

疏肝解郁法针刺预防急性心肌梗死患者早期抑郁状态临床观察

孙静, 陈林榕, 刘培中, 彭敏, 张艳玲

广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519000

[摘要] 目的: 观察疏肝解郁法针刺预防急性心肌梗死患者早期抑郁状态的临床疗效。方法: 将53例急性心肌梗死患者随机分为2组, 对照组予西医基础治疗(药物治疗、急诊或择期冠脉介入术), 同时进行常规医护病情宣教。治疗组在对照组治疗的基础上加用疏肝解郁法针刺治疗, 观察2组治疗前后Zung氏抑郁自评量表系统(SDS)评分及临床疗效。结果: 2组组内SDS评分治疗后与治疗前比较, 均有增加, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 2组组间SDS评分治疗后比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后抑郁程度比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$); 治疗组治疗后抑郁状态发生率44.44%, 对照组抑郁状态发生率88.46%, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。结论: 疏肝解郁法针刺能有效预防急性心肌梗死患者早期的抑郁状态。

[关键词] 急性心肌梗死(AMI); 抑郁状态; 针刺; 疏肝解郁法; 期门; 章门

[中图分类号] R542.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)02-0167-03

急性心肌梗死(AMI)是指在冠状动脉病变的基础上, 发生冠状动脉血供急剧减少或中断, 使相应心肌严重而持久地急性缺血所致的部分心肌急性坏死。临床表现为胸骨后或左胸部压榨样疼痛, 或呈压迫感、憋闷感、濒死感, 通常疼痛程度剧烈, 持续时间长。国外大型研究表明, 急性心肌梗死后抑郁的发生率为15%~30%^[1~2], 因AMI住院的患者可能存在抑郁状态, 而这种抑郁可能直接影响疾病的预后。抑郁是AMI后患者死亡的一个独立的危险因素^[3~4]。因此, 如何预防和减轻抑郁状态, 改善患者远期预后, 成为摆在我们面前的一个严峻问题。中医学历来重视“治未病”, 其思想包括未病先防与既病防变。本科室根据“治未病”思想, 运用疏肝解郁法针刺预防AMI患者早期抑郁状态, 收到良好效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合《心血管病治疗指南和建议》^[5]中AMI诊断标准; 病情相对稳定, 能够配合完成评分者。并排除: 合并心源性休克、心力衰竭和严重心律失常等并发症者; 神志异常不能配合的患者;

既往有精神病史者; 既往有晕针病史者。

1.2 一般资料 观察病例为2008年1月~2013年7月本院心血管内科符合入选标准的AMI患者, 共53例, 随机分为2组。治疗组27例, 男22例, 女5例; 年龄40~83岁, 平均(63.78±13.37)岁; 病程1~48h, 平均(8.69±9.33)h; 广泛前壁7例, 前壁9例, 前间壁2例, 下壁9例; 入院第2天Zung氏抑郁自评量表系统(SDS)标准分平均(36.59±8.04)分, 其中无抑郁者24例, 轻度抑郁者3例。对照组26例, 男21例, 女5例; 年龄38~76岁, 平均(58.12±12.10)岁; 病程1~72h, 平均(16.65±20.40)h; 广泛前壁11例, 前壁7例, 前间壁1例, 下壁6例, 后壁1例; 入院第2天SDS标准分平均(35.77±7.29)分, 其中无抑郁者23例, 轻度抑郁者3例。2组一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医基础治疗(药物治疗、急诊或择期冠脉介入术), 同时进行常规医护病情宣教, 药物治疗参照《心血管病治疗指南和建议》^[5]中“急性心

[收稿日期] 2013-11-04

[作者简介] 孙静(1978-), 女, 医学硕士, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合治疗心血管病。

肌梗死诊断和治疗指南”的建议,包括抗血小板聚集、抗凝、扩张冠状动脉、调脂抗炎稳定斑块、吗啡镇痛等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,加用疏肝解郁法针刺治疗。患者取平卧位,选取足厥阴肝经穴位,主穴:章门、期门(双侧),配穴太冲(双侧)。穴位定位参照《针灸学》^[6]。局部皮肤与周围常规消毒,选用一次性无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司),规格0.30 mm×25 mm,用酒精棉球固定针体下端进针,操作过程当精力集中,仔细操作。章门、期门穴采用斜刺、捻转针刺手法,太冲穴采用直刺、提插捻转针刺手法,进针约0.5~0.8寸;以局部出现酸、麻、胀的针感为主;留针30 min,每10 min刺激1次,采用平补平泻法,治疗7天为1疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 运用SDS,2组分别于入院后第2天、第9天进行评分,获得粗分;粗分乘以1.25取整数部分,获得标准分。不良反应观察。操作前后生命体征观察。

3.2 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用成组设计资料 t 检验;两样本率的比较采用 χ^2 检验;有序分类资料采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 SDS标准分的分界值为50分,最后得分在50分以下为正常,50~59分为轻度抑郁,60~69分为中度抑郁,70分以上为重度抑郁。

4.2 2组治疗前后SDS评分比较 见表1。2组组内SDS评分治疗后与治疗前比较,均有增加,差异均有显著性意义($P < 0.05$),提示AMI患者早期可发生抑郁倾向或原有抑郁程度加重。2组组间SDS评分治疗后比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),提示与对照组比较,治疗组治疗后患者SDS评分增加幅度较小,疏肝解郁法针刺有一定的预防抑郁发生和抑郁加剧的作用。

表1 2组治疗前后SDS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

| 组别 | n | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|--------------|---------------|
| 治疗组 | 27 | 36.59 ± 8.04 | 46.15 ± 11.50 |
| 对照组 | 26 | 35.77 ± 7.29 | 56.38 ± 9.04 |

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2组治疗后抑郁情况比较 见表2。2组治疗后,经Ridit分析,差异有非常显著性意义($P < 0.01$),提示治疗组对AMI患者早期抑郁状态的干预疗效优于对照组。2组治疗后总抑郁患者数(率)比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$),提示治疗组AMI患者早期总体抑郁发生率低于对照组。

表2 2组治疗后抑郁情况比较

| 组别 | n | 例(%) | | | | 总抑郁情况 |
|-----|----|-----------|-----------|----------|---------|-----------|
| | | 无 | 轻度 | 中度 | 重度 | |
| 治疗组 | 27 | 15(55.56) | 8(29.63) | 3(11.11) | 1(3.70) | 12(44.44) |
| 对照组 | 26 | 3(11.54) | 12(46.15) | 9(34.62) | 2(7.69) | 23(88.46) |

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 安全性评价 2组在针刺操作过程中及操作后均无血气胸、内脏出血及晕针等不良反应,生命体征稳定,无因针刺导致AMI患者症状加剧及心肌梗死面积增加者。

5 讨论

AMI属中医学胸痹心痛、真心痛、厥心痛等范畴。《内经》云:“心痹者,脉不通”、“病生于脉,治之以灸刺”;唐·孙思邈在《千金要方》和《千金翼方》中指出:“心痛暴绞急欲绝,灸神府百壮……”、“心痛如锥刀刺气结,灸膈俞七壮”、“心痛如椎针刺,然谷、太溪主之”、“心痛短气不足以息,刺手太阴”、“胸痹引背时寒,间使主之;胸痹心痛,天井主之”等,为针灸治疗心痛总结了许多有效的经验。章门、期门、太冲均为足厥阴肝经穴。章门为脾募穴、八会穴之脏穴,具有疏肝理气、健脾化湿、化滞消痞之效;期门为肝募穴,具有疏肝和胃、健脾祛湿、化滞消痞之功,为肝病必取之穴;太冲为输穴、原穴,具有平肝、疏肝、养肝等功效。

21世纪的医学模式已从临床医学转向预防医学,单纯的医疗形式已落后于时代和人们的要求。中医“治未病”思想其源头可溯之《内经》,主要包括:未病先防与既病防变。“未病先防”体现于《素问·四气调神大论》:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎。”突出“圣人治未病”。“既病防变”体现于《素问·阴阳应象大论》所谓“善治者治皮毛,其次治肌肤,其次治筋脉,其次治六腑,其次治五脏,治五脏者半死半生也”及《素问·八正神明论》所谓“上工救其萌芽,

……下工救其已成”。就是示人有病早治，既病防变。东汉著名医家张仲景将《内经》治未病思想之理论法则与临床实践紧密结合，并加以丰富和发展，其巨著《金匱要略》及《伤寒杂病论》体现着未病先防、有病早治、既病防传、病盛防危防逆、瘥后防复、防贯始终的防治结合，防寓于治的预防医学思想，从而开创了“预防为主，防治结合”之先河。

AMI 早期(1周内)，100%的患者有焦虑情绪，AMI 越早期，焦虑水平越高，而出现抑郁情绪的病例所占比例很小，即AMI 早期情绪障碍以焦虑为主，而随着病情转归渐渐明确，焦虑症状也由重转轻，早期以焦虑为主的情绪障碍转为以抑郁为主的情绪障碍(1周后)^[7]。因AMI 而住院的患者由于对疾病的恐惧、担心或因住院治疗所带来的经济负担，可能导致抑郁状态的发生，使患者终日抑郁不舒，对治疗失去信心，精神防线崩溃，而这种心理异常将影响患者的生活质量。Frasure-Smith N 等^[8-9]调查了抑郁对222例心肌梗死患者6月和18月生存状况的影响，发现抑郁是患心肌梗死后死亡的一个独立的危险因素。

笔者在临床观察中亦发现，AMI 患者1周后抑郁情绪逐渐增加，故早期运用疏肝解郁法针刺干预AMI 患者抑郁情绪，使其抑郁忧思得解，则气流畅、神气调和，情志舒畅，达到“未病先防，既病防变”的目的。本观察发现，虽然2组治疗后SDS评分均有增加，但治疗组SDS评分增加幅度相对较小，总体抑郁发生数少，抑郁程度相对较轻，提示疏肝解郁法针刺有一定的预防AMI 早期抑郁状态发生或加剧的作用。安全性方面，因AMI 患者病情较重，故在针刺操作过程中当注意手法轻柔，平补平泻，避免强刺激导致病情加重。本观察发现，2组在针刺操作过程中及操作后均无血气胸、内脏出血及晕针等不良反应，生命体征稳定，无因针刺导致AMI 患者症状加剧及心肌梗死面积增加者。AMI 后并发心理疾病对患者总体健康而言，甚至比疾病本身的影响更甚。因此，在AMI 患者心理疾病的治疗中，我们不应“重治轻防”，而应“预防为主，防治结合”，应尽早

做好对AMI 患者早期的抑郁情况的调查，尽早采取针对性的干预措施，有助于消除患者的抑郁症状，使患者平安渡过危险期，提高生活质量及临床治愈率，减少抑郁增加的AMI 后心血管事件及死亡率。

[参考文献]

- [1] Lauzon C, Beck CA, Huynh T, et al. Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction[J]. CMAJ, 2003, 168(5): 547-552.
- [2] Nancy Frasure-Smith, Francois Lespérance, Ginette Gravel, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction[J]. Circulation, 2000, 101(16): 1919-1924.
- [3] Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, et al. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction[J]. Am J Cardiol, 2003, 92(11): 1277-1281.
- [4] Lane D, Ring C, Lip GY, et al. Depression, indirect clinical markers of cardiac disease severity, and mortality following myocardial infarction [J]. Heart, 2005, 91(4): 531-532.
- [5] 高润霖. 心血管病治疗指南和建议[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 13-19.
- [6] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 119-122.
- [7] 宁淑娥, 李萍. 急性心肌梗死患者早期焦虑情绪及相关因素分析[J]. 中国行为医学科学, 2005, 14(5): 417-418.
- [8] Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival[J]. JAMA, 1993, 270(15): 1819-1825.
- [9] Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction[J]. Circulation, 1995, 91(4): 999-1005.

(责任编辑: 刘淑婷)