

# 温针灸治疗中度慢性心力衰竭并抑郁患者疗效变化的分析

温勇坚

广州市越秀区北京街社区卫生服务中心 广东广州 510030

**〔摘要〕**目的 研究温针灸治疗中度慢性心力衰竭并抑郁患者抑郁自评量表(SDS)、生活满意度量表(SWLS)以及超声检测左室舒张末期内径(LVEDD)、左室功能(LVEF)、6分钟步行试验的变化情况进行分析。方法 选取我院在2017年1月到2017年12月所收治的68例患有中度慢性心力衰竭并抑郁患者作为研究对象,把68例患者平均分为两组,在对照组患者只对其进行传统的药物治疗,在研究组患者除基本药物治疗外还加以温针灸背俞穴的治疗,在两组患者治疗6周后,对两组患者SDS、SWLS、LVEDD、LVEF、6分钟步行试验的变化情况进行比较。结果 治疗后6周末两组患者SDS、LVEDD明显低于治疗前,研究组患者SDS、LVEDD明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后6周末两组患者SWLS、LVEF、6分钟步行试验均明显高于治疗前,研究组患者SWLS、LVEF、6分钟步行试验明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 用温针灸治疗中度慢性心力衰竭并抑郁患者,改善心脏功能和抑郁状态效果明显,值得临床推广。

**〔关键词〕**温针灸;中度慢性心力衰竭;SDS;SWLS;LVEDD;LVEF;6分钟步行试验

**〔中图分类号〕**R259 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2020)11-001-03

**〔基金项目〕**广州市越秀区科技和信息化局(项目编号:2017-WS-019)

慢性心力衰竭并抑郁是目前我国中老年人中发病率较高的慢性疾病之一,这类患者则被称为“双心”患者。目前对于“双心”患者的治疗,在进行心脏器质性疾病治疗的同时需要重视患者的心理障碍问题,可采用药物治疗联合非药物治疗的方式共同治疗。非药物治疗主要为心理治疗,但是如何选择治疗方案应该依据患者的临床病情以及引发疾病因素等进行判断和抉择<sup>[1]</sup>。而随着临床医学的不断进步和发展,在“双心”患者的临床诊治中,一些新的问题逐渐显现出来。中老年人服用抗心衰药改善心功能、抗抑郁药物,长期服用副反应较多,而且不接受心理治疗,不适用于中老年人<sup>[2]</sup>。如何快速有效的控制病情,改善生活质量受到临床关注。中医中药因其独特的疗效,已成为客观存在并且被广泛接受的医疗模式。寻求各种中医治疗方式治疗慢性心力衰竭并抑郁是目前临床迫切需要的治疗手段。笔者临床中应用中西医结合温针灸治疗慢性心力衰竭并抑郁患者,取得一定的疗效,本研究对中度慢性心力衰竭并抑郁患者使用传统药物治疗外加以温针灸治疗效果明显,SDS、SWLS、LVEDD、LVEF、6分钟步行试验功能指标改善情况,比较与传统治疗方案的在疗效上的差异,为临床治疗提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究的研究对象选取我院在2017年1月到2018年12月所收治的患有中度慢性心力衰竭并抑郁患者,纳入本次研究的患者总人数为68例。随机分为研究组和对照组,每组各34例。研究组中男性15例,女性19例;年龄51~80岁,平均(65.21±3.25)岁;NYHA分级:II级25例、III级9例;心衰病程4~5年,平均病程4.4年;抑郁病程3~4年,平均病程3.4年。对照组中男性14例,女性20例,年龄51~80岁,平均(65.25±4.08)岁;NYHA分级:II级24例、III级10例。心衰病程4~5年,平均病程4.3年;抑郁病程3~4年,平均病程3.3年。由于所患疾病类型不同,患者出现慢性心力衰竭的临床表现也不同。其中,由于患有高血压性心脏病而致使患者出现心力衰竭的人数为26例(研究组14例,对照组12例);由于患有冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)而导致患者出现心力衰竭的人数为24例(研究组2例,对照组12例);由于患有风湿性心脏病而

导致心力衰竭现象产生的患者人数为10例(研究组6例,对照组4例);由于患有肺源性心脏病而导致心力衰竭现象产生的患者人数为6例(研究组3例,对照组3例);由于其他原因而导致心力衰竭现象产生的患者人数为2例(研究组1例,对照组1例)。本次研究方案通过我院伦理委员会审核批准,患者或家属均签署知情同意书。两组患者在年龄、性别、慢性心力衰竭的原因和心功能分级、抑郁障碍程度等资料方面,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 慢性心力衰竭诊断标准

所有患者均被确诊为心力衰竭,并且在接受治疗前均未出现急性心肌梗死和脑血管病变等状况。以美国纽约心脏病协会发布的等级划分规定为标准。

#### 1.2.2 抑郁诊断标准

综合医院健康问卷抑郁量表-9(patient health questionnaire, PHQ-9)和广泛性焦虑障碍量表-7(general anxiety disorder-7, GAD-7)评分均 $\geq 10$ 分,并符合中国精神疾病分类与诊断标准CCMD-3,抑郁焦虑状态持续 $\geq 2$ 周<sup>[3]</sup>。

### 1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准及分级标准;②病程 $\geq 3$ 个月;③受试者知情并签署知情同意书。④肝肾功能无明显异常。

### 1.4 排除标准

①不符合诊断标准;②不符合纳入病例标准;③有严重躯体疾病者;④重度精神障碍患者。

### 1.5 剔除标准

①不能耐受针刺治疗而中途要求退出治疗者;②受试者因个人原因要求中途退出治疗者;③试验期间发生其他严重疾病,不能继续进行研究者;④在观察期内接受与本病相关的其他治疗者。

### 1.6 方法

为了保证本次研究结果的准确性,在对照组患者采用的治疗方法为传统的药物治疗,常用药物包括:呋塞米片20mg qd(上海朝晖药业有限公司,国药准字H31021074);螺内酯片20mg qd(杭州民生药业有限公司,国药准字H33020070);酒石酸美托洛尔缓释片25mg bid(太极西南药业股份有限公司,国药准字H20033190);盐酸贝那普利片10mg qd(北京诺华制药有限公司,国药准字H200330514);氟哌噻吨美利曲辛胶囊1粒 qd

作者简介:温勇坚(1972年11月-),性别:男,职称:副主任医师,学历:本科,研究方向:全科。

(成都倍特药业股份有限公司, 国药准字 H20150043)。研究组给予常用药物治疗外, 加针刺(针灸选用环球牌针灸针, 规格 0.25×25mm, 苏械注准 20162270588), 加电针治疗, 取背俞穴(心俞、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞) 双侧等穴位, 在饭后 1h 后进行针刺, 避免过饱或过饥, 得气后平补平泻行针 2 分钟, 然后接通 KWD-808 I 型电针仪【苏食药监械生产许 20010713 苏药监械(准)字 2007 第 2260173 号】, 选择梳密波, 波形转换 12 次/分钟, 接通刺激强度以患者耐受舒适为宜, 留针 15 分钟。每日 1 次, 连续 10 次为 1 个疗程, 每个疗程间隔 3 天, 连续治疗 3 个疗程。此外为了最大程度的保证患者的治疗效果, 相关医护人员可以根据患者的具体情况对所使用药物的量进行调控。

1.7 观察指标

分别与治疗前和治疗后第 6 周末采集两组患者抑郁自评量表(SDS)、生活满意感量表(SWLS)以及超声检测左室舒张末期径(LVEDD)、左室功能(LVEF)、6 分钟步行试验进行测定。SDS 对其抑郁发生率进行调查, SDS 的评价标准原始分再按公式换算成标准分(标准分 = 原始分 × 1.25 取整)。分值合计 ≥ 50 分的为有抑郁状态, 分值越高, 症状越严重。测评时均由两个研究者同时与病人谈话后共同评分, 由研究者根据与病人交流的印象对病

表 1: 治疗前后研究组与对照组患者抑郁状态、生活满意评分变化比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

分组	n	抑郁自评量表 (SDS)		生活满意感量表 (SWLS)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	34	42.35 ± 10.00	40.21 ± 8.20 <sup>ab</sup>	18.30 ± 6.25	19.99 ± 6.02 <sup>ab</sup>
对照组	34	42.31 ± 10.05	42.10 ± 9.21 <sup>a</sup>	18.54 ± 6.32	19.13 ± 6.01 <sup>a</sup>

注: 与治疗前相比, <sup>a</sup>P<0.05; 与对照组相比, <sup>b</sup>P<0.05

2.2 治疗前后左室舒张末期功能变化情况

治疗前研究组和对照组患者 LVEDD、LVEF、6 分钟步行试验之间差异均无统计学意义 (P>0.05); 治疗后第 6 周末两组患者

表 2: 治疗前后两组患者左室舒张末期功能变化情况比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

分组	n	LVEDD (mm)		LVEF (%)		6 分钟步行试验 (m)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	34	53.33 ± 8.61	50.30 ± 7.01 <sup>ab</sup>	39.70 ± 10.20	48.50 ± 9.80 <sup>ab</sup>	343.00 ± 55.00	456.00 ± 72.00 <sup>ab</sup>
对照组	34	53.56 ± 8.60	51.50 ± 7.58 <sup>a</sup>	39.89 ± 11.13	45.16 ± 10.29 <sup>a</sup>	346.00 ± 58.00	360.00 ± 70.00 <sup>a</sup>

注: 与治疗前相比, <sup>a</sup>P<0.05; 与对照组相比, <sup>b</sup>P<0.05

3 讨论

慢性心力衰竭 (CHF) 是临床常见的老年心血管疾病, 临床主要表现为呼吸困难、乏力和体潴留。国外文献已经证明, 慢性心力衰竭患者中抑郁的患病率为 30%~51%<sup>[4]</sup>。我国心衰病人中存在较高的焦虑、抑郁情况, 30.4% 的病人达到诊断抑郁<sup>[5]</sup>。抑郁情绪可引起体内交感神经活动增强, 引发一系列的生理病理改变<sup>[6]</sup>, 引起心肌供血供氧减少, 心肌氧耗增多, 引发或加重了心力衰竭, 出现疲劳、气短、心悸、失眠、食欲下降等症状。目前, 临床治疗慢性心力衰竭目的为降低心力衰竭患者再住院和死亡率以及提高其生存质量, 采用利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂、β 受体阻断剂等西药为主, 合并抑郁用抗抑郁药物改善抑郁。但患者在长期的病程中及使用抗心衰药物也会引起或加重患者的心理负担, 加重抑郁<sup>[7]</sup>。

中医将心力衰竭归于心悸、胸痹、喘证、水肿等疾病范畴, 属气血亏损、血脉不通所致, 治疗中侧重于调气、血脉疏通。抑郁状态属中医“郁证”“脏躁”“百合病”等范畴, 属情志失调、肝气郁结所致, 治疗上着重心肝肾脾肺气机调畅。针刺作为传统中医外治法之一, 具有疏通经络、调畅各脏腑气机等诸多作用, 而且, 针灸对心率、心律、血压及心功能均有明显的调整作用。有研究表明温针灸在慢性心力衰竭治疗中有效果<sup>[8]</sup>。也有研究阐明, 温针灸刺激背俞穴, 可促进机体血管内具有生物活性物质的释放速率, 使其能够及时地作用于神经-内分泌-免疫系统, 传递生物信息至效应器, 实现针灸强调“气至病所”的作用<sup>[9]</sup>。背俞穴均位于足太阳膀胱经, 第一侧线上。经脉所过, 主治所及,

人目前的情绪状态进行评估, 取两者平均分。SWLS 由 6 个简单问题组成, 包括理想、生活的限制性项目。各条目的计分采用线性条目计分法进行, 分值为 1 分~7 分, 总分 35 分, 分值越高, 代表病人生活质量越好。评估方式由研究人员给予充分解释后, 病人进行自我评价, 因病情或文化程度等原因无法自评者, 由研究人员逐条询问记录。采用 6 分钟步行试验和 LVEDD、LVEF 方法来评价患者的心功能, 其中 6 分钟步行试验是通过检测患者步行 6 分钟的距离进行评估可直接反映心脏功能, 而通过心脏彩超检测 LVEDD、LVEF 可直接反映左心室功能。

1.8 统计学处理

本研究中计量资料采用 (  $\bar{x} \pm s$  ) 表示, 使用 SPSS 软件进行 t 检验; 以两侧 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 SDS、SWLS 变化情况

治疗前研究组和对照组患者 SDS、SWLS 水平之间差异无统计学意义 (P>0.05); 治疗后第 6 周末两组患者 SDS 明显低于治疗前、SWLS 明显高于治疗前, 研究组患者 SDS 明显低于对照组、SWLS 明显高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

LVEDD 明显低于治疗前, LVEF 和 6 分钟步行试验明显高于治疗前, 差异有统计学意义 (P<0.05); 治疗后研究组患者 LVEDD 明显低于对照组, LVEF 和 6 分钟步行试验明显高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

背俞穴的针灸刺激可以使经气通过膀胱经上达头部头窍之所, 从而使有效的改善失眠、焦虑等症状。同时, 背俞穴靠近督脉, 冲任督脉同源三岐, 温针灸的温热刺激及背俞穴的局部针刺反应可以激发督脉的经气, 间接调整了空虚的冲任脉, 故而使整体气血调和, 阴阳平衡, 达到阴平阳秘的状态。同时, 根据现代医学研究, 背俞穴位于脊柱交感神经节附近, 针刺背俞穴可刺激交感神经节, 调控自主神经系统, 调整人体内的内环境, 协同达到恢复生理平衡、消除病理过程、抵御疾病的目的<sup>[10]</sup>。心俞属足太阳膀胱经, 心之背俞穴, 能够散发心室之热, 对于冠心病、心绞痛有较好疗效<sup>[11]</sup>。

本次研究用温针灸治疗中度心力衰竭并抑郁患者, 观察该疗法对患者 SDS、SWLS、LVEDD、LVEF、6 分钟步行试验指标改善情况的影响。研究结果显示, 采用温针灸联合常规药物治疗的研究组患者治疗后 SDS、LVEDD 明显低于治疗前, 研究组患者 SDS、LVEDD 明显低于对照组。治疗后两组患者 SWLS、LVEF、6 分钟步行试验均明显高于治疗前, 研究组患者 SWLS、LVEF、6 分钟步行试验明显高于对照组, 且改善程度优于对照组, 再次表明了温针灸有助于改善慢性心力衰竭病人抑郁状态。提示温针灸治疗在减轻患者临床症状的同时发挥疏通血脉的作用, 起到标本兼治的效果。本研究为单中心、小样本研究, 随访时间不够长, 因此未能对患者的远期安全终点进行评估, 仍有待于进一步增加样本量及延长随访时间, 进行更深入的研究, 获得更多的临床证据支持。

[参考文献]

[1] 梁艺, 张景昌, 黄学成, 等. 心理干预对冠心病慢性心力

(下转第 6 页)

动常见的并发症，两者合并时会增加机体各处栓塞发生的风险，导致不良结局，故需进行有效的抗栓治疗。

氯吡格雷、阿司匹林联合抗栓是临床常见的治疗方案，其中氯吡格雷的代谢产物之一是一种血小板聚集抑制剂，能够选择性地抑制二磷酸腺苷（ADP）与血小板 P2Y<sub>12</sub> 受体的结合，同时还能抑制继发的 ADP 介导的糖蛋白 GPIIb/IIIa 复合物的活化，从而发挥抑制血小板聚集的作用，临床实践发现该药能够显著减少缺血性事件的发生<sup>[4]</sup>。阿司匹林主要通过不可逆地抑制环氧合酶的合成，且血小板内环氧合酶不可再生，从而抑制血小板血栓素 A<sub>2</sub>（TXA<sub>2</sub>）的生成而产生抗血小板聚集的效果，然而对于机体本身耐受性相对较差的患者，长时间服用阿司匹林治疗，出现不良反应的可能性会明显加大<sup>[5]</sup>。

本研究中，探讨了氯吡格雷联合华法林治疗心房颤动合并冠心病的效果。华法林是一种香豆素类抗凝血药，主要通过抑制维生素 K 依赖的凝血因子 II、VIII、IX 及 X 的合成而发挥抗栓的作用，能够促使相关凝血因子的合成率降低 30%~50%，显著降低 D-二聚体水平，临床实践发现该药能够明显减少卒中、动脉栓塞等不良事件的发生。与氯吡格雷联合使用时，能够发生协同作用，抗栓效果更佳<sup>[6]</sup>。观察组治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），治疗时间短于对照组（ $P < 0.05$ ），不良反应发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。数据证实联合华法林治疗能够改善预后，且不良反应发生情况较少，用药更安全。

综上所述，治疗心房颤动合并冠心病时，氯吡格雷、华法林联合抗栓是一种有效、安全的治疗方案，在提高临床疗效的同时还能减少患者不良终点事件的发生，值得临床上推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 张法宁, 马伟东, 朱建发. 经皮冠状动脉介入术后二联和三联抗凝治疗冠心病合并心房颤动的临床效果分析[J]. 中国病案, 2019, 20(9):104-107.
- [2] 冠心病合并心房颤动患者抗栓管理中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(7):552-564.
- [3] 雷怀兴, 洪靖, 张芸. 心房颤动合并冠心病患者的抗栓治疗和血栓栓塞事件分析[J]. 血栓与止血学, 2019, 25(3):486-487.
- [4] 王宇彬, 吴永健. 冠心病合并心房颤动患者卒中防治的临床特点及相关进展[J]. 中国循环杂志, 2018, 33(12):1239-1241.
- [5] 李小旭. 华法林联合氯吡格雷治疗冠心病合并房颤的临床疗效及安全性观察[J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(6):885-887.
- [6] 张秀琴. 老年心房颤动合并稳定性冠心病患者抗栓治疗的作用探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20(5):77-78.

(上接第 2 页)

衰竭伴焦虑抑郁患者的疗效观察[J]. 广西医学, 2017, 39(1):58-60.

[2] 张吉慧, 张海松, 田彦卿等. 老年心力衰竭患者性活动及其相关因素[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(18):4609-4611.

[3] 中国康复学会心血管病专业委员会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 在心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(1):6-13.DOI:10.3760/em & j.issn.0253-3758.2014.01.00.

[4] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2017》概要[J]. 中国循环杂志, 2018, 33(1):1-8.

[5] 温雪梅, 卢仁泉, 郭林. 中国心力衰竭患者抑郁焦虑发病及干预效果的 Meta 分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2014, 8(4):702-709.

[6] 陈银娣, 周天骅, 施慎逊, 等. 老年冠心病病人焦虑、抑郁症状的调查. 上海精神医学, 2000, 12(1):17-19.

[7] 梁燕仪, 毕婧玮, 蔡文玮, 等. 冠心病心衰患者抑郁、焦虑状况及相关因素的调查[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(13):1493-1496.

[8] 曹少军. 温针灸治疗慢性心力衰竭 42 例[J]. 陕西中医, 2014, 15(08):98-99.

[9] 温勇坚. 温针灸治疗中度心衰患者脑钠肽变化分析[J]. 中国卫生工程学, 2017, 16(3):372-373.

[10] 吴新贵, 何浩源. 背俞穴的主治作用及其机制[J]. 中国临床康复杂志, 2016, 10(43):170-171.

[11] 李金波, 满斌. 针刺治疗无症状心力衰竭及其对患者左室收缩功能的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(5):303-305

(上接第 3 页)

症的疗效更好，安全性更高。甲巯咪唑和丙硫氧嘧啶两种药物均属于抗甲状腺药物，作用机制相似，均能起到抑制甲状腺过氧化酶系统的效果。但甲巯咪唑服用后更容易被胃肠道吸收，能在 1 至 2h 内达到血药浓度峰值，药物半衰期长，能持续作用于体内；而丙硫氧嘧啶半衰期相对较短，吸收率低，从药物动力学出发，在治疗周期较长的甲状腺机能亢进症疾病中，甲巯咪唑更具优势<sup>[4]</sup>。

综上所述，甲状腺机能亢进症应用甲巯咪唑比丙硫氧嘧啶的用药安全性更高，值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 吴夏茹. 甲巯咪唑和丙硫氧嘧啶应用在甲状腺功能亢进症中的疗效及对肝功能的影响效果[J]. 吉林医学, 2020, 41(01):102-103.
- [2] 严任琳. 甲巯咪唑与丙硫氧嘧啶治疗甲状腺机能亢进症的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(05):687-688.
- [3] 李玥, 刘湘茹, 胡德龙. 甲巯咪唑与丙硫氧嘧啶治疗甲状腺机能亢进症的疗效比较[J]. 实用临床医学, 2017, 18(02):23-24+30.
- [4] 朱红斌. 甲巯咪唑与丙硫氧嘧啶治疗 Graves 甲状腺机能亢进症的临床效果观察[J]. 医学理论与实践, 2015, 28(20):2796-2797.

(上接第 4 页)

也慢慢平稳，受损害的感觉细胞慢慢恢复其功能<sup>[4]</sup>。为防止治疗诱发血管收缩过度，而扩大生成氧自由基，在治疗当中，应当配合使用血管扩张剂，给予治疗。扩张血管，降低血液粘稠度，能够有效降低血管收缩，减轻内耳肿胀情况。使用滋养神经类药物，能够对大脑与耳部神经加以保护，运用糖皮质激素能够清除掉损伤神经位置的炎症反应。

本研究，观察组总有效率较对照组高许多（ $P < 0.05$ ）。观察组的听力阈值远低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

针对上述研究进行总结，采用高压氧联合药物治疗突发性耳聋，效果理想，有效改善病情。

#### [参考文献]

- [1] 沈志, 张贵阳, 苏旋. 探讨高压氧综合治疗突发性耳聋患者的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2020, 15(13):103-105.0.13.044.
- [2] 孙文佳, 解光艾, 罗彬, 等. 高压氧治疗突发性耳聋的疗效及疗程选择[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2020, 27(1):69-71, 78.
- [3] 王会会. 高压氧与药物联合治疗突发性耳聋的临床评估[J]. 中国城乡企业卫生, 2019, 34(2):120-121.
- [4] 霍俊, 杨旭, 顾向阳, 等. 高压氧联合药物治疗突发性耳聋的临床有效性分析与研究[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(11):63-64.