

通督调神针法合耳穴压丸治疗脑卒中后抑郁疗效观察

王友刚¹, 高大红¹, 穆道周², 柳 刚¹, 汤敬一¹, 张 玲¹, 龙小娜¹, 张国庆¹, 朱玲玲¹

(1. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061; 2. 济宁市第一人民医院针灸科, 山东 济宁 272011)

[摘要]目的 观察通督调神针法合耳穴压丸治疗脑卒中后抑郁的临床疗效。方法 将 64 例患者随机分为治疗组和对照组各 32 例, 治疗组采用通督调神针法合耳穴压丸治疗, 取督脉百会(DU20)、神庭(DU24)、风府(DU16)、大椎(DU14)、命门(DU4)、至阳(DU9)、腰阳关(DU3)为主穴, 耳穴取神门(TF4)、丘脑(AT34i)、皮质下(AT4)为主穴, 星期一至星期六治疗 6 次, 每日 1 次, 星期日休息, 连续治疗 4 周; 对照组口服氟西汀 20 mg, 每日早餐后顿服, 连服 4 周。采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)、抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)、中医证候评分标准、巴氏指数(Barthel Index, BI)评定两组临床疗效。结果 与治疗前比较, 两组治疗后 HAMD、SDS 评分均显著减少($P<0.05$), BI 显著增加($P<0.05$)。治疗组 HAMD、SDS 评分差值与对照组比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 治疗组 BI 差值与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与治疗前比较, 两组治疗后单项证候积分及总积分均显著减少($P<0.05$); 两组单项证候积分及总积分差值比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组临床疗效分布比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 通督调神针法合耳穴压丸治疗脑卒中后抑郁疗效肯定, 可明显改善患者的症状, 提高患者的生活质量, 且不良反应较少。

[关键词]卒中后抑郁; 通督调神针法; 耳穴压丸; 氟西汀

[中图分类号]R749.1⁺3 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.04.013

脑卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)是可发生于脑卒中后各期, 以思维迟钝、情绪低落、甚

至对生活失去兴趣及信心等为主要特征的情感障碍。一般认为, 如果上述症状持续 2 周以上, 即可作出诊断。PSD 发病率为 30%~50%, 严重影响患者预后, 增加脑卒中的复发率^[1-2]。PSD 目前主要应用西药治疗, 但均存在不同程度的毒性及不良反应, 近年来中医疗法治疗该病的优势逐渐得到关注, 笔者采用通督调神针法合耳穴压丸治疗该病, 疗效显著, 现报道如下。

基金项目:国家“十二五”临床重点专科(脑病科)资助项目(卫医政[2012]700 号); 安徽中医药大学临床科研项目(2014c01028)

作者简介:王友刚(1976-), 男, 硕士, 主治医师

通信作者:高大红, 479518858@qq.com

in the control group were given fixation across the injured vertebrae combined with one-way pedicle screw placement via the injured vertebrae, and those in the observation group were given self-made Shiqiwei Dahuoxue Capsule in addition to the treatment in the control group. Anterior height, midline height, and kyphosis of the injured vertebrae, Visual Analogue Scale (VAS) score, and Japanese Orthopaedic Association (JOA) score were observed before treatment and at 1 week and 3 months after treatment. **Results** At 1 week and 3 months after treatment, both groups had significant increases in anterior height and midline height of the injured vertebrae ($P<0.05$) and a significant reduction in kyphosis of the injured vertebrae ($P<0.05$); at 3 months after treatment, the observation group had significantly higher anterior height and midline height of the injured vertebrae than the control group ($P<0.05$). At 1 week and 3 months after treatment, both groups had a significant reduction in VAS score ($P<0.05$) and a significant increase in JOA score ($P<0.05$), and the observation group had a significantly lower VAS score and a significantly higher JOA score compared with the control group (both $P<0.05$). **Conclusion** One-way pedicle screw placement via the injured vertebrae combined with Shiqiwei Dahuoxue Capsule helps with the reduction at the junction of the anterior and central column of the injured vertebrae and thus has a good clinical effect.

[Key words] Compression fracture; Thoracolumbar vertebra; Nerve injury; Pedicle screw; Shiqiwei Dahuoxue Capsule

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 脑卒中符合《各类脑血管疾病诊断要点》(全国第 4 届脑血管病学术会议修订)的相关诊断标准^[3];抑郁符合第 3 版《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD-3)中相关诊断标准^[4]。

1.1.2 中医诊断标准^[5] 主要症状:半身不遂、神识昏蒙、偏身感觉障碍、言语蹇涩或不语、口舌歪斜;次要症状:头痛眩晕、瞳神变化、目偏不瞬、饮水呛咳。郁证以心情抑郁、情绪不宁、胸胁胀闷、嗝气太息、胸闷心悸、失眠健忘、精神不振、易怒善哭等为主要表现。

1.2 纳入标准 ①同时符合上述脑卒中和抑郁诊断标准的患者。②生命体征平稳、年龄 41~73 岁者。③汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)(24 项)评分 ≥ 8 分者。④脑卒中前无精神病史者。

1.3 排除标准 ①排除脑卒中外其他疾病引起抑郁症者。②有意识障碍、失语失认者。③有精神病史及常年服用各类镇静、精神药品者。④脑卒中后合并心、肝、肾等重要脏器功能衰竭者。

1.4 一般资料 64 例患者为 2015 年 1 月至 2017 年 2 月安徽中医药大学第二附属医院脑病三科住院及门诊 PSD 患者,其中男 34 例,女 30 例,年龄 41~73 岁。本研究得到安徽中医药大学第二附属医院伦理委员会审核批准。纳入本研究的患者及家属,均签署知情同意书。按照随机数字表法将患者分为治疗组(32 例)与对照组(32 例)。治疗组男 18 例,女 14 例,年龄(57.75 ± 9.53)岁,病程(34.57 ± 4.57)d,对照组男 16 例,女 16 例,年龄(56.34 ± 9.35)岁,病程(36.12 ± 4.46)d。两组性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2 = 0.251$, $P = 0.616$;年龄: $t = 0.597$, $P = 0.552$;病程: $t = 1.373$, $P = 0.175$)。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者均给予脑卒中后常规处理,包括控制血压、降低血糖等。对所有患者头针取患肢对侧顶颞前斜线,体针取患侧穴位(肩髃、曲池、手三里、合谷、环跳、血海、足三里、解溪),进行脑卒中后一般针刺治疗,以促进患者肢体康复。

2.1.1 治疗组 在脑卒中后常规治疗的基础上给予通督调神针法及耳穴压丸治疗。通督调神针法选穴:主穴取百会、神庭、风府、大椎、命门、至阳、腰阳关。操作:患者取侧卧屈曲位,患肢在上,常规无菌操作穴位。百会、神庭穴向后平刺 0.3~0.5 寸,风

府、大椎、命门、至阳、腰阳关穴直刺 0.3~0.8 寸,针刺后施以高频率(大于 200 r/min)、小幅度捻转手法约 20 s,以上诸穴均需得气。辨证配穴按常规操作,补虚泻实。以上诸穴留针 30 min,15 min 时针行 1 次。每星期一至星期六治疗,每日 1 次,星期日休息,连续治疗 4 周。耳穴压丸:取神门、丘脑、皮质下为主穴。辨证取穴:肝气郁结、气郁化火配肝;心脾两虚配心、脾;阴虚火旺配肾,忧郁伤神配心;痰气郁结配脾;肝肾亏虚者加肝、肾。操作:耳穴贴压处常规无菌操作,取中心粘有一饱满王不留行籽约 5.0 mm $\times$ 5.0 mm 的菱形胶布,对准相应耳穴贴压,每穴按压 1~2 min,以耳朵发热为度。每天按压耳穴 2~3 次,单耳取穴,两耳轮换,每 3 天一换。

2.1.2 对照组 口服氟西汀 20 mg,清晨顿服,每日 1 次,连服 28 d。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 HAMD(24 项)量表评分 两组治疗前后,由疗效评估师(经过专业培训的同一医师)通过 HAMD 评价抑郁程度改善情况。

2.2.2 抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)评分 用含有 20 个反映抑郁主观感受的项目评价患者的主观感受及其在治疗中的变化,每个项目分 A、B、C、D 4 个级别评分,其中前 10 个项目为正向评分,后 10 个项目为反向评分。积分低于 53 分为正常,表示没有抑郁,积分 ≥ 53 分表示患者抑郁,积分越高抑郁程度越高。

2.2.3 巴氏指数(Barthel Index, BI) 采用 BI 评价 PSD 患者日常生活活动能力,每个方面按照能力高低计 5~15 分,最后计算其总分。0 分代表日常生活活动能力很差,没有独立能力,全部日常生活皆需帮助。100 分表示患者基本的日常生活活动功能良好。积分越高,表示日常生活活动能力越强,密切观察并记录、分析两组患者治疗前后 BI 变化。

2.2.4 中医证候积分 参照文献^[6],对胸胁胀闷、嗝气太息、胸闷心悸、失眠健忘、精神不振、易怒善哭 6 个主要症状进行观察并量化积分,每项分无、轻、中、重依次按 0、1、2、3 计分,共 18 分,分值越高病情越重。

2.2.5 安全性评价及不良反应 ①一般体检项目:体温、脉搏、呼吸、血压、心率于治疗前后各检查记录 1 次;②血常规、尿常规、大便常规+隐血、肝功能、肾功能、心电图等,于治疗前后各检查记录 1 次。随时记录治疗过程中发生的不良反应,及时采取处理措施。

2.3 疗效判定标准 根据文献^[7]HAMD 评分标

准计算减分率,制定疗效判定标准。痊愈:减分率>75%;显效:减分率为51%~75%;有效:减分率为25%~50%;无效:减分率<25%。减分率=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。

2.4 统计学方法 选用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行统计分析。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。同组治疗前后均数比较采用配对 t 检验,两组间均数比较采用两个独立样本 t 检验;两组临床疗效的分布比较,采用 Mann-Whitney U 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 两组患者治疗前后 HAMD、SDS、BI 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	HAMD 评分			SDS 评分			BI		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	32	24.69±6.64	12.69±7.04*	12.00±5.84	65.22±7.26	45.91±3.32*	19.31±8.31	32.97±11.97	52.34±9.24*	19.37±8.11
治疗	32	24.56±7.19	10.09±6.41*	14.47±7.97	65.97±6.67	46.06±3.38*	19.90±7.38	32.19±11.70	65.94±6.65*	33.75±11.71#

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$

3.2 两组临床疗效比较 两组临床疗效分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示治疗组疗效与对照组相当。见表 2。

3.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 与治疗前比较,两组治疗后单项证候积分及总积分均显著减少($P<0.05$);两组单项证候积分及总积分差值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),表明两种

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 HAMD、SDS 评分比较 与治疗前比较,两组治疗后 HAMD、SDS 评分均显著减少($P<0.05$),BI 显著增加($P<0.05$)。治疗组 HAMD、SDS 评分差值与对照组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),提示治疗组抗抑郁疗效与对照组相当;治疗组 BI 差值与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组在升高 BI 方面明显优于对照组。见表 1。

疗法对 PSD 肝气郁结证均有显著效果,且疗效相当。见表 3。

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z 值	P 值
对照	32	9	13	5	5	34.28	-0.805	0.421
治疗	32	12	11	7	2	30.72		

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	胸胁胀闷积分			暖气太息积分			胸闷心悸积分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	32	2.50±0.49	1.09±0.59*	1.41±0.76	2.53±0.57	0.94±0.56*	1.59±0.71	2.53±0.51	0.91±0.59*	1.62±0.83
治疗	32	2.47±0.51	0.94±0.62*	1.53±0.84	2.50±0.51	0.63±0.49*	1.87±0.75	2.59±0.50	0.69±0.47*	1.90±0.53

组别	n	失眠健忘积分			精神不振积分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	32	2.65±0.48	0.84±0.57*	1.81±0.74	2.47±0.51	0.97±0.54*	1.50±0.67
治疗	32	2.56±0.50	0.72±0.46*	1.84±0.57	2.66±0.48	0.66±0.48*	2.00±0.57

组别	n	易怒善哭积分			总积分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	32	2.69±0.47	0.88±0.55*	1.81±0.82	15.38±1.34	5.63±1.96*	9.75±2.30
治疗	32	2.72±0.46	0.75±0.44*	1.97±0.59	15.50±1.34	4.38±1.52*	11.12±1.34

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

3.4 不良反应及安全性评价 治疗组出现皮下出血 2 例,晕针 1 例;对照组出现恶心呕吐 4 例,头晕 3 例,胸闷 3 例。两组不良反应均未影响治疗。两组患者的血常规、尿常规、肝肾功能等分别在治疗前后进行比较,均无明显异常变化。

4 讨论

目前,现代医学对 PSD 的病因尚未明确,有学者认为该病的发病机制与大脑损害后神经生物学改变密切相关^[8-9],与大脑神经突触间隙的神经递质——5-羟色胺和去甲肾上腺素等减少关系密切^[10]。研究显示氟西汀可抑制神经突触细胞对神经递质血清素的再吸收,使突触间隙内 5-羟色胺增

多,因此具有抗抑郁作用^[11]。但该药可引起胃肠道反应、头晕、胸闷等不良反应,且疗效不持久,加之 PSD 多见于中老年患者,常合并多种基础疾病及肝肾功能不全,服用药物较多,更易相互反应而增加不良反应。因此,笔者将减少毒性及不良反应作为本研究的切入点,观察针灸治疗该病的疗效。

PSD 是与脑有关的神志病,属中医“中风”与“郁证”之合病范畴。有学者认为本病由于中风后经脉闭阻、脏腑阴阳失调,使脑神失养,神失所藏而发病^[12],可见脑和神密切相关。脑为精明之府,诸阳经之神气皆上合于脑,其主要功能为主宰神志、思维、记忆及情感等。神是脑之功能的反映,脑是主宰

运用神的器官。清代吴谦《医宗金鉴》指出“头为诸阳之会,……内涵髓,脑为元神之府,以统全体。”张锡纯曰:“人之神明有体用,神明之体藏于脑,神明之用处于心。”皆认为脑为神所居,调神必先治脑。《难经·二十八难》记载:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里……上至风府入属于脑”,说明在循行分布上,督脉直接入络脑,督脉和脑关系极为密切。

耳与经络、脏腑亦有密切联系,早在《灵枢》就有记载:“耳者,宗脉之所聚也”“五脏六腑十二经脉有终于耳者”“肾气通于耳”。唐代孙思邈在《备急千金要方》说:“心气通于舌……寄见于耳,荣华于耳。”现代解剖学证实,耳廓上分布着极其丰富的神经,如耳颞神经、面神经、舌咽神经、交感神经。大量研究证明,耳穴与体穴经络感传都具有循经性,可传到相应脏腑并能引起该器官功能的显著变化,故刺激耳部相应穴位可调节脏腑功能,从而治疗多种疾病^[13]。

据“经脉所过,主治所及”,结合耳与经络、脏腑密切联系的理论,笔者认为选取相关督脉穴位合耳穴,可以较好地发挥协同作用,可能更有效地治疗PSD。有研究显示针刺督脉经穴可降低大脑皮质5-羟色胺的代谢,提高其神经活性,并能协调5-羟色胺与去甲肾上腺素之间的平衡^[14]。同时针刺督脉一些穴位还具有抑制亢进的下丘脑-垂体-肾上腺轴,提高单胺类神经递质含量,激活神经通路,提高海马的神经分化,抑制细胞凋亡,抑制炎症细胞因子产生作用^[15]。还有学者^[16-17]认为,针刺督脉穴亦可改善中风患者脑缺血后再灌注,提高脑组织内血管活性物质的含量,保护脑神经细胞,改善患者神经症状,从而促进患者的康复。并有中医学者认为抑郁为脑腑气机紊乱,脑神失调所致,故调理脑神是治疗抑郁的基本治则,主张以取督脉穴位为主治疗神志病^[18]。近年来,有学者采用耳穴结合其他疗法治疗PSD取得较好疗效^[19-20]。

本研究尝试将通督调神针法合耳穴压丸治疗PSD,观察是否有协同作用,并设氟西汀为对照观察疗效。通督调神针法是在安徽中医药大学第二附属医院张道宗教授的“病变在脑,首取督脉”学术思想指导下,针刺督脉穴位为主以达补益脑髓、开窍调神之作用。通督调神针法治疗PSD的取穴依据:百会穴具有安神益智、疏通脑络、协调百脉的作用;神庭别名“发际”,有宁神醒脑之功;风府穴是督脉、阳维脉与足太阳之会,有祛风醒脑之用;大椎穴为“三阳督脉之会”,调节六阳经经气,具有疏通经络、温阳益气之功;命门有补肾壮阳、培元固本、强健腰膝之功效;至阳具有壮阳益气、理气宽胸之功;腰阳关可

祛寒除湿、舒筋活络。七穴相配,共奏补益脑髓、开窍解郁、疏通气血之效。通督调神针法对PSD可起到标本兼治作用,使神机灵透,疗效显著。笔者同时取耳穴丘脑、神门、皮质下为主穴,其中丘脑可调节情绪反应,神门能宁心安神,缓解抑郁程度,皮质下具有调节大脑皮质的作用,三穴共奏宁心安神、益智解郁之效,再结合辨证配穴,以求治本之目的。此外,耳穴压丸具有疗效持久、方便、安全、便于操作等优点。

本研究结果表明,通督调神针法合耳穴压丸治疗PSD,通过SDS量表、中医证候量表、BI量表治疗前后及与对照组进行比较,病情均可明显改善,疗效与服用氟西汀相当,且治疗组不良反应明显少于后者,不失为治疗该病的较好疗法。但此疗法比服用氟西汀的远期疗效是否更为持久,笔者将对此作进一步观察。此外,具体作用机制尚不明确,有待今后深入研究。

参考文献:

- [1] LI J, OAKLEY L D, BROWN R L, et al. Early symptom measurement of post-stroke depression (PSD) [J]. J Affect Disord, 2016, 197: 215-222.
- [2] WANG S, SUN H, LIU S, WANG T, et al. Role of hypothalamic cannabinoid receptors in post-stroke depression in rats [J]. Brain Res Bull, 2016, 121: 91-97.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 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: 145-146.
- [5] 陈湘君. 中医内科学[M]. 2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2013: 389-392, 363-366.
- [6] 付豪. 耳针治疗中风后抑郁的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017: 39.
- [7] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 323-327.
- [8] GOLDMANN E, ROBERTS E T, PARIKH N S, et al. Race/ethnic differences in post-stroke depression (PSD): findings from the stroke warning information and faster treatment (SWIFT) study [J]. Ethn Dis, 2016, 26(1): 1-8.
- [9] ALGHWIRI A A. The Correlation between Depression, Balance, and Physical Functioning Post Stroke [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2016, 25(2): 475-479.
- [10] 郑美, 林燕红, 张建斌, 等. 针刺联合抗抑郁药治疗抑郁症44例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(11): 927-932.
- [11] 程素满, 陈金峰, 李志榕. 西酞普兰合并神衰宁丸治疗脑卒中后抑郁症[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(6): 251-253.

[12] 安志刚,房景奎. 中风后抑郁病因病机[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(2):51-53.

[13] 张京兰,王非. 电针耳穴治疗中风后抑郁症 34 例[J]. 中医外治杂志,2013,22(1):46-47.

[14] 康波,张平根,熊生财,等. 电针与阿米替林治疗抑郁症对照观察[J]. 中国针灸,2002,22(6):383-384.

[15] 户丽,梁佳,金树英,等. 针刺治疗抑郁症作用机制近 5 年研究进展[J]. 针刺研究,2013,38(3):253-258.

[16] 应赛霞,程介士. 电针对沙鼠脑缺血及再灌注时脑电活动的影响[J]. 针刺研究,1994,19(1):29-32.

[17] 许能贵,许冠荪,钟平,等. 电针督脉经穴对急性脑缺血大鼠一氧化氮及内皮素的影响[J]. 针刺研究,1996,21(3):18-21.

[18] 刘兰英,王玲玲. “脑为元神之府”理论在针灸治疗抑郁症中的指导意义[J]. 针灸临床杂志,2003,19(8):6-8.

[19] 杨晶,王非,肖文华,等. 耳穴电针结合中药治疗中风后抑郁症临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(1):102-104.

[20] 曹洪涛,崔应麟. 耳穴压豆合补益肝肾解郁方治疗中风后抑郁 40 例[J]. 河南中医,2017,37(5):817-819.

(收稿日期:2018-04-16;编辑:曹健)

Clinical Effect of Tongdu Tiaoshen Acupuncture Combined with Auricular Point Pressing Seeds in Treatment of Post-stroke Depression

WANG You-gang¹, GAO Da-hong¹, MU Dao-zhou², LIU Gang¹, TANG Jing-yi¹, ZHANG Ling¹, LONG Xiao-na¹, ZHANG Guo-qing¹, ZHU Ling-ling¹

(1. The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230061, China; 2. Department of Acupuncture and Moxibustion, The First People's Hospital of Jining, Shandong Jining 272011, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of Tongdu Tiaoshen Acupuncture combined with auricular point pressing seeds in the treatment of post-stroke depression. **Methods** A total of 64 patients were randomly divided into treatment group and control group, with 32 patients in each group. The patients in the treatment group were given Tongdu Tiaoshen Acupuncture combined with auricular point pressing seeds, with Baihui (DU20), Shenting (DU24), Fengfu (DU16), Dazhui (DU14), Mingmen (DU4), Zhiyang (DU9), and Yaoyangguan (DU3) on the governor vessel and Shenmen (TF4), thalamus acupoint (AT3, 4i), and subcortical acupoint (AT4) on the ear as the major acupoints, once a day on Monday to Saturday, for 4 consecutive weeks. The patients in the control group were given oral fluoxetine 20 mg at a draught every day after breakfast for 4 consecutive weeks. The 24-item Hamilton Depression Scale (HAMD), Self-Rating Depression Scale (SDS), traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, and Barthel Index (BI) were used to assess clinical outcome in both groups. **Results** After treatment, both groups had significant reductions in HAMD and SDS scores ($P<0.05$) and a significant increase in BI ($P<0.05$); there were no significant differences in the reductions in HAMD and SDS scores between the treatment group and the control group ($P>0.05$), while there was a significant difference in the increase in BI between the two groups ($P<0.05$). After treatment, both groups had significant reductions in TCM syndrome score and total score ($P<0.05$), and there were no significant differences in such reductions between the two groups ($P>0.05$). There was no significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Tongdu Tiaoshen Acupuncture combined with auricular point pressing seeds has a good clinical effect in the treatment of post-stroke depression and can significantly improve patients' symptoms and quality of life, with few adverse events.

[Key words] Post-stroke depression; Tongdu Tiaoshen Acupuncture; Auricular point pressing seeds; Fluoxetine