报告任何潜在的利益冲突来源?

2.4 GRADE 证据质量分级

对纳入的12个SR进行GRADE证据质量的评估, 选取其中采用meta合并分析的结局指标, 共40个, 使用GRADE工具对其进行质量分级。结果显示, 有18个为极低质量, 12个为低质量, 7个为中等质量, 而仅有3个为高级证据质量结局指标。见表3。

表2 纳入SR的AMSTAR 2量表评价

作者 (年份)	Zhang (2014)	Zhang (2012)	Zhang (2014)	Zhang (2010)	詹 (2016)	黎 (2012)	王 (2016)	尹 (2016)	张 (2009)	聂 (2012)	熊 (2010)	黎 (2012)
条目1	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y
条目2*	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
条目3	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
条目4*	Y	PY	PY	PY	PY	PY	PY	PY	PY	PY	PY	PY
条目5	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
条目6	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N
条目7*	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
条目8	PY	PY	PY	N	PY	PY	N	N	N	PY	PY	Y
条目9*	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
条目10	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
条目11*	Y	Y	Y	N	N	Y	N	N	N	Y	Y	N
条目12	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
条目13*	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
条目14	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y
条目15*	Y	Y	N	Y	Y	N	N	Y	Y	N	N	N
条目16	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N

注: \*: AMSTAR 2量表中所确立的关键条目; Y: Yes; N: No; PY: Partial Yes。

3 讨论

PSD作为中风后的严重后遗症之一, 受到了社会各界的广泛关注。临床上常用抗抑郁药物进行治疗, 但其带来的不良反应不可忽视。近年来, 越来越多的研究发现针灸治疗PSD疗效好<sup>[32-33]</sup>、不良反应小且成本低<sup>[34]</sup>, 具有明显的优势<sup>[35]</sup>。本研究对针灸治疗PSD系统评价进行了全面整合和再次评价, 以期临床提供更加直观的证据。

本文共纳入了12篇针灸治疗PSD的SR, 发表时间在2009—2016年, 几乎每年都有针灸治疗PSD的SR发表, 可见其研究热度一直持续不减。随着循证医学的不断发展, 面对数量不少的SR, 科学、客观地对其进行评价才能有效发挥其在临床上给予我们的正确指导作用。

本次研究使用AMSTAR 2量表对纳入的SR进行了方法学质量评价, 结果表明: 所有SR均未提供前期方案, 系统评价是一种观察性研究, 未预先制定好方案可能会增加研究的偏倚风险; 几乎所有SR在进行检索时未对相关灰色文献和试验注册网站进行检索, 可能会造成结果的偏倚; 纳入的SR均未提供排除文献的清单, 研究筛选可能存在遗漏, 造成

纳入研究的不完整; 50%的SR在描述对结果进行统计合并的方法时存在一定问题, 可能造成结果的偏倚; 50%的SR未对发表偏倚进行分析并探讨其局限性, 影响了SR的严谨性; 以上关键条目的缺失, 直接导致了此次所有被纳入的SR的方法学质量为极低。此外, 几乎所有SR都未对其纳入研究的类型进行相应解释, 尽管纳入的均为RCT, 但这也一定程度上影响了SR作为最高证据来源的严谨性; 几乎所有SR仅对纳入研究的部分特征进行了描述, 不完整的原始数据可能会影响异质性; 所有SR均未交待纳入研究的基金来源, 且仅有2篇SR对于可能存在的潜在利益冲突进行了描述, 这些可能都会对研究结果产生一定影响。

运用GRADE系统对SR进行证据质量的评级, 结果表明, 大部分证据质量为极低级, 占45%; 其次为低级, 占30%; 而中极和高级质量的证据分别仅占17.5%和7.5%。其中72.5%的证据质量均因纳入RCT的方法学质量差而降级, 这些RCT大多仅提及随机, 但未具体描述其随机方法, 且多未做到分配隐藏; 仅少部分研究描述了盲法, 因针灸疗法的特殊性, 盲法的实施存在难度, 但这也是值得我们去不断思考

表3 纳入SR的GRADE质量分级

研究编号	干预措施 (治疗组VS对照组)	结局指标 (研究数量)	局限性	不一致	不直接	不精确	发表偏倚	证据质量
Zhang(2014)	针刺VS西药(氟西汀)	HAMD减分率(第4周)(8)	0	0	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	中
		HAMD减分率(第6周)(3)	0	-1 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		17项HAMD评分(第2周)(4)	0	0	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	中
		24项HAMD评分(第4周)(7)	0	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	极低
Zhang(2012)	针刺VS西药	治愈率(15)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	0	中
		显效率(15)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	0	中
		有效率(15)	-1 <sup>①</sup>	0	0	-1 <sup>⑤</sup>	0	低
Zhang(2014)	针灸VS西药	HAMD评分(12)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	0	中
		HAMD评分(3)	0	0	0	0	0	高
Zhang(2010)	针刺VS西药	不良反应(8)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	低
		临床反应疗效(11)	0	0	0	0	0	高
	针刺VS等待治疗	减轻抑郁程度疗效(11)	0	-2 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	0	极低
		临床反应疗效(2)	0	-2 <sup>③</sup>	0	0	0	低
		减轻抑郁程度疗效(3)	0	0	0	0	0	高
詹(2016)	电针VS西药	HAMD评分(12)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	极低
		临床疗效(10)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑥</sup>	低
黎(2012)	电针VS西药	HAMD减分率(6)	0	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	中
		HAMD评分(10)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低
王(2016)	体针VS西药	Barthel指数评分(4)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低
		HAMD评分(18)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑥</sup>	极低
	(体针+西药)VS西药	Barthel指数评分(4)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		HAMD评分(6)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
尹(2016)	针刺VS西药	临床疗效(10)	-2 <sup>②</sup>	0	0	0	0	低
		HAMD评分(10)	-2 <sup>②</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	0	极低
张(2009)	针刺VS药物	临床疗效(17)	-2 <sup>②</sup>	0	0	0	0	低
		HAMD评分(14)	-2 <sup>②</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	0	极低
聂(2012)	针灸VS西药(盐酸氟西汀)	24项HAMD减分率(第4周)(3)	-1 <sup>①</sup>	0	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD减分率(第8周)(5)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低
		17项HAMD减分率(第4周)(2)	-1 <sup>①</sup>	0	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD评分(第2周)(3)	-1 <sup>①</sup>	-1 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD评分(第4周)(8)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD评分(第6周)(3)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	-1 <sup>⑤</sup>	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD评分(第8周)(6)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
熊(2010)	针灸VS西药(盐酸氟西汀)	17项HAMD评分(第4周)(2)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低
		SDS评分(第4周)(3)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		24项HAMD减分率(第8周)(5)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低
		24项HAMD评分(第4周)(7)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
		SDS评分(第4周)(3)	-1 <sup>①</sup>	-2 <sup>③</sup>	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	极低
黎(2012)	(电针+西药)VS西药	HAMD评分(第4周)(3)	0	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	中
		HAMD评分(第4周)(8)	-1 <sup>①</sup>	0	0	0	-1 <sup>⑦</sup>	低

注:①多数信息来自中等风险的研究,有严重局限性;②多数信息来自高偏倚风险的研究,有极严重局限性;③中度异质性;④高异质性;⑤可信区间较宽;⑥漏斗图不对称;⑦纳入研究较少,可能存在较大发表偏倚。

和改进的问题,否则循证针灸学的发展将始终存在着一些阻碍。从目前已有研究来看,虽说绝大部分SR对针灸治疗PSD的疗效均予以肯定,但从其结局指标的证据质量来看,仍需更多高质量的研究进行验证。

本次研究结果显示,针灸疗法治疗PSD从疗效和不良反应来看均优于西药,但证据可信度有待商榷,可供临床适当参考。本研究发现中国不少对于SR的研究都存在着些许问题有待规范,如应预先设计和发表方案、对纳入研究基本特征应行详细描述等;同时,目前关于针灸治疗PSD的高质量RCT研究的缺乏也是影响此类SR质量的重要因素之一,大

多数研究在设计时存在一些导致偏倚和异质性的因素,如随机方法、分配隐藏、盲法的实施等。造成异质性可能是因为针灸选穴和手法的多样性。因此在规范SR和RCT研究的同时,我们还需要更多思考如何将传统医学的辨证论治等中医临床特色与现代循证研究相结合,以期获得更加科学、高质量的临床证据。

参考文献

[1] Cai W, Ma W, Wang GT, et al. Efficacy and safety of electroacupuncture for post stroke depression: study protocol for

- a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2018, 19(1):152.
- [2] House A. Mood disorders in the first year after stroke[J]. *Nursing Times*, 1991, 87(15):53—54.
- [3] Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic[J]. *Singapore Med J*, 2006, 47(3):213—218.
- [4] Robinson RG. The clinical neuropsychiatry of stroke: cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury[J]. *Neurosurgery*, 2007, 44(12):1359—1360.
- [5] Ellis C, Zhao Y, Egede LE. Depression and increased risk of death in adults with stroke[J]. *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, 68(6):545—551.
- [6] Flaster M, Sharma A, Rao M. Poststroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery[J]. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2013, 20(2):139—150.
- [7] Bartoli F, Lillia N, Lax A, et al. Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis[J]. *Stroke Research and Treatment*, 2013, (2013):862978.
- [8] 沈渔邨. 精神病学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,1984.
- [9] 于晨,刘欣娟,黄菊,等. 心理干预对脑卒中后抑郁治疗效果的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*,2011,11(6):670—680.
- [10] Towle D, Lincoln NB, Mayfield LM. Service provision and functional independence in depressed stroke patients and the effect of social work intervention on these[J]. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 1989, 52(4): 519—522.
- [11] Man SC, Hung BH, Ng RM, et al. A pilot controlled trial of a combination of dense cranial electroacupuncture stimulation and body acupuncture for post-stroke depression[J]. *BMC Complement Altern Med*, 2014, 14(1):255.
- [12] Youn JI, Sung KK, Song BK, et al. Effects of electro-acupuncture therapy on post-stroke depression in patients with different degrees of motor function impairments: a pilot study[J]. *Journal of Physical Therapy Science*, 2013, 25(6): 725—728.
- [13] 刘鸣. 系统评价、Meta-分析设计与实施方法[M]. 北京:人民卫生出版社,2011.
- [14] 梁繁荣,吴曦,李瑛,等. 循证针灸学[J]. 北京:人民卫生出版社, 2009.
- [15] 熊俊,杜元灏. 关于国内针灸系统评价/Meta分析方法学质量的思考[J]. *针刺研究*,2011,(1):72—75.
- [16] 熊俊,陈日新,李万瑶. 针灸治疗颈椎病系统评价/Meta分析文献质量多元评价研究[J]. *中华中医药杂志*,2012,(4):1064—1068.
- [17] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J]. *BMJ*, 2017, (358):j4008.
- [18] Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations[J]. *BMJ*, 2004, 328 (7454):1490.
- [19] 曾宪涛,冷卫东,李胜,等. 如何正确理解及使用 GRADE 系统[J]. *中国循证医学杂志*,2011,11(9):985—990.
- [20] Zhang J, Chen J, Chen J, et al. Early filiform needle acupuncture for poststroke depression: a meta-analysis of 17 randomized controlled clinical trials[J]. *Neural Regeneration Research*, 2014, 9(7):773—784.
- [21] Zhang GC, Fu WB, Xu NG, et al. Meta analysis of the curative effect of acupuncture on post-stroke depression[J]. *J Tradit Chin Med*, 2012, 32(1):6—11.
- [22] Zhang W, Sun JH, Gao Y, et al. System review on treating post-stroke depression with acupuncture[J]. *世界针灸杂志(英文版)*, 2014, 24(2):52—59.
- [23] Zhang ZJ, Chen HY, Yip KC, et al. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: systematic review and meta-analysis[J]. *Journal of Affective Disorders*, 2010, 124(1—2):9—21.
- [24] 詹杰,谭峰,程南方,等. 电针与抗抑郁西药治疗脑卒中后抑郁症疗效的系统评价[J]. *中华中医药学刊*,2016,(10):2379—2383.
- [25] 黎小慧,陈俊琦,王惠庭,等. 电针与抗抑郁药治疗中风后抑郁症比较的系统评价[J]. *中国全科医学*,2012,15(7):802—806.
- [26] 王茜,郑淑美,唐美霞,等. 体针治疗中风后抑郁症 Meta 分析[J]. *中医学报*,2016,31(8):1227—1231.
- [27] 尹苗苗,肖伟. 针刺治疗脑卒中后抑郁疗效 Meta 分析[J]. *亚太传统医药*,2016,12(2):71—72.
- [28] 张建博,任路,孙艳. 针刺治疗中风后抑郁症的 Meta 分析[J]. *中国针灸*,2009,29(7):599—602.
- [29] 聂容荣,符文彬. 针灸与西药治疗脑卒中后抑郁症疗效比较的系统评价[J]. *世界中医药*,2012,07(2):147—151.
- [30] 熊俊,杜元灏,刘佳琳,等. 针灸与西药治疗脑卒中后抑郁症疗效比较的系统评价[J]. *循证医学*,2010,10(3):179—185.
- [31] 黎小慧,陈俊琦,胡亚南,等. 针药结合与西药对脑卒中后抑郁症患者抑郁状态改善情况比较的荟萃分析[J]. *陕西中医*,2012, 33(9):1263—1267.
- [32] 申鹏飞,孔莉,石学敏. 醒脑开窍针法治疗卒中后抑郁症临床研究[J]. *中国针灸*,2005,25(1):11—13.
- [33] 佟欣,刘丹丹,卫彦,等. 调神疏肝针刺法对脑卒中后抑郁的干预作用[J]. *中国医药科学*,2012,02(3):127—128.
- [34] 常学辉,张良芝. 针药合用治疗卒中后抑郁症 50 例临床观察[J]. *新中医*,2011,(2):111—112.
- [35] 于存娟,孙海英. 浅谈脑卒中后抑郁的中西医认识[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*,2009,7(10):1212—1213.