



中药足浴联合穴位敷贴治疗阴虚火旺型心脏神经官能症 60 例

郑晓萍, 林 莘, 陈 惠, 郑 艳

(福州市中医院 福建福州 350001)

摘要:目的: 观察中药足浴联合穴位敷贴治疗阴虚火旺型心脏神经官能症的临床疗效。方法: 将 60 例符合诊断标准的患者随机分为药物组与实验组, 其中药物组采用口服常规西药治疗; 实验组在药物组基础上予以中药足浴联合穴位贴敷, 两组均每天治疗 1 次, 1 个疗程 7 次, 共治疗 2 个疗程; 于治疗前、2 周后及 4 周后随访时进行数据的收集, 分别从 HAMD 评分、SSS 评分、症状积分、疗效四个方面观察两组整体疗效。结果: 治疗 2 周及 4 周后的随访, 两组的 HAMD 评分、SSS 评分、症状积分均较前明显降低, 疗效均较前明显改善; 组间比较 HAMD、症状积分方面以实验组的整体疗效改善更为明显 ($P<0.05$); 而 SSS 评分在治疗 2 周后, 两组无明显差异, 于 4 周后随访时 SSS 评分以实验组降低更为明显 ($P<0.05$)。结论: 该研究采用中药足浴联合穴位贴敷治疗阴虚火旺型心脏神经官能症, 方法绿色无副作用, 且能使治疗效果达到事半功倍, 值得临床推广。

关键词: 中药足浴 穴位敷贴 阴虚火旺型 心脏神经官能症

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 19-333-02

心脏神经官能症 (cardiac neurosis, CN) 是排除心脏的器质性病变而表现在胸痛、胸闷、失眠、心烦、多汗等植物神经功能紊乱的一种疾病, 本病女性患者占大多数, 并常常合并焦虑、抑郁等心理问题[1], 给患者的生活带来了极大的危害。近几年来采用中药、针灸、刮痧、艾灸等中医特色疗法治疗 CN 有其独特的优势; 故本研究主要观察中药足浴联合穴位贴敷治疗本病的临床疗效 [2]。

1. 临床资料

1.1 一般资料: 纳入 2016 年 3 月至 2017 年 3 月期间福州市中医院心血管科病房中符合标准的 60 例 CN 患者; 西医诊断标准参照《实用内科学》(第 14 版) 及《中国精神障碍分类与诊断标准》[3-4]; 将《中医病证诊断疗效标准》[5] 作为中医证型的诊断标准; 随机分组后两组各 30 例, 研究期间未有脱落及中止, 药物组平均年龄 39.0 ± 6.97 (岁), 实验组的平均年龄 40.0 ± 7.58 (岁), 两组间年龄比较无差异性 ($U=399.5$, $Z=-7.5$, $P=0.45$); 药物组平均病程 10.8 ± 5.15 (月), 实验组平均病程 11.2 ± 5.46 (月), 两组间病程比较无差异性 ($U=427.5$, $Z=-3.33$, $P=0.74$); 两组基线情况一致, 具有可比性。

1.2 排除标准: ①年龄小于 20 或大于 65; ②有心、肝、脑、肾器质性病变的患者; 排除由其他原因导致的非特异性的 ST-T 段改变或心动过速; X 片显示为颈椎过屈或者过伸; 彩超提示心脏异常体征; 血液检查提示有严重的内分泌系统疾病; ③处于妊娠期间或哺乳期; ④近 2 个月还参与其他试验者或滥用药物者。⑤有精神病史。

2. 治疗方法:

2.1 一般护理: ①嘱患者积极锻炼身体, 饮食宜清淡; ②遵嘱服药; ③告知贴敷注意事项: 不能过度运动而致汗出太多, 容易胶布脱落; 若出现刺激、过敏、发泡起疹等现象, 应及时摘除。

2.2 心理护理: ①关爱患者, 建立和谐的关系, 注意沟通的语气, 避免各种可能加重患者不良情绪的因素; ②积极解答患者疑惑; ③采用正确的针对性心理疏导方式; ④积极与家属沟通, 共同配合帮助患者建立信心克服疾病[6]。

2.3 口服西药: 口服酒石酸美托洛尔片 12.5mg, 早晚两次; 维生素 B110mg 与谷维素 20mg 均为三餐服用 [7-8]。

2.4 中药足浴: 以酸枣仁汤[9]加减百合苏叶汤进行足浴, 具体方药如下: 酸枣仁 20g、百合 30g、紫苏叶 30g、远志 25g、天冬 30g、麦冬 30g、丹参 20g、五味子 25g、地骨皮 20g, 将中药大火煮沸后, 熬至 1500ml; 倒入高 65cm, 直径 40cm 的足浴桶, 当桶内水温达到合适的温度时, 嘱患者双脚置于足浴桶内的脚踏板上, 在浸泡过

程中, 按摩双脚, 搓动双脚背、脚心; 每次足浴时间为 30min, 擦干后进行穴位贴敷[10]。

2.5 穴位贴敷: 于每次中药足浴后进行穴位贴敷, 其中药物主要取研成粉末的吴茱萸 4g 调和薄荷油 2ml, 将药物调制成糊状, 置于 2cm 大小的方形胶布内的凹槽中; 对患者进行定位后, 用 75%酒精常规消毒局部穴位后, 将药物贴敷于心俞、厥阴俞、肾俞、内关、太溪、涌泉穴 (20:00-次日 8:00), 每天 1 次, 7 次为 1 疗程, 共 2 个疗程 [11]。

3. 观察指标

3.1 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD): 是一种反应精神心理问题的指标, 由另一位不知实验设计的医师在治疗前、2 周后及 4 周后的随访, 采用问卷方式对患者进行评分。

3.2 躯体症状自评量表评分 (SSS): 常用来弥补汉密尔顿抑郁量表的不足, 分别对患者心血管、胃肠等多个方面症状的评分, 是一种综合化的躯体功能方面的评定, 同汉密尔顿量表同时进行。

3.3 症状积分量表及疗效评价指标: 于治疗 2 周、4 周后参照《中药新药临床研究指导原则》[12]进行症状积分的统计及评价, 若分值下降 $\geq 95\%$ 且症状体征消失为痊愈; 若分值下降 $\geq 75\%$ 且症状体征明显改善则为显效; 若分值下降 $\geq 30\%$ 且症状体征有改善为有效; 若分值下降 $\leq 30\%$ 且症状体征无改善, 则为无效。

4. 统计学处理

采用 SPSS18.0 软件统计软件进行数据分析, 计数资料采用卡方检验; 计量资料采用秩和检验或配对 t 检验; 疗效等级比较采用 Ridit 分析。

5. 结果

两组分别从治疗前后的 HAMD 评分、SSS 评分、症状积分量表、疗效四个方面进行比较, 两组治疗均较前有差异, 实验组均较药物组有统计学意义 ($P<0.05$)。(表 1、2、3、4、5)

表 1 两组治疗前、后的 HAMD 比较表 (分)

组 别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
药物组	21.2 ± 3.48	17.9 ± 2.67 △	13.8 ± 2.97 ▲
实验组	21.9 ± 3.63	15.35 ± 3.08	9.52 ± 1.76 ■

组内比较: 2 周后药物组 △ $P<0.01$; 4 周后药物组 ▲ $P<0.01$; 2 周后实验组 □ $P<0.01$; 4 周后实验组 ■ $P<0.01$ 。



•综合医学•

组间比较: 2 周后: $\square P < 0.01$; 4 周后: $\bullet P < 0.01$ 。

表 2 两组治疗前、后的 SSS 评分比较表(分)

组 别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
药物组	23.2 ± 6.84	16.9 ± 5.62 $\triangle$ $\square$	12.9 ± 4.63 $\blacktriangle$ $\blacksquare$
实验组	22.6 ± 5.55	15.6 ± 3.39 $\square$	9.7 ± 2.35 $\blacksquare$

组内比较: 2 周后药物组 $\triangle P < 0.01$; 4 周后药物组 $\blacktriangle P < 0.01$; 2 周后实验组 $\square P < 0.01$; 4 周后实验组 $\blacksquare P < 0.01$ 。

组间比较: 2 周后: $\square P > 0.05$; 4 周后: $\blacksquare P < 0.05$ 。

表 3 两组治疗前、后的症状积分量表比较表(分)

组 别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
药物组	24.9 ± 3.96	17.4 ± 6.46 $\triangle$ $\circ$	13.3 ± 7.09 $\blacktriangle$ $\bullet$
实验组	23.8 ± 4.08	12.1 ± 8.0 $\square$	7.6 ± 6.15 $\blacksquare$

组内比较: 2 周后药物组 $\triangle P < 0.01$; 4 周后药物组 $\blacktriangle P < 0.01$; 2 周后实验组 $\square P < 0.01$; 4 周后实验组 $\blacksquare P < 0.01$ 。

组间比较: 2 周后 $\circ P = 0.04 < 0.05$; 4 周后 $\bullet P = 0.002 < 0.01$ 。

表 4 两组治疗 2 周后的疗效比较表(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
药物组	30	0	3	8	19	36.7%
实验组	30	3	4	15	8	73.3%

由药物组总体 R 均值为 0.59, 95% 置信区间 (0.50-0.68); 实验组总体 R 均值为 0.40, 95% 置信区间 (0.30-0.49), 两组 CI 值无重叠, 具有统计学意义。

表 5 两组治疗 4 周后随访的疗效比较表(例)

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
药物组	30	2	4	13	11	63.3%
实验组	30	5	6	17	2	93.3%

由药物组总体 R 均值 0.59, 95% 置信区间为 (0.49-0.69), 实验组总体 R 均值为 0.40, 95% 置信区间为 (0.31-0.48); 两组 CI 值无重叠, 具有统计学意义。

6. 讨论

现代医学对本病的发病机制主要考虑为生物-心理-社会共同作用下产生的以神经和内分泌系统失调为主要表现的一组症状, 其表现在心血管系统的症状是由于交感神经与副交感神经失衡, 交感神经兴奋, 促进了肾上腺皮质激素的分泌, 故表现为心慌、胸闷、气短, 同时还可伴有失眠、烦躁、头晕、头痛、焦虑等症状, 故需与更年期综合征、甲状腺亢进、焦虑症等病相鉴别。

现代医学主要以口服抗抑郁药、维生素、 β 受体阻滞剂等西药为主要治疗方法[13], 因其还会伴有不同程度的心理障碍, 所以治疗上配合心理干预极为必要; 循证医学研究表明倍他乐克属于 β 受体阻滞剂, 具有抗交感神经兴奋引起的窦性心动过速、早搏等心律失常, 谷维素与维生素 B1 均具有营养植物神经功能, 三者联合用药治疗心脏神经官能症常常能取得较好的效果[6-7]。

本病可归纳于中医学的“心悸”“不寐”“怔忡”等疾病范畴; 其中阴虚火旺型是本病较为常见的证型, 其本质为心肾失交, 因心为五脏六腑之大主, 心主神志, 神之所舍, 为离卦, 属火; 肾主藏精, 为坎卦, 属水; 水火既济, 阴阳则动态平衡, 若肾水不济心火, 导致心

火上亢, 即为肾阴虚, 心火旺, 故发为阴虚火旺。

足浴按摩是一个全息疗法, 因足部不仅包含人体多个反射区, 还包括人体上百个穴位; 中药足浴是在透皮吸收中药的基础上, 加上热能和穴位刺激, 从而起到多重叠加效应; 该足浴方以酸枣仁汤加減百合苏叶汤为主方, 因酸枣仁能养心阴, 除虚烦, 为治疗心悸怔忡要药; 百合苦而微寒, 具有滋阴清热、宁心安神的功效, 紫苏叶可宽胸理气, 疏肝解郁, 对肝气郁结导致的情志不遂有很好的效果, 酸枣仁汤养血安神, 主治虚热扰神导致的心神不宁; 百合苏叶汤可调和阴阳, 两者配合可治疗本病所表现的失眠、心悸、焦虑等症状[9]。

穴位贴敷主要通过贴敷的药物刺激从而达到促进局部的血液循环, 该法免除药物的首过效应, 使药物的作用与穴位的作用得到双重叠加; 而吴茱萸调和薄荷油可增加透皮吸收的效应, 作用于心俞、厥阴俞、肾俞、内关、太溪、涌泉穴, 可以起到清心火, 滋肾阴, 安神宁心定悸之功[10]。

本病病机较为复杂, 病性多为虚实夹杂, 临床上患者常需要长期口服西药治疗, 不可避免药物的副作用, 该研究采用中药足浴配合穴位贴敷治疗阴虚火旺型神经官能症, 方法绿色无副作用, 能使治疗效果达到事半功倍, 值得临床广泛推广。

参考文献:

- [1] 张文凤, 张培信. 心脏神经官能症的心身治疗临床观察[J]. 心血管康复医学杂志, 2003, (02): 121-123.
- [2] 冯海鹏. 中医药治疗心脏神经官能症近况[J]. 广西中医学院学报, 2011, 14(01): 55-57.
- [3] 中国精神科学会. 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: 103-104.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1495-1497.
- [5] 国家中医药管理局发布中华人民共和国中医药行业标准—《中医病证诊断疗效标准》[J]. 中医药管理杂志, 1994, (06): 2.
- [6] 张文凤, 张培信. 心脏神经官能症的心身治疗临床观察[J]. 心血管康复医学杂志, 2003, (02): 121-123.
- [7] 张宇华. 不同剂量谷维素治疗心血管神经症的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(18): 50.
- [8] 陆华. 美托洛尔治疗心脏神经症的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(12): 121-122.
- [9] 王海涛. 安神补心方联合穴位按摩治疗失眠阴虚火旺型疗效探讨[J]. 中医临床研究, 2015, 7(36): 11-12.
- [10] 王东海, 黄彬森. 针灸配合中药泡脚治疗失眠症 20 例[J]. 新中医, 2009, 41(07): 81-82.
- [11] 杜小玉. 中药穴位贴敷法治疗心悸病 46 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(05): 90.
- [12] 郑筱萸, 主编. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 10.
- [13] 李响, 高敏. 心脏神经官能症的鉴别诊断和治疗[J]. 内蒙古医学杂志, 2014, 46(05): 597-598.