

热敏灸对抑郁症患者生活质量的影响研究

● 吴翔* 刘志勇 刘福水▲ 谢洪武

摘要 目的:探索热敏灸对于抑郁症患者生活质量的影响。方法:将我院住院和门诊符合相关研究条件的抑郁症患者70例,随机分为治疗组(即热敏灸措施干预组)与对照组各为35例。对治疗组予以进行4周时间的热敏灸治疗,在实施干预措施后,采用症状自评量表(SCL-90)、抑郁自评量表(SDS)和健康调查问卷(SF-36)的形式调查评定两组病人此4周时间的身心健康状况、抑郁状态和生活质量的变化情况。结果:治疗组抑郁症患者在系统热敏灸干预4周后其SCL-90、SDS、SF-36分值均明显低于干预前($P < 0.05$),治疗组与对照组相比($P < 0.05$),其各项分值差异具有统计学意义。结论:通过热敏灸辅助并有效地减轻抑郁症患者的焦虑、抑郁症状,提高其生活质量,值得深入研究并加以推广。

关键词 抑郁症 热敏灸 生活质量

抑郁症是一种由于生物、心理、社会等多种因素相互作用而导致的以情绪低落、思维意识迟缓、意志活动减退为主要特征的情感障碍性精神疾病。抑郁症在日常人群中的流行病学统计其患病率约为4%^[1],而且该患病率呈逐年上升的趋势,其高复发率、高自杀率严重地影响着人们的生存生活质量和工作效率,给家庭和社会带来沉重的负担^[2-4]。抑郁症病因系长期的不良应激源刺激引起,其病程较长,而且复杂多变,由于该病是心理学方面的病症,故其心理健康状况、患者的情绪均与生活工作质量密切相关。我们在临床长期采用热敏灸^[5]辅助治疗抑郁症取得较显著的疗效,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年9月~2014年6月期间在我院住院和门诊治疗的抑郁症患者,共70例。将患者按照就诊年月日与住院或门诊序列号相加的和取尾数,对照随机数字表分为两组:治疗组与对照组各35例。两组患者性别、年龄、病程等基本资料经统计学比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 诊断及纳入标准 符合下列诊断标准的抑郁症患者:①年龄范围在20~60岁;②符合美国精神疾病诊断与统计手册第四版(DSM-IV)有关抑郁症的诊断标准,且病程符合诊断标准持续2周以上;③签署抑郁症科研知情同意书,且完全自愿参加本研究者。

1.3 排除标准 ①合并其他精神疾病患者或既往有其他精神疾病患者;②合并中枢神经系统方面的器质性病变、严重的中枢神经系统外伤史及其他严重躯体性疾病患者;③除外抑郁-躁狂双相抑郁症患者;④经简易认知筛查量表(MMSE)筛查后证实认知功能障碍者。

* 作者简介 吴翔,男,主任医师,主要从事针灸临床和基础研究工作。

▲ 通讯作者 刘福水,男,副教授,副主任医师。E-mail: lfstcm@163.com

● 作者单位 江西中医药大学(330004)

表1 两组患者基本资料比较情况

组别	性别		年龄(岁)		病程(月)	
	男(例)	女(例)	年龄段	平均年龄	病程	平均病程
治疗组	18	17	21~53	31.3±2.8	6~47	9±3.1
对照组	19	16	22~52	31.4±3.1	7~48	9±3.0

注:两组患者基线资料比较, $P > 0.05$

1.4 治疗方法 治疗组在常规抑郁症药物治疗的基础上予以为期4周时间的较为系统的热敏灸干预措施;干预措施由专门的针灸治疗师组织并实施;对照组患者则只接受常规抑郁症药物治疗。热敏灸选穴处方:取双侧太阳穴,双侧风池穴,双侧风府穴,哑门穴,共计7穴。具体操作方法:患者俯卧位,医者手持调控点燃的艾条,在距离施灸腧穴部位的皮肤表面2~3cm左右高度施行回旋、雀啄、往返各30秒,余时间做温和灸。具体为:先行回旋灸30秒温热局部气血,继以雀啄灸30秒加强敏化,循经往返灸30秒激发经气,后再施以温和灸发动感传、开通经络。当腧穴位出现透热、扩热、传热、局部不热(或微热)远部热、表面不热(或微热)深部热或其它非热感等(如酸、胀、压、重等)感传时此即是所谓的热敏化。每穴灸10分钟,1周3次,总疗程为4周(1个月)。

1.5 评价指标 实施4周的热敏灸干预措施结束后,对两组患者采用症状自评量表(SCL-90)、抑郁自评量表(SDS)和健康调查问卷(SF-36)的形式调查并分析在此4周时间的身心健康状况、抑郁状态和生活质量情况的变化情况。(1)症状自评量表(SCL-90)测评抑郁症患者的身心健康状况^[6]:该量表具体内容包括10个主要的影响因子,它们分别为:人际方面的关系、躯体化的症状、强迫症、忧郁的情绪、焦虑的情绪、敌对的心理、恐惧的心理、偏执和精神病性的评分内容。制定该表并运用5级(1-5)评分法,该分值越高,说明身心健康水平越低,越不利于健康。(2)抑郁症患者的抑郁自评量表(SDS)^[6]:将其内含的每个条目逐条进行总结并按其出现的频度分4个数量的等级,各条目累计分/80(总最高分)为抑郁症的严重程度指数。评分指数在0.5以下者为无抑郁;0.50~0.59的患者为轻度抑郁状态;0.60~0.69的患者为中度抑郁症;0.70以上的患者为重度抑郁症。(3)健康调查问卷(SF-36)评定患者的生活质量^[7-9]:采用美国简明健康测量量表SF-36中文版内容,该量表总共有9个维

度和36个条目,该维度和分度以分类变量或等级变量的形式进行独立性分析,分值的高低直接反映患者健康状况,评分越高,生活质量越好。

1.6 统计学方法 采用SPSS19.0软件包进行相关数据的统计学分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的SCL-90总得分比较 如表2所示,治疗组抑郁症患者在系统热敏灸干预4周后其SCL-90分值均明显低于干预前($P < 0.05$),治疗组与对照组相比($P < 0.05$),差异具有统计学意义。

表2 两组患者SCL-90总得分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	治疗组	对照组
入院时	121.16±13.82	121.20±14.11
治疗4周后	156.21±11.37*#	142.43±11.41

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$;与对照组比较, # $P < 0.05$

2.2 两组患者的SDS得分比较 如表3所示,治疗组抑郁症患者在系统热敏灸干预4周后其SDS分值均明显低于干预前($P < 0.05$),治疗组与对照组相比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 两组患者SDS得分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	治疗组	对照组
入院时	0.63±0.24	0.62±0.48
治疗4周后	0.43±0.07*#	0.51±0.37

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$;与对照组比较, # $P < 0.05$

2.3 两组患者的SF-36总体健康得分比较 如表4所示,治疗组抑郁症患者在系统热敏灸干预4周后其SF-36总体健康分值均明显低于干预前($P < 0.05$),治疗组与对照组相比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 两组患者 SF-36 总体健康得分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	治疗组	对照组
入院时	41.38 ± 8.47	41.21 ± 9.01
治疗4周后	51.19 ± 8.26*#	46.31 ± 8.87

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,# $P < 0.05$

3 讨论

抑郁症辨证总属郁证范畴,其病因病机文献早有记载。《证治汇补·郁证》中提出:“郁病虽多,皆因气不周流,法当顺气为先。”抑郁症的病因和机制机理尚不明确,该病无明显的特征性体征和确切检测指标的异常表现,缺乏比较公认而权威的学说或说法,虽相关方面的假说很多,但总归抑郁症是一个复杂的社会问题^[10]。抑郁症患者存在的心理问题,难以用片面局限的语言解释或推测未来某项目的变化。本研究选择运用的症状自评量表(SCL-90)、抑郁自评量表(SDS)和健康调查问卷(SF-36)评分量表是针对抑郁症患者比较常见而且常用比较公认权威的量表。抑郁症患者生活质量方面^[11]的研究主要集中在该患者在社会生活和日常生活中的各项生活能力(包括社交能力)和主观感觉感受,集中体现在生物医学和社会心理学方面。

医务人员选择性地对抑郁患者在药物治疗的基础上实施辅助或支持措施,使其产生对未来生活方面的希望和信心,帮助其尽快脱离抑郁症的角色,发挥治疗互动职能特色,使患者能在干预措施中与医务人员合作并积极参与,改变其一味的观察并理解问题的角度,取代病理性抑郁症的认知模式。本实验中治疗组抑郁症患者在系统热敏灸干预4周后其SCL-90、SDS、SF-36分值均明显低于干预前($P < 0.05$),治疗组与对照组相比($P < 0.05$),其各项分值差异具有统计学意义。通过热敏灸辅助并有效地减轻抑郁症患者的焦虑、抑郁症状,提高其生活质量。艾灸疗法作为传统中医康复治疗方法的一种,其不同于西医疗疗;中医学认为,该疗法能温经通络、行气通络。热敏灸^[12-14]是一种新兴的艾灸疗法,是我们在临床实际运用中发现的可以个体化、动态、激发腧穴经络感传的高效治疗方法,遵循“气至而有效”^[15]。该疗法以艾灸时腧穴位出现“小刺激大反应”:透热、扩热、传热、局部不热(或微热)远部热、表面不热(或微热)深部热或其它非热感等(如酸、胀、压、重等)感传现象。热敏灸具有集热疗、光

疗、药物刺激与特定腧穴刺激得气感应于一体的作用。分析其治病的机制机理可能是热敏化悬灸腧穴后局部产生能量信息,通过经络的传导,调节相应脏腑器官的生理活动,调节微循环和自身内环境,达到综合调理的目的。

虽然抑郁症目前尚不能行根除性治疗,加之其较高的复发率和自杀率,临床上必须采取确实的干预措施,现今比较常采用药物和心理社会干预的综合措施,两者相互结合和互为补充,共同在这些方面尤其是在生活质量方面具有良好的调节作用^[16-17]。抑郁症是一个复杂的社会问题,综合干预治疗措施应以积极坦诚的态度关注患者病情变化,与患者建立共同的改善抑郁症状的信心,与患者共同分析处境并采取应对方法,使患者获得正能量,共创一种尊重、信赖、温馨的气氛,进而走向康复,回归社会生活。

参考文献

- [1] Kraft J B, Slager S L, McGrath P J, et al. Sequence analysis of the serotonin transporter and associations with antidepressant response [J]. Biol Psychiatry, 2005, 58(5): 374-381.
- [2] 龚绍麟. 抑郁症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1.
- [3] Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [M]. Cambridge (USA): Harvard University Press, 1996: 412-417, 445-448.
- [4] 邹韶红, 张弧林, 党海红, 等. 家庭暴力与抑郁症患者自杀的相关研究[J]. 中华精神科杂志, 2003, 36(14): 238-241.
- [5] 陈日新, 康明非. 一种新类型的疾病反应点—热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(2): 29-30.
- [6] 张明园. 精神科评定量表手册. 2版. 长沙: 湖南科学出版社, 1998: 17, 27.
- [7] 张作记. 行为医学量表手册[J]. 中国行为医学科学, 2001, 特刊: 19-24.
- [8] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.
- [9] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 增刊: 123-125.
- [10] 和昱辰, 张波. 抑郁症临床研究进展[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(7): 832-834.
- [11] 郭金宏, 曹长安, 廖春平, 等. 米氮平和氯米帕明对抑郁症病人生活质量的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 2006, 20(6): 415.
- [12] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志, 2006, (12): 905-906.
- [13] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 163.

(下转第55页)

1.5 治疗方法 治疗组:选用圣愈汤加味,组成:党参15g,炙黄芪15g,熟地15g,白芍10g,当归10g,川芎6g,升麻6g,益母草15g,艾叶炭10g,五灵脂10g,生甘草3g。每日1剂,水煎内服,分早晚2次饭后温服,1周为1疗程。

对照组:用宫血宁胶囊[云南白药集团股份有限公司,批准文号:滇卫药准字(1995)第000392号,规格:130mg/粒],每次2粒,每日3次,1周为1疗程。

1.6 疗效评估标准 参照《全国功血科研规划疗效评定标准》。显效:阴道出血在用药3~7d内停止,经量正常;有效:阴道出血在用药7~10d内停止,或经量减少1/3~1/2;无效:阴道出血在用药10d以上未减或减少不足1/3,或大量出血超过24d,改用其它方法者。

1.7 统计方法 应用SPSS12.0版统计软件对研究数据进行统计学处理。计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组40例患者中,治愈24例,占60%;显效8例,占20%;好转6例,占15%;无效2例,占5%,总有效率为95%。对照组40例患者中,治愈15例,占37.5%;显效8例,占20%;好转12例,占30%;无效5例,占12.5%,总有效率为87.5%。经统计学处理,两组总有效率相比差异有统计学意义($\chi^2 = 4.050, P = 0.044 < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	24	8	6	2	95 [▲]
对照组	40	15	8	12	5	87.5

注:与对照组相比,▲ $P < 0.05$

3 讨论

祖国医学认为崩漏主要由于血热、气虚、脾肾不固等各种原因损伤冲任二脉,冲任气虚,不能统血,使血从胞中非时而下^[4]。正如《妇人大全良方》所云“妇人崩中漏下者,由劳伤血气,冲任之脉虚损故也”

“劳伤冲任,不能制约经血而为崩也”。无论是崩中还是漏下,均耗气伤血,持续出血,则血脱气陷,气血大衰,气虚不能摄血,使出血加重,故本病之本在于气虚。本文崩漏患者绝大部分为务农者,每逢农忙时节农作过度,耗伤脾气,中气下陷,冲任不固,气不摄血,血失统摄溢于脉外,而致异常阴道出血。因农忙未能及时诊治,出血日久,气血两虚,气虚不能摄血,血虚无以载气,互为因果,加重崩漏。

治疗崩漏应以“急则治其标,缓则治其本”为原则^[5]。临床时应灵活掌握塞流,澄源,复旧三大法则。塞流即止血之意,急当止血防脱常采用固气摄血之法;澄源是指正本清源,也是求因治本,是治疗崩漏尤为重要的阶段;复旧是指固本善后,治疗分为补肾、调肝,扶脾。治崩漏的三大法是一个统一的整体,既有区分又有联系,决不能机械的截然分开,塞流需澄源,澄源为固本。

圣愈汤加味为临床常用方,方中党参益气生津养血,黄芪补气升阳,升麻升举阳气,三者共奏益气升阳摄血;熟地补血滋阴、养精填髓,白芍养血调经,当归补血活血调经,川芎活血行气,四药搭配,滋阴补血,归芍与地芍相合,则行血而不伤血,地芍得归芍,则补血且不滞血,养五脏之阴又调经补血,四药组合,滋而不腻,温而不燥,刚柔相济,阴阳调和,使血自生;益母草活血调经,艾叶炭调经止血,五灵脂活血化瘀止血,共起活血调经止血,甘草益气补中,调和药性。众药配伍以达益气升阳、补血活血、养血止血之效,治疗气血两虚型崩漏,每获良效。

参考文献

- [1] 杨佳,吴剑兰,高静. 崩漏中医治疗研究概况[J]. 中国民族民间医药杂志. 2013,17(11):43-44.
- [2] 陈粮,袁玉枝,刁伟坚,等. 近10年中医药诊治功血的进展[J]. 中国中医药现代远程教育. 2013,161(9):152-154.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201.
- [4] 李郑生. 李振华教授治疗崩漏经验[J]. 河南中医,2006,26(7):25-26.
- [5] 李莉. 补中益气汤加味治疗崩漏96例[J]. 辽宁中医学院学报,2005,7(6):590.
- [6] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:12.
- [7] 陈日新,康明非. 灸之要,气至而有效[J]. 中国针灸,2008(1):44-46.
- [8] Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial[J]. Journal of the American Medical Association, 2002, 288(22):2836-2837.
- [9] Rogers. A way of being[M]. Boston: Houghton-Mifflin, 2000:153.

(上接第39页)

- [10] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:12.
- [11] 陈日新,康明非. 灸之要,气至而有效[J]. 中国针灸,2008(1):44-46.
- [12] Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial[J]. Journal of the American Medical Association, 2002, 288(22):2836-2837.
- [13] Rogers. A way of being[M]. Boston: Houghton-Mifflin, 2000:153.